



**DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS**

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

Groupe de travail du 4 décembre 2018

Rappel Réforme des autorisations

Objectifs de la journée

2 ateliers matin - 10H30/ 12h

2 ateliers après-midi – 14h/15h30

Plénière du matin – 12h/13h

Plénière de l'après-midi – 15h30/16h30

LES ENJEUX DE LA REFORME DES AUTORISATIONS

Donner un cadre réglementaire national qui assure une homogénéité des décisions dans les régions et garantisse une équité d'accès aux soins de SSR quelque soit le territoire.

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

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

2

Territorialisation de l'offre et 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: **gradation** garantissant aux patients 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 technologies et stratégies thérapeutiques.

12 octobre
2018

- Lancement de la réforme des autorisations SSR
- État des lieux des textes, de l'offre; lien avec les travaux sur les orientations stratégiques à 10 ans

4 décembre
2018

- Missions des SSR, modes d'action
- Parcours de soins. Organisations territoriales et gradation.

8 janvier
2019

- Conditions techniques de fonctionnement
- Alternatives à l'hospitalisation complète, ambulatoire.

5 février
2019

- Pédiatrie
- Cancérologie

12 février
2019

- Réunion commune avec l'HAD

11 mars
2019

- Synthèse et conclusions

CE QUE LES DÉCRETS SUR LES CI DOIVENT COMPORTER

Missions

Quelle réponse pour quels besoins?

Activités

Organisation de la réponse:
Type de prise en charge, modalités de prise en charge
Population bénéficiaire
Continuité des soins et permanence, place dans les différentes
filières dont les urgences.
Liens entre établissements et avec autres professionnels de
santé ou médico-sociaux.

Gradation

Quelles activités ou modalités en proximité ou en recours?
Quels moyens, quel environnement ?
Seuils d'activité?

CE QUE LES DÉCRETS DOIVENT COMPORTER

Conditions d'implantation

Art. R.
6123-118 à
6123-120

L'activité

- ✓ Objet et définition
- ✓ Périmètre
- ✓ Diversité (typologie de patients, actes, types de prise en charge)
- ✓ Modalités d'intervention de l'activité

Gradation de l'offre

- ✓ Distinction prise en charge de proximité, recours, référence ?

Missions du titulaire

- ✓ Permanence des soins
- ✓ Continuité des soins ?
- ✓ Organisation des transferts ?
- ✓ Place dans le réseau des urgences ?
- ✓ Soutien de recours aux autres établissements de santé ?
- ✓ Question des délais de prise en charge en respect avec les impératifs de sécurité

Environnement de l'activité

- ✓ Lien avec autres activités
- ✓ Place du conventionnement avec les tiers
- ✓ Mise en place de filières de prise en charge ?

Seuils

Si nécessaire, quel niveau ? Quelles exceptions ?

Dispositions transitoires

Sort des autorisations en cours et nouvelles autorisations

Conditions techniques de fonctionnement

Dimensionnement éventuel minimal du service et dérogations éventuelles (géographique)

Composition minimale du PT nécessaire à l'activité

- ✓ Equipements
- ✓ Systèmes d'info
- ✓ Télémédecine ?
- ✓ Accès éventuels par convention à autres équipements
- ✓ Etc...

Ressources humaines

- ✓ Quelles compétences attendues ?
- ✓ Particularité des modalités ?
- ✓ Astreintes (quel type ?)
- ✓ Formation continue des professionnels

Qualité sécurité

- ✓ Pertinence des soins
- ✓ Gestion des risques a priori et a posteriori
- ✓ Règles spécifiques à l'activité

Prise en charge des patients

- ✓ Réflexion sur l'intégration de bonnes pratiques et sur les **recommandations de prise en charge** des patients les plus structurantes à rendre opposable

IMPACT SUR LE REGIME DES AUTORISATIONS (1)

- Orientations stratégiques*
- **Décrets de 2008 jugés pertinents:** discussion de certains ajustements
 - **Objectifs: fournir aux ARS un cadre de référence** permettant d'harmoniser le traitement des autorisations et d'organiser l'offre sur les territoires.
 - 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.
 - Quelques titres de mention à modifier?
 - Évolution à débattre pour la pédiatrie et la cancéro.
 - Notion de SSR à domicile à travailler?
 - Faut-il garder la partie socle de SSR polyvalent pour tout établissement disposant d'une autorisation spécialisée?
 - **Concernant la gradation des soins**, elle est admise entre SSR polyvalents et spécialisés. La notion de mission de recours semble également opportune.
 - Proposer une définition des activités de recours (liste non exclusive), et élaborer les cahiers des charges nationaux. *Le système d'information doit permettre d'identifier l'activité de recours.*
 - Régulation régionale par le biais de reconnaissance contractuelle?
 - Intérêt de fonction ressources de certains SSR avec responsabilités territoriales: préciser définition et mode d'identification, voire de valorisation.
 - La notion de seuils d'activité est en relation avec les effectifs de personnels, la continuité des soins et les objectifs de performance économique.



DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS

Orientations stratégiques

IMPACT SUR LE REGIME DES AUTORISATIONS (2)



- Débattre de l'intérêt de décrire les différentes situations de soins, dont certaines seront des missions de recours.
- Quelques **missions des SSR à mieux identifier (rédaction de cahiers des charges nationaux et système d'information?)**
 - Coordination des parcours complexes (CS avancées, CS post-SSR, téléexpertise, RCP, équipe mobile...)
 - Programmes d'éducation thérapeutique
 - Interventions hors les murs

OBJECTIFS DE LA JOURNÉE DU 4 DECEMBRE 2018

Recherche de consensus sur thèmes communs aux différents SSR

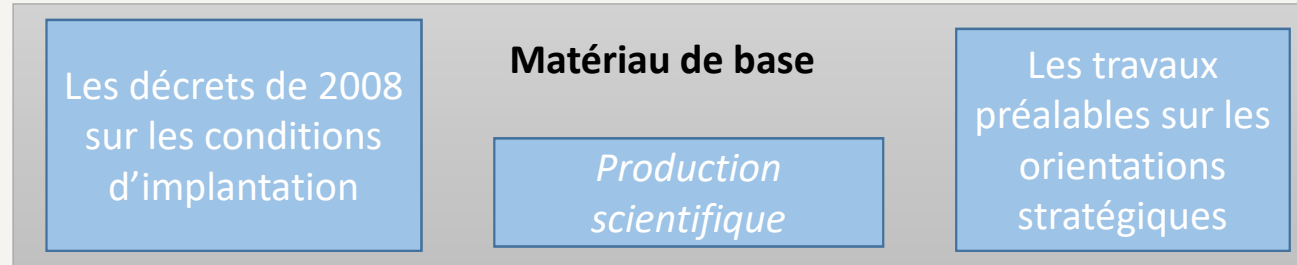
- Les missions des SSR
- Les mentions (1^{ère} étape)
- Les modes d'action en SSR
- L'organisation des parcours
- L'organisation territoriale

Décret 2008-377 sur conditions d'implantation (CI)

Articles R6123-118 à 121

L'objectif de la journée n'est pas d'écrire en séance les nouveaux décrets, mais de déterminer les concepts et paramètres qui devraient être pris en compte dans les prochains textes.

PROPOSITION DE MÉTHODE DE TRAVAIL POUR LA JOURNÉE



ATELIER 1 Les domaines d'action en SSR	Définition des différents modes d'action Rééducation Réadaptation Réinsertion Réhabilitation ? Éducation thérapeutique Prévention Soins de suite ou suite de soins.....?	D E F I N I T I O N S	ATELIER 3 Les parcours de soins	<ul style="list-style-type: none"> La place des SSR dans les parcours de soins. <ul style="list-style-type: none"> Diversité de l'offre. Coordination des parcours.
	ATELIER 2 Les missions et mentions			<ul style="list-style-type: none"> Définir les missions des SSR. Intérêt des mentions, évolution? Spécificités? <ul style="list-style-type: none"> Intérêt de certains rapprochements. Titres des mentions.

ATELIER 1: modes d'action SSR

- ✓ *Les textes*
- ✓ *Les orientations stratégiques*
- ✓ *La discussion*



**DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS**

ATELIER 1: LES MODES D' ACTIONS EN SSR ***DANS LES TEXTES DE 2008***

➤ **Article R6123-119**

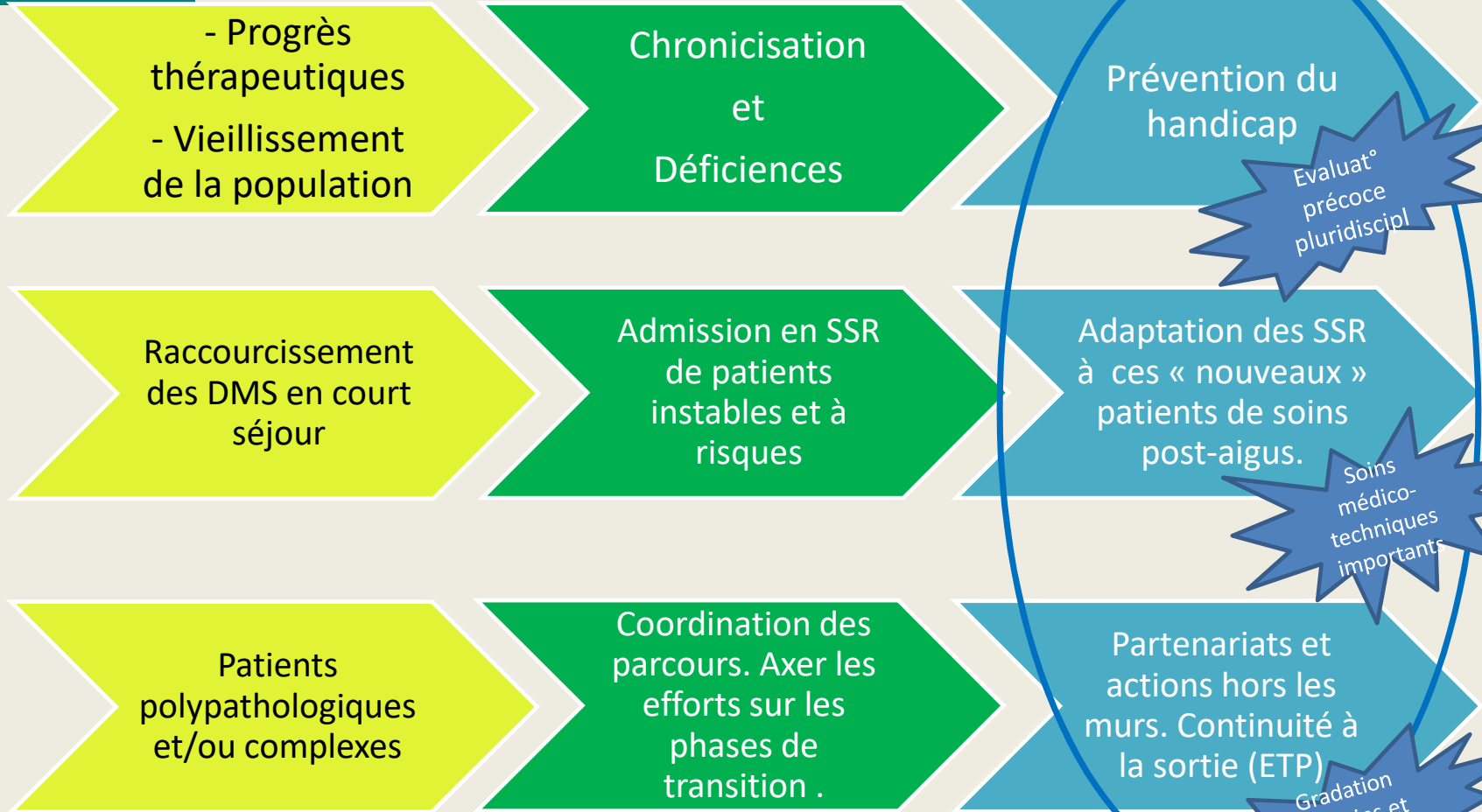
« Autorisation SSR seulement si l'établissement assure :

1° Les soins médicaux, la rééducation et la réadaptation afin de limiter les handicaps physiques, sensoriels, cognitifs et comportementaux, de prévenir l'apparition d'une dépendance, de favoriser l'autonomie du patient ;

2° Des actions de prévention et l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage ;

3° La préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale, scolaire ou professionnelle. »

Des besoins qualitatifs qui ont évolué



Des organisations qui doivent s'adapter

LES INNOVATIONS TECHNOLOGIQUES

- Télémédecine au service de la gradation des soins et des alternatives à l'hospitalisation: téléCS, télé-expertise, télé-rééducation, e-learning.
- Applications de scoring des patients (ex: e-burn pour les brûlés).
- DMP, et messageries sécurisées pour une meilleure coordination des parcours.
- Robotique
- Techniques d'appareillage: numérisation pour les prises d'empreintes, impression 3D.
- Réalité virtuelle, en l'adaptant pour les personnes âgées.
- Objets connectés.
- Piluliers électroniques pour les personnes âgées

A noter que ces thématiques sont transversales à d'autres champs que le SSR.

ATELIER 1: LES DOMAINES OU MODES D' ACTIONS EN SSR

POUR DISCUSSION ET DÉFINITIONS

LES NOTIONS

- Rééducation
- Réadaptation
- Réinsertion
- Réhabilitation ?
- Éducation thérapeutique
- Prévention
- Soins médicaux (formulé dans le décret de 2008)?, Soins de suite ou suite de soins?
- Aides techniques

.....

LES QUESTIONS

- Définitions partagées
- Est-ce que la répartition en 3 alinéas est pertinente et utile?
- Y a-t-il des dominantes de modes d'action selon les patients, le moment de la prise en charge, le type de SSR.....?
- Mode d'intégration de l'innovation? De la recherche?
- Impacts à prendre en compte par le SI.

ATELIER 2: missions et mentions SSR

- ✓ *Les textes*
- ✓ *Les orientations stratégiques*
- ✓ *La discussion*



**DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS**

ATELIER 2: LES MISSIONS SSR ET MENTIONS DANS LES TEXTES DE 2008

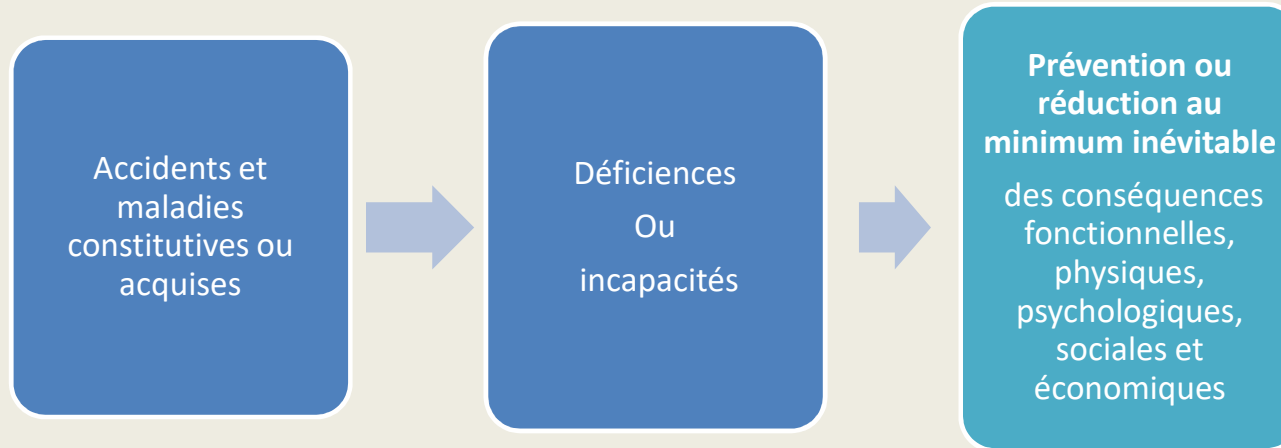
➤ Article R6123-118 :

L'activité de soins de suite et de réadaptation mentionnée au 5° de [l'article R. 6122-25](#) a pour objet de :

« Prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion.

Elle comprend, le cas échéant, des actes à visée diagnostique ou thérapeutique ».

UN CONSENSUS SUR LES MISSIONS DU SSR

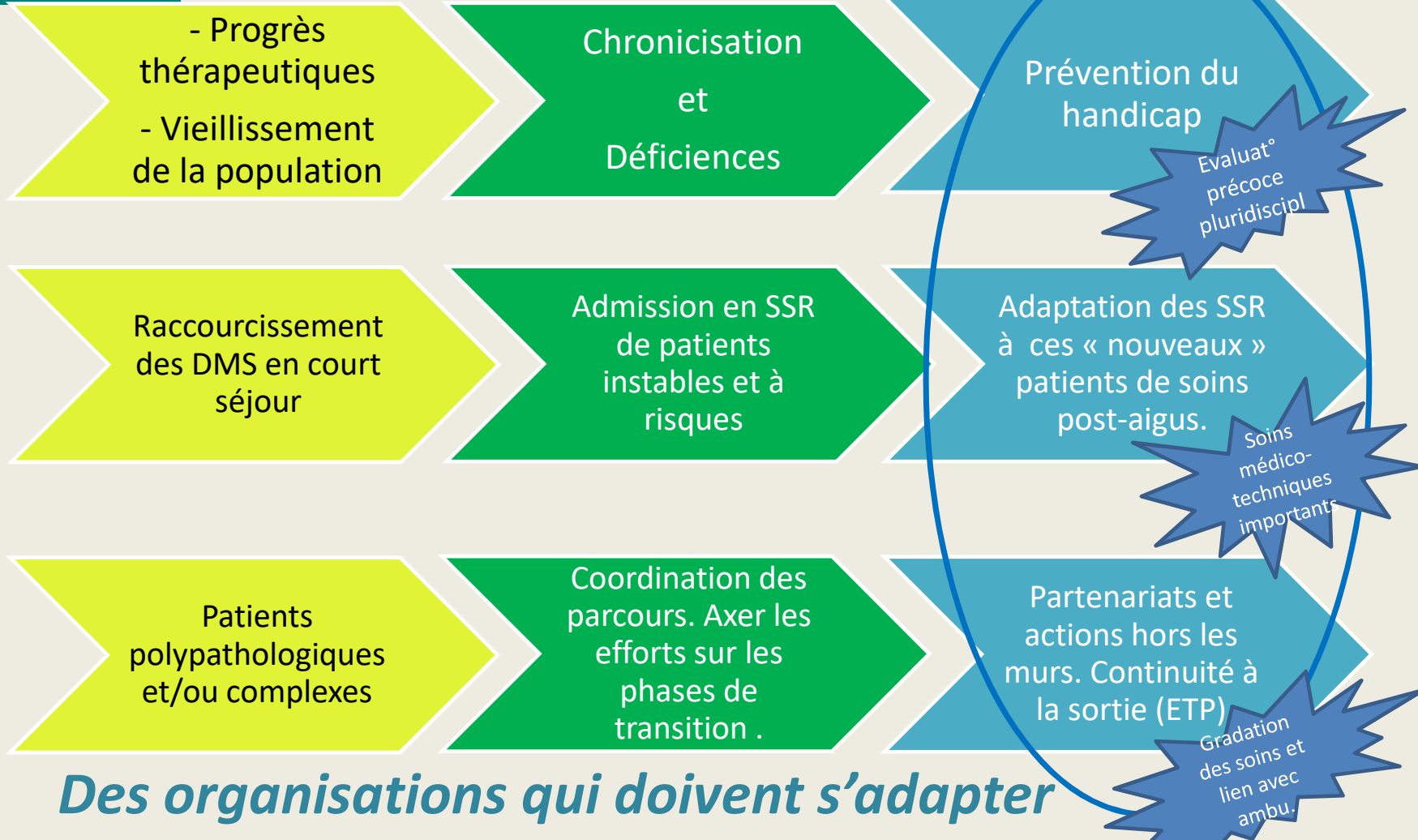


Rapport OMS sur le handicap « Disabilities 2014-2021 »
Appel à l'action de l'OMS « Rehab 2030 »

La réadaptation a pour objectifs d'optimiser l'activité fonctionnelle et de préserver l'autonomie des personnes.
Résultats (bénéfiques) attendus (forts niveaux de preuve): amélioration de la qualité de vie du patient, réduction des facteurs de risques, réduction du nombre de réhospitalisations, réduction de morbi-mortalité, réduction des coûts de santé.

SSR = Établissements de prévention du handicap et de la perte d'autonomie.

Des besoins qualitatifs qui ont évolué



LA PERTINENCE DES SOINS EN SSR (1)

Renforcer la pertinence des séjours, grâce à la convergence entre les objectifs du SSR, l'organisation de l'offre de soins et le modèle économique.

Une approche par les parcours suppose une explicitation des besoins des patients.

Les **critères d'orientation** doivent permettre de **discriminer les besoins** liés à :

- 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.

☞ Les orientations fondées uniquement sur le jugement clinique sont insuffisantes. Nécessité de disposer de critères d'orientation robustes, comportant des indicateurs de statut fonctionnel de réduction d'activité et d'évaluation du potentiel de réadaptation: algorithme d'orientation à créer.

☞ Indicateurs de statut fonctionnel devraient être intégrés au SI et se substituer à l'actuelle mesure de la dépendance PMSI, jugée non discriminante. De plus, une évaluation quantifiée fonctionnelle permettrait de mesurer la progression fonctionnelle (*voir travaux de la SOFMER*)

Impact SI et
classification

Impact
Autorisations
(CTF) et valo

5. L'importance de l'éducation thérapeutique en SSR

- L'ETP est une **mission capitale des SSR** pour tous les patients atteints de pathologies chroniques (*consensus des acteurs*).
- Elle est difficilement menée en court séjour alors que le temps du SSR y est très favorable. On propose de le concrétiser en **obligation de structuration par des programmes d'ETP** autorisés par les ARS pour tous les établissements SSR, facteur de qualité de prise en charge, faisant apparaître l'organisation de la continuité à la sortie du SSR, à construire avec les acteurs de proximité (*pas de consensus sur le caractère obligatoire d'autorisation des programmes par les ARS*).
- Une valorisation spécifique est demandée par les professionnels et sera explorée dans le cadre des travaux sur le modèle économique.
- Une réflexion complémentaire sera menée avec la DGS sur les modalités de reconnaissance des programmes de l'ETP, afin d'assurer la continuité en proximité. La question est posée de l'intérêt des programmes par pathologie: des facteurs de risques sont communs à de nombreuses pathologies, auxquels se rajoutent les spécificités de la pathologie.

6. Les SSR, des offreurs de soins naturellement impliqués en prévention

- Compte tenu du profil des patients accueillis (pathologies chroniques en particulier) et des compétences de leurs équipes pluridisciplinaires, les SSR sont en mesure de développer des pratiques cliniques préventives primaire, secondaire et bien sûr tertiaire. (cf rapport du HCSP). Pour les patients à hauts facteurs de risques, une prise en charge dans des **structures ambulatoires légères de réadaptation/prévention** pourrait être expérimentée? Les financements sont à rechercher au-delà du SSR.

Impact Autorisations
(CTF) et modèle
économique

6. La participation des patients et le développement de patients experts

- Consensus sur l'apport considérable des **associations de patients** dans les programmes d'ETP et dans l'accompagnement des patients au retour à domicile (poursuite des actions de prévention, soutien psycho-social, accompagnement au long cours). D'où l'intérêt de **structurer leurs interventions**:
 - Définir des protocoles de bonnes pratiques avec l'aide des sociétés savantes
 - Proposer une forme de « labellisation » des associations respectant les protocoles. *Exemple des clubs Cœur et Santé avec la fédération française de cardiologie.*
 - Prévoir un mode de financement de leurs interventions, comme partie intégrante de l'accompagnement des patients et de la prévention.
- Proposition de fédérer les associations de patients multi-pathologies pour une organisation territorialisée des interventions.
- Souhait de disposer de lieux pour **l'activité physique adaptée**, avec des cahiers des charges permettant d'adresser les patients en sortie d'établissement.
 - Plan sport-santé-bien-être: élaborer un cahier des charges pour les clubs de sport en capacité d'accompagner les patients, dans le but de leur conférer un « label APA »?
 - Mettre à disposition des associations les plateaux techniques des SSR

LES INNOVATIONS ORGANISATIONNELLES (6) à débattre

Impact Autorisations
et modèle économique

- Les SSR à domicile / HAD-R
- Des structures ambulatoires légères de réadaptation
- La contribution des patients dans les programmes d'ETP et l'intervention en accompagnement du retour au domicile.
- E-santé: e-learning en ETP et coaching, télésurveillance, télé-rééducation, télé-réadaptation, télé-expertise, téléconsultation.
- Nouveaux métiers: paramédicaux polyvalents en réadaptation (proposition du CNP cardio), délégations de tâches.

ATELIER 2: LES MISSIONS ET MENTIONS SSR

POUR DISCUSSION ET DÉFINITIONS (1)

LES NOTIONS A PRECISER

- Les objectifs de prise en charge en SSR, en fonction des différentes situations de soins.
- La notion de situations complexes. La polypathologie.

LES QUESTIONS

- Quels patients, pour quels besoins?
- Rôle de la CIF dans la description?
- Quel résultat attendu du SSR ?
- La dichotomie actes à visée diagnostique ou thérapeutique est-elle utile?

- Impacts à prendre en compte par le SI.



**DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS**

ATELIER 2: LES MISSIONS SSR ET MENTIONS *DANS LES TEXTES DE 2008*

L'autorisation de soins de suite et de réadaptation mentionne, le cas échéant :

- 1° Si l'établissement de santé prend en charge des enfants ou des adolescents, à titre exclusif ou non, ainsi que la ou les tranches d'âges de ces enfants parmi la liste suivante :
 - les enfants de moins de six ans ;
 - les enfants de plus de six ans ou les adolescents .La mention de la prise en charge des enfants ou adolescents n'est autorisée que si l'établissement de santé assure l'ensemble des aspects sanitaire, éducatif, psychologique et social de la prise en charge des enfants ou adolescents qu'il accueille.
Pas de borne haute.
- Si l'établissement de santé assure une prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles d'une ou plusieurs des catégories d'affections suivantes :
 - a) Affections de l'appareil locomoteur ;
 - b) Affections du système nerveux ;
 - c) Affections cardio-vasculaires ;
 - d) Affections respiratoires ;
 - e) Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien ;
 - f) Affections onco -hématologiques ;
 - g) Affections des brûlés ;
 - h) Affections liées aux conduites addictives ;
 - i) Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance.

Pas de SSR polyvalent.

LES SPECIFICITES PEDIATRIQUES

Impact sur les autorisations

- Les SSR pédiatriques accueillent des enfants et adolescents de 0 à 18 ans, présentant une « **condition chronique complexe** ». Importance de prise en compte de l'environnement de l'enfant, dont scolarité.
- **Ce qui prime est la valence pédiatrique et non la spécialité d'organes**, car les problématiques multiples nécessitent une approche multidisciplinaire, spécialisée en pédiatrie. Une exception pour les brûlés qui sont un recours à vocation inter-régionale. Les moyens spécifiques de la pédiatrie justifieraient une valorisation particulière.

- La formation des professionnels: DPC sur la prise en charge de la maladie chronique de l'enfant, voire création d'un DIU transversal pluridisciplinaire « réadaptation de l'enfant » et d'une formation spécialisée transversale (FST) pour les médecins.
- Renforcer les partenariats avec les pédopsychiatres.
- Une individualisation de la **tranche des 0-3 ans** est souhaitée, sans toutefois maintenir le terme de pouponnière.
- Certains sujets frontières avec le médico-social feront l'objet d'un travail complémentaire (MECS, polyhandicapés.....).

Impact sur les autorisations:

LES SPECIFICITES CANCERO PEDIATRIQUES

Impact Autorisation, en lien avec
autorisation cancer pédiatrique

- Les progrès thérapeutiques augmentent les besoins en SSR pédiatrique des enfants et adolescents atteints de cancer.
- Compte tenu de la relative faible fréquence des cas, la réponse ne peut être apportée que par des centres SSR, compétents en oncopédiatrie.
- **Missions de ces centres SSR** : prise en charge d'enfants ou adolescents
 - En inter-cure ou post-cure, pour surveillance de voie veineuse centrale, nutrition entérale ou parentérale, rééducation complexe. Certains centres peuvent être habilités à administrer une chimiothérapie, ou réaliser des transfusions.
 - Suite d'allogreffes: traitement des infections virales ou fongiques, en situation d'immunosuppression. Il est souhaitable que les SSR pédiatriques accueillant ces enfants soient à proximité des centres d'allogreffes de moelle (7 centres en France).
 - En post-opératoire (sarcomes de l'appareil locomoteur).
- **Conditions particulières**: les situations où la prise en charge s'effectue à distance du domicile des familles, créent des besoins spécifiques de SSR (accueil des familles) notamment pour les enfants originaires d'outremer (la région Ile-de-France est particulièrement concernée par ces situations). Importance de la dimension sociale et de la scolarisation.



**DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS**

ATELIER 2: LES MISSIONS ET MENTIONS SSR

POUR DISCUSSION ET DÉFINITIONS

LES CONCEPTS

La notion de mention, quel intérêt? Qualité, sécurité,.....? Économique?

LES QUESTIONS

Doit-on garder à l'identique les mentions existantes? En créer d'autres? En rapprocher certaines?

Quelle est l'utilité du découpage en mentions?

Garder les intitulés ou les modifier?

ATELIER 3: les parcours

- ✓ *Les textes*
- ✓ *Les orientations stratégiques*
- ✓ *La discussion*

ATELIER 3: LES PARCOURS Dans les textes de 2008

Art R6123-126

L'établissement de santé autorisé à exercer l'activité de SSR organise, au moyen de conventions, les coopérations avec les établissements, services ou personnes mentionnés au CASF et au CSP

LE SSR: UN ACTEUR IMPLIQUÉ DANS LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

3 points clefs sont à souligner:

- La réduction des durée de séjour en court séjour a un impact sur les SSR (quantitatif et qualitatif). Les SSR se déclarent prêts à s'adapter à cette évolution.
- Les savoir-faire des équipes pluridisciplinaires de SSR en matière de situations complexes et d'organisation des parcours de soins devront être en synergie avec les dispositifs territoriaux de coordination des parcours. Le développement des interventions hors les murs apparaît favorable à la continuité des parcours.
- Un offreur de soins déjà investi dans les pratiques cliniques de prévention.

LA PERTINENCE DES SOINS EN SSR (1)

Renforcer la pertinence des séjours, grâce à la convergence entre les objectifs du SSR, l'organisation de l'offre de soins et le modèle économique.

Une **approche par les parcours** suppose une explicitation des besoins des patients.

Les **critères d'orientation** doivent permettre de **discriminer les besoins** liés à:

- 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.

☞ Les orientations fondées uniquement sur le jugement clinique sont insuffisantes. Nécessité de disposer de critères d'orientation robustes, comportant des indicateurs de statut fonctionnel de réduction d'activité et d'évaluation du potentiel de réadaptation: algorithme d'orientation à créer.

☞ Indicateurs de statut fonctionnel devraient être intégrés au SI et se substituer à l'actuelle mesure de la dépendance PMSI, jugée non discriminante. De plus, une évaluation quantifiée fonctionnelle permettrait de mesurer la progression fonctionnelle (*voir travaux de la SOFMER*)

Impact SI et
classification

Ne plus voir les SSR uniquement comme aval du MCO, mais bien comme un acteur spécialisé en prévention du handicap et de la perte d'autonomie, compétent en organisation des parcours s'appuyant sur des compétences pluridisciplinaires.

Pour cela



1. Axer les efforts sur les phases de transition

- ☞ Favoriser les évaluations précoces en diversifiant les modalités et en renforçant les missions alternatives à l'hospitalisation pour une meilleure accessibilité à la population : CS pluridisciplinaires, équipes mobiles d'évaluation, téléconsultation ou téléexpertise, réunions de concertation pluridisciplinaires.....
- ☞ Soutenir le maintien des acquis à la sortie de l'établissement de santé : équipes ou SSR mobiles, HAD-R ou SSR à domicile, télé médecine, dont télé-rééducation et auto-rééducation, éducation thérapeutique, coaching, partenariat avec les professionnels de santé de proximité, possibilité de mutualisation de plateaux techniques avec les libéraux, prestataires à domicile, associations de patients et clubs de sport « labellisés santé? ».
- ☞ Disposer de ressources territoriales identifiées pour favoriser l'accès aux soins de réadaptation et réhabilitation des patients: les compétences/ressources des SSR en coordination des parcours complexes peuvent être mises à disposition des territoires .

Organisations
territoriales

Impact PMSI,
classif et
modèle éco

2. Repenser les parcours des patients

- **Différencier des situations de soins**, organisées ou non en secteurs traduisant des objectifs de prise en charge différents selon l'état du patient: soins et surveillance de patients instables ou à risques, soins post-aigus médico-techniques importants ou épisodes aigus intercurrents (SMTI), phases de rééducation ou de réadaptation, phase de soins de transition (nursing homes: stratégie de soutien social dominante pour des patients avec dépendance et soins infirmiers, ne pouvant rentrer à domicile notamment en raison d'un handicap résiduel).
- Favoriser la fluidité entre MCO, SSR, HAD, médico-social par des algorithmes protocolisés, intégrables dans les logiciels d'orientation (Via-trajectoire)
- La notion de **soins médicaux post-aigus ou soins médico-techniques importants (SMTI)**. Les soins médicaux et infirmiers dominant par rapport à la rééducation, ne nécessitent pas obligatoirement une organisation en unité spécifique (risque d'impact négatif sur la fluidité des parcours), mais il est souhaité une identification de ces situations de soins dans la classification avec un mode de valorisation ad hoc. Tous les établissements spécialisés devraient être en mesure d'accepter ces patients. Ex: patients avec voie veineuse centrale, chambres implantables pour chimiothérapie, pansements complexes, VACthérapie, nutrition parentérale, transfusions sanguines....)

1. Assurer la continuité des parcours en axant l'effort sur les phases de transition

- Une **évaluation précoce** en amont contribuant à la prévention de la dépendance iatrogène (approches fonctionnelles, scores de risques de dépendance....). Concernant les personnes âgées des recommandations HAS existent déjà (HAS-Prévention des risques de dépendance iatrogène lors d'une hospitalisation- sept 2017).
- Des **fonctions de bilan** identifiées et organisées (CS, CS pluridisciplinaires, HTP) permettant de répondre aux demandes d'avis de prescripteurs extérieurs et d'assurer un suivi post-hospitalisation, (yc dans un objectif d'optimisation thérapeutique, d'appareillage....).
- Des **algorithmes d'orientation protocolisés**, avec évaluation du statut fonctionnel et des risques de complexité (outils à créer, sociétés savantes, HAS, ANAP), à articuler avec les logiciels d'orientation comme Via Trajectoires qu'il faudra faire évoluer) permettant d'argumenter l'orientation vers un SSR (pertinence). La question des indicateurs d'évaluation du statut fonctionnel du patient est posée et devra faire l'objet de recommandations compte tenu du rôle déterminant de ce paramètre pour le SSR. *(CIF souhaitée par les MPR)*.
- Des moyens dédiés à la **coordination des parcours complexes** (SSR = carrefour de compétences pour les parcours complexes). Les difficultés de coordination font consensus. Plutôt que de nouveaux dispositifs de coordination qui comporteraient le risque de se superposer à l'existant (PAERPA, MAIA, PTA, réseaux...), des équipes mobiles permettraient d'assurer l'accompagnement des patients pour le retour ou le maintien dans leur environnement et d'établir une collaboration rapprochée avec les professionnels de proximité, en synergie avec les PTA si nécessaire.

LA PERTINENCE DES SOINS EN SSR (2)

☞ **Développement de l'ambulatoire**: « rien ne s'oppose aujourd'hui à l'ambulatoire » à l'exception des phases aiguës des maladies ou accidents et des états cliniques instables avec risques de décompensation et besoin de surveillance rapprochée, ainsi que l'accès à certains moyens spécialisés / techniques non accessibles au domicile, et les conditions de vie du patient (logement inadéquat, isolement, précarité, nécessité de rupture avec le milieu habituel).

Pour favoriser l'ambulatoire, il est nécessaire de diversifier l'offre : htp, CS avancées, pluridisciplinaires, SSR à domicile, équipes mobiles, téléconsultations, téléexpertise.....

- ✓ Proximité et prise en compte des transports
- ✓ Différencier hôpitaux de jour bilan et hôpitaux de jour traitement
- ✓ Présence de professionnels de proximité coordonnés, voir place du PRADO, évolution des modalités de financement en libéral, y compris de l'ETP, APA.....
- ✓ Transferts de compétences et délégations de tâches
- ✓ Mettre en place des indicateurs de pertinence
- ✓ Mettre des incitatifs financiers

Impact
autorisations et
modèle éco

Promouvoir innovation organisationnelle : notion de « SSR à domicile », en collaboration avec les acteurs de proximité (libéraux et maisons de santé pluridisciplinaires + prestataires à domicile + HAD + association de patients), structures légères ambu, avec modes de financement expérimentaux?

☞ Les **séjours longs frontières avec le médico-social** (GT neuro-locomoteur)




L'aval des SSR pose problème pour les patients avec handicap résiduel, ne pouvant rentrer à domicile, d'où le maintien en SSR de patients qui n'en relèvent plus.

- ✓ Délais d'admission en EHPAD, MAS, FAM
- ✓ Délais d'instruction des MDPH

Souhait de développer des prises en charge partagées (décloisonnement sanitaire/médico-social)



LES SPECIFICITES DES SSR NEURO-LOCOMOTEUR

- Passer d'une logique de pathologies à une logique de **besoins fonctionnels**: l'intégrer dans la classification des séjours.

- Attention particulière aux **situations complexes** (pour des raisons médicales ou socio-environnementales): renforcer le rôle des SSR dans l'organisation des parcours complexes et leur continuité.

- Renforcer **l'évaluation** et mettre en place des indicateurs de qualité et de pertinence.
- Les implantations de SSR à **distance des bassins de vie** sont un frein au développement de l'ambulatoire. Favoriser les partenariats kiné de ville/SSR.
- Dans le cadre de la gradation des soins: identifier les unités de **recours SRPR** (soins de rééducation post-réanimation), en proximité des services de réanimation (*non consensus sur ce point*).

- Situations particulières de **patients « frontière » avec le médico-social**, ainsi les polyhandicapés (environ 2500 séjours), les patients en EVC-EPR, certains patients lourdement dépendants ne pouvant rentrer à domicile, pour lesquels la dimension projet de vie doit être dominante tout en maintenant un niveau de médicalisation important.

EN RESUME: les points clefs

1. 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.
2. Organiser sur les territoires la **gradation des soins**, en identifiant des missions de recours, des fonctions ressources, et en diversifiant les interventions ambulatoires. Faciliter la coordination des parcours, en utilisant les savoir-faire des SSR.
2. Concernant **l'hospitalisation**: mieux identifier les différentes situations de soins, afin d'améliorer la pertinence de l'hospitalisation et d'avoir une valorisation conforme aux ressources mobilisées.
3. Développer des **pratiques ambulatoires diversifiées** afin d'améliorer l'accessibilité à la rééducation-réadaptation-réhabilitation-réinsertion sur les territoires:
 - Expérimenter des structures de réadaptation ambulatoires légères de proximité mixant les compétences et ressources des établissements SSR et des professionnels de proximité (MSP, CPTS, libéraux...). Expérimenter le financement.
 - Reconnaître, structurer, valoriser la fonction d'évaluation et bilan.
 - Mutualiser les plateaux techniques entre établissements et avec les libéraux.
 - Favoriser les interventions hors les murs: télé-médecine, équipes mobiles, SSR à domicile ou HAD-R, CS pluridisciplinaires ou complexes.....
 - Favoriser l'intervention des associations de patients dans les programmes d'ETP et l'accompagnement à la sortie du patient.

ATELIER 3: LES PARCOURS DE SOINS

POUR DISCUSSION

LES CONCEPTS

Les phases de transition dans le parcours:
risques de rupture de continuité.

Les filières de soins.

LES QUESTIONS

Quel est le rôle du SSR dans le parcours de soins?

Quels sont les liens à identifier dans le but d'organiser le parcours de soins.

Comment le SSR peut-il s'inscrire dans des filières de soins (lesquelles?).

ATELIER 4: territoires et gradation de l'offre

- ✓ *Les textes*
- ✓ *Les orientations stratégiques*
- ✓ *La discussion*

ATELIER 4: TERRITOIRES ET GRADATION Les textes de 2008

Circulaire du 3 octobre 2008

Les principes d'organisation

- La mise en place de coordination en SSR
- L'inscription dans les réseaux particuliers ou filières de prise en charge (gériatrie, addiction, brûlés....)
- Réseau de partenariats, coopérations notamment avec les structures médico-sociales
- Mission d'expertise et de recours auprès des autres SSR polyvalents ou non.

Impact réforme autorisations: reconnaissance contractuelle?

2. Gradation des soins: « *tout ne peut pas se faire partout* »

- Une gradation existe déjà entre SSR polyvalents et SSR spécialisés.
- Cependant, il apparaît utile **d'identifier des activités de recours** nécessitant la mise en place d'organisations spécifiques et de moyens en personnels ou équipements spécifiques. Cette notion devrait faire l'objet d'une régulation par les ARS, sur la base de cahiers des charges nationaux, avec évaluations régulières.
- Définition d'une mission de recours: pathologies ou prises en charge peu fréquentes qui font appel à des compétences expertes, des gestes techniques ou pratiques peu développés, des plateaux techniques très spécialisés accessibles seulement sur quelques établissements.
- Les établissements avec mission de recours ont une responsabilité territoriale, qu'ils assument comme centre de ressources. (*Le CNP de cardiologie a développé la notion de centre expert avec fonction d'animation de centres associés (pour patients à bas risques)*).
- Les centres ressources (experts) contribuent à la recherche et l'enseignement, de façon non exclusive.
- Concernant l'accueil de patients instables ou à risques, la proximité avec les services MCO peut être souhaitable pour assurer la sécurité. L'expertise nécessaire pour les centres de recours peut nécessiter la proximité de SSR de spécialités différentes (*ex respi et neuro, pour les patho neuro-musculaires*).

Impact Autorisations

4. Différentes visions de l'organisation territoriale et de la gradation des soins pour améliorer l'accessibilité. Nécessaire régulation des ARS.

- **Proximité**

- ✓ SSR polyvalents, personnes âgées permettent de prendre en compte la perte d'autonomie et les facteurs socio-environnementaux. En lien avec les centres spécialisés ressources ou experts, peuvent accueillir différentes pathologies en réadaptation/rééducation/réinsertion.
- ✓ Amélioration de l'accès à la réadaptation par la mise en place de structures légères de réadaptation ambulatoires avec professionnels de proximité et délégation de tâches, soutenues par les SSR centres ressources
- ✓ Réadaptation-réhabilitation à domicile: permet d'intégrer la réadaptation directement dans le milieu de vie, avec les aidants, favorisant le maintien à long terme des effets.

Impact modèle
financement

- **SSR spécialisés**

- ✓ **Recours** : SSR spécialisés accueillant des patients instables ou complexes à besoins très spécifiques (pour des pathologies peu fréquentes ou combinées (ex: polytraumatisés, sortie de réanimation (SRPR et unités d'éveil), amputés, blessés médullaires et cérébrolésés sévères, brûlés, obésité morbide, transplantés cardiaques, UCC, maladies neuro-musculaires, mucoviscidose, porteurs BHR.....), nécessitant un niveau élevé de spécialisation ou d'expertise (ex: neuro-orthopédie complexe, pelvipérinéologie, neuro-cognition....) et des plateaux techniques spécialisés concentrés sur quelques établissements.
- ✓ Les unités de recours doivent jouer un rôle de centres ressources pour les établissements du territoire
- ☞ La **télé médecine** favorise une telle organisation de la gradation des soins.



DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS

orientations stratégiques

LES SPECIFICITES DES SSR POLYVALENTS ET GERIATRIQUES



- Les SSR polyvalents (40% des lits et places SSR) et gériatriques (20% des lits et places SSR) ont la particularité d'avoir une **approche globale** de population et non par organe ou par pathologie relevant d'une intervention pluridisciplinaire, qui devrait trouver sa traduction dans le mode de financement.
- **Concernant les SSR personnes âgées:** existence d'une **filière gériatrique** décrite par la circulaire du 28 mars 2007. En SSR gériatrique: patients très âgés (80-85 ans), polypathologiques avec dépendance élevée.
- Évaluation +++ de l'environnement social et familial, en particulier des aidants.
- Demande que mesure de dépendance (ADL) soit déterminant dans la valorisation et le suivi de la **perte d'autonomie iatrogène**.
- La fatigabilité des personnes âgées induit des séances rééducatives courtes et répétées (temps d'installation multiplié), intérêt de l'APA (activité aérobie).
- Importance de l'ETP en prévention des chutes, de la dénutrition et de la perte d'autonomie pour les personnes âgées, ainsi que l'optimisation médicamenteuses (organisation de RCP avec pharmaciens).
- **Concernant les SSR polyvalents:** souhait de mieux identifier l'activité, afin de ne pas être défini par défaut « absence de spécialité ».
- Prise en charge de proximité pour les patients polypathologiques.
- Souhait de voir se développer une FST (formation spécialisée transversale) pour la pratique en SSR polyvalent.
- On note l'importance de **l'activité non programmée** (suites de traumatismes ou de décompensations) pour ces 2 mentions qui influe sur leurs organisations. Entrées en situation de crise sans possibilité de l'anticipation habituelle (bilans, avis spécialisés complémentaires, évaluation, réservation de lits...). Contribution des SSR aux plans Hôpital en Tension sous réserve de protocolisation?
- Accord pour des **organisations de territoire coordonnées** avec le court séjour, les SSR de spécialité et les acteurs du premier recours.
- Souhait de **développer l'hospitalisation à temps partiel** pour des patients dont la pathologie est stabilisée et dont le niveau d'autonomie est compatible avec un maintien à domicile.
- Cas particulier des séjours longs: certains patients sont véritablement hospitalo-requérants, il est nécessaire de mieux décrire les soins prolongés pertinents en SSR, pour les différencier des séjours relevant des USLD ou du médico-social.

Impact autorisation

Impact SI, classification, modèle
éco

LES SPECIFICITES DES SSR CARDIO-PNEUMO

Impact sur les autorisations

- Des **besoins** en réadaptation cardiaque et réhabilitation respiratoire **insuffisamment couverts par l'offre actuelle de SSR**, qui ont conduit les 2 CNP à faire des propositions d'organisation territoriale, notamment par une gradation de l'offre selon le niveau de risque des patients. Nécessaire renforcement des structures ambulatoires.
- Des **patients instables potentiellement à risques** de décompensation, d'autant plus que la DMS en amont est de plus en plus courte, d'où la nécessité d'avoir des établissements SSR spécialisés en capacité d'assurer la sécurité de ces patients à risque élevé ou intermédiaire. Les 2 CNP convergent sur l'objectif que l'on doit assigner aux SSR de permettre la réduction de durée de séjour en MCO.
- Une **gradation des soins pour une nouvelle stratégie de prise en charge dans le but d'améliorer l'accès** à la réadaptation cardio-pulmonaire: des établissements ressources et/ou recours capables d'accueillir en sortie de service aigu des patients instables à proximité des centres aigus et d'évaluer les niveaux de risques des patients + des centres associés (polyvalents ou spécialisés) accueillant les patients à risque faible ou intermédiaire.
- Développement de **prestations à domicile** (SSR de réhabilitation à domicile, (but de maintien des acquis), rôle des prestataires de santé à domicile, de l'HAD, de la téléréhabilitation, de la télésurveillance, des acteurs de proximité, soutien PRADO.
- Des **patients à haut risque cardio-vasculaire** qui justifient des programmes de prévention primaire et secondaire s'appuyant sur les compétences et moyens des SSR cardio (souhait d'évolution de la nomenclature vers le terme de « SSR spécialisé en réadaptation et prévention cardio-vasculaire »). Des structures ambulatoires légères de prévention pourraient être expérimentées?

LES SPECIFICITES DES SSR DIGESTIF ENDOCRINO-METABOLIQUE-NUTRITION

Impact sur les autorisations:

- Les SSR digestif-endocrino-métabolique-nutrition doivent accompagner la mutation des services aigus.
- Volonté de gradation des soins et de régulation de l'offre par les ARS. Des activités de recours à discuter: les troubles du comportement alimentaire (TCA)? Identification de centres ressources auprès des SSR polyvalents, PAPD et libéraux.
- Importance d'inscription des SSR spécialisés dans les filières territoriales, incluant les libéraux et acteurs de proximité. Souhait d'améliorer l'accessibilité géographique, par une régulation des ARS, proposition d'organiser des plateformes ambulatoires multidisciplinaires territoriales, en lien avec les MSP?
- Mieux identifier les obésités sévères (IMC>50) et/ou complexes (outils de scoring en cours d'élaboration par les CSO) qui nécessitent une prise en charge en SSR spécialisé.
- Particularité de prise en charge du pied diabétique: organisation territoriale des SSR spécialisés et centres référents, soutenue par la télémédecine.
- Concernant la classification des séjours: séjours hétérogènes en termes de complexité. Demande de création d'un GME obésité morbide. Codage de la dénutrition insatisfaisant. Description des stomies insuffisante, car conditionne le suivi nutritionnel et les complications potentielles.
- Valorisation discutée des suites de fistule, d'iléostomie, des transports bariatriques, de l'éducation thérapeutique, des CS pluridisciplinaires, des interventions hors les murs.
- Souhait de changer de terminologie pour la mention: SSR nutritionnel, non consensuel.

Inscrire les SSR *nutrition dans les parcours du prochain plan Obésité

Impact modèle de
financement

- **L'activité cancer en SSR:** 13% des hospitalisations SSR sont liées au cancer (15% des journées). 50% sont en SSR polyvalent, 25% en PAPD, 5% en SSR onco-hémato. Peu d'établissements sont autorisés en cancéro dans les régions. Les principales localisations de cancers sont: digestif, hémato, respiratoire, génito-urinaire et neuro.

Une analyse complémentaire sera utilement menée par l'INCA, notamment sur les motifs « autres prises en charge » qui représentent 60% des séjours.

- **Les besoins:** suites de chirurgie carcinologique lourde, soins palliatifs, complications médicales d'intercure (aplasies, infections, dénutrition, déficiences...), traitement de la douleur, vulnérabilité sociale. On peut répartir les besoins en 2 catégories:
- les soins de support qui devraient pouvoir être assurés dans la plupart des SSR, en particulier polyvalents, avec des objectifs de réhabilitation et réinsertion. L'ETP et l'APA sont à développer dans ce cas.
 - Les soins techniques (nutrition parentérale, transfusions, traitement de douleur complexe, soins de trachéotomie, chambre implantable, chimiothérapies...) qui justifieraient l'identification de certains établissements spécialisés en cancéro, avec équipes formées et expérimentées (médecin oncologue) capables d'accueillir des patients instables. Certaines surspécialisations posent la question du recours?
- Faire évoluer les **autorisations de mentions**, pour reconnaître les spécificités des besoins des patients atteints de cancer. Explorer les besoins en lieux de vie associés.
- Établir un cahier des charges national pour la prise en charge des patients atteints de cancer en SSR (INCA?) précisant les formations et compétences requises. A noter que l'ARS Île-de-France a initié un cahier des charges régional.

Impact Autorisation. SSR spécialisés ou polyvalents de recours en cancérologie? Mention cancer?

Impact valo DMA

LES SPECIFICITES BRÛLES

Impact autorisations

- Compte tenu de l'épidémiologie, **concentrer les prises en charge** sur quelques centres spécialisés en France, avec volume permettant le maintien des compétences et le financement des plateaux techniques spécialisés. Idéalement adossés à d'autres mentions spécialisées (neuro-locomoteur, pédiatrie...). 7 inter-régions, fortes disparités géographiques.
- Prendre en compte les transports, compte tenu de l'éloignement des domiciles. Par nature, les SSR brûlés sont des **établissements de recours**.

Impact mode de financement

- Demande de **valorisation spécifique des appareillages** (orthèses compressives) compte tenu de la technicité et de la fréquence des adaptations (pas d'externalisation?).
- Évaluation précoce par médecin MPR compétent en brûlologie, au sein du centre de traitement des brûlés.
- **Admission précoce en SSR** en collaboration étroite avec chirurgien plasticien.
- **Poursuite du suivi après sortie du SSR spécialisé**: CS pluridisciplinaires, appareillage. Valorisation des actes en libéral pour les professionnels de proximité.
- Importance de l'accompagnement psychologique et en réinsertion professionnelle (enjeu médico-économique).
- Chez l'enfant: les compétences en brûlologie sont prioritaires, auxquelles doivent se rajouter les compétences pédiatriques. Parcours de soins très long, tenant compte des phases de croissance, de la triangulation enfant/parent/soignant. Taille critique de la section pédiatrique pour bénéficier de scolarisation.
- Pénurie de professionnels formés: regroupement des centres et délégation de tâches pour les para-médicaux titulaires du DU de brûlologie.
- Fréquence des facteurs de **vulnérabilité sociale**. La SFB propose de mener une enquête pour documenter le sujet de la précarité en SSR brûlés.

- **Triple mission** d'éducation thérapeutique, de prévention et de réinsertion, avec l'objectif de limiter les risques de décompensation et de perte d'autonomie. Possibilité de renouveler les séjours en raison de chronicité de la maladie. Ruptures de soins fréquentes.
- Lier sévérité des troubles et intensité des soins.
- Les **facteurs de complexité**
 - La polydépendance (majorité des patients de SSR-A).
 - Les comorbidités psychiatriques (85% des patients)
 - Les troubles somatiques associés
 - Les troubles cognitifs (50 à 70% des patients en mésusage d'alcool et 30 à 80% des patients en mésusage de psychotropes).
Systématiser le dépistage des troubles cognitifs (différents outils existent MoCA). Créer des structures spécifiques pour troubles cognitifs sévères (recours). Financer le bilan par neuropsychologue.
 - La précarité sociale (mesurer par différents scores). Question de **l'accès à des soins généraux** (dentaire, ophtalmo) dont le financement ne devrait pas émerger sur les financements de l'établissement SSR (ententes préalables?)
- **Fonction ressource des SSR-A** pour SSR polyvalents ou autres spécialités: bilan en HC courte ou hôpital de jour pour patients d'autres SSR, CS avancées dans autres établissements, actions de formation.
- **Missions de recours:** accueil parent/enfant, troubles cognitifs sévères (programmes spécifiques de remédiation cognitive)
- Modalités de prise en charge: spécificité des SSR-A avec l'hospitalisation de nuit, nécessité d'évaluer la pertinence de cette modalité.
- Lien essentiel avec le secteur médico-social en addictologie (CSAPA avec hébergement, ACT) et CHRS.

Impact
classification

Impact autorisations

LES FACTEURS DE QUALITE ET SECURITE DES SOINS (3)

3. Les personnels: pluridisciplinarité, formation, évaluation des pratiques professionnelles, délégations de tâches.

- La pluridisciplinarité est la condition nécessaire pour une approche globale des patients.
- Certaines missions de recours nécessitent une surspécialisation, une attention devra être portée au risque de multiplication des surspécialités qui enlèverait de la lisibilité au dispositif SSR (pour les patients et les médecins adresseurs).
- Pour certaines spécialités la formation des personnels aux urgences et gestes de réanimation est indispensable pour assurer la sécurité (cardio, pneumo notamment).
- Plusieurs DIU de réadaptation existent ouverts aux paramédicaux qui devraient permettre des délégations de tâches. De même, le développement de FST (formations spécialisées transversales) pour les médecins est souhaité.
- La difficulté de recrutement de certains personnels (kiné et orthophonistes en particulier) est préjudiciable à la qualité des prises en charge. Le développement de collaborations libéraux/établissements est souhaité, soit sous forme de mutualisation de plateaux techniques, soit sous forme d'exercices mixtes.

Une simplification réglementaire est attendue par les professionnels pour faciliter ces collaborations



**DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS**

ATELIER 4: L'ORGANISATION TERRITORIALE ET LA GRADATION DES SOINS *POUR DISCUSSION ET DÉFINITIONS*

LES CONCEPTS. Notions à définir dans le cadre d'une organisation territoriale.

Gradation des soins.

Activité de recours, expertise, référence....

Mission ressource.

LES QUESTIONS

Pourquoi une gradation des soins?

Quelle organisation sur les territoires pour assurer qualité/sécurité et accessibilité?

Sur quels critères déterminer la gradation, activités de recours/ proximité?

Quel niveau de décision: autorisation, CPOM??