

Synthèse comité réforme des autorisations SSR

12 octobre 2018

1ere réunion de lancement des travaux sur la réforme des autorisations SSR, inscrite dans la réforme plus globale de la réforme des activités de soins, initiée par la LMSS.

Réunion menée par Sylvie Escalon et Martine Servat (Thomas Deroche étant excusé).

1/ Contexte

La DGOS rappelle le contexte général dans lequel s'inscrit cette réforme des autorisations SSR, avec les SSR au cœur du Plan ma Santé 2022 et notamment sur 2 axes :

- Favoriser la qualité et replacer le patient au cœur du soin ;
- Créer des collectifs de soins au service des patients, en améliorant l'organisation des soins de proximité.

Objectif également annoncé de réorganiser les hôpitaux et de poser la question de la pertinence de seuils d'activité, tout au moins pour certaines activités spécialisées.

3 enjeux importants sont d'ores et déjà ciblés par la DGOS : la qualité des soins, la territorialisation de l'offre (avec la gradation) et l'introduction de l'innovation.

Un rappel est rapidement fait des conditions actuelles de l'obtention des autorisations SSR et l'accent est mis sur le fait que la régulation de l'offre ne se fera pas seulement par cette seule réforme, mais également et de manière associée par celle du financement ou encore la certification.

Ainsi, un des buts de ces travaux est de parvenir à proposer un socle minimum pour les autorisations SSR, en lien avec les recommandations des sociétés savantes existantes, la certification

Il s'agit d'un travail à long terme qui en terme de calendrier, aboutira à de nouveaux décrets (2019), une révision des schémas (1eres vagues dont font partie les SSR en 2020), une mise en conformité des établissements (2021) et une entrée en vigueur des nouvelles règles sur le terrain.

2/ Méthode de travail

Elle va s'organiser en trois phases : démarches progressive, prospective et participative, avec l'association en amont des partenaires qui soient au plus près du terrain.

La DGOS annonce la réalisation d'un état des lieux tous les mois, et **les axes prioritaires à définir dès la seconde réunion (novembre 2018)**, avec le cas échéant la mise en place de certains sous-groupes sur des thèmes dédiés.

Suivront ensuite les discussions autour de l'évolution des conditions techniques de fonctionnement et conditions d'implantation, qui aboutiront à la **rédaction de pré-projets de décret par la DGOS, qui seront soumis aux arbitrages du Cabinet et de la Ministre.**

L'état des lieux s'établira en deux parties : d'une part les textes existants, d'autre part la description de l'offre.

La DGOS rappelle que le choix a été fait de mener cette réforme par activités de soins et non par pathologies.

A ce stade, les représentants de l'ARS IDF font part de leur inquiétude de parvenir à organiser les filières de patients, dans des délais très contraints : 6 mois entre la parution des nouveaux décrets et la révision des schémas.

Ils insistent également, rejoints par les autres participants, sur la nécessité de prévoir des dispositions transitoires pour les autorisations qui arriveront à échéance dans un calendrier similaire à celui de cette réforme, et la vigilance à avoir sur l'articulation des périodes de renouvellement (14 mois avant la fin de l'autorisation) et la parution simultanée des décrets.

La DGOS annonce que ce dispositif transitoire sera bien prévu dans la réforme.

Elle ajoute qu'un gros travail sera mené dans le cadre de cette réforme sur le développement et la diversification de l'ambulatoire en SSR, enjeu majeur de l'avenir du secteur.

3/ Les textes actuels (décrets de 2008)

La DGOS rappelle la définition des SSR prévue par les décrets de 2008 et indique qu'il conviendra de voir si elle convient toujours au regard des nouvelles missions attendues des SSR actuels, et de la territorialisation de l'activité à engager.

Elle souligne également le fait que la notion de recours des établissements mérite d'être précisée avec une multiplicité des approches.

Elle indique que la prise en charge des « enfants/adolescents » n'est aujourd'hui pas reconnue comme une mention spécialisée, et qu'il faudra s'interroger sur ce point, en parallèle avec la notion de PAPD, reconnue en spécialisation à part entière. Dans le même axe de réflexion, le statut des MECS sera à revisiter.

Pour les spécialisations, elle annonce que :

- Il n'y a pas de véritable remise en cause de l'existant, à l'exception de la cancérologie où la question se pose d'intégrer la prise en charge des tumeurs solides ;
- Certaines dispositions paraissent contradictoires (nécessité d'un coordonnateur MPR pour les établissements ayant la double mention neuro/appareil locomoteur, alors qu'il doit être neurologue pour les établissements spécialisés dans cette seule activité) ;
- Selon les mentions, les établissements sont tenus à une « continuité médicale des soins »/ « continuité des soins », dont les définitions diffèrent et qui mériteront d'être retravaillées ;

- Certains intitulés de mentions spécialisées mériteront d'être raccourcis et globalisés (ex PAPPD). Il conviendra pour cette spécialisation de voir ce qu'il convient de garder de la circulaire plus générale gériatrique de 2007 ;
- Les SSR brûlés doivent être liés aux centres de traitement des brûlés avec le calendrier entre les deux types d'activités à harmoniser.

Pour les SSR « polyvalents », elle précise que :

- Il n'existe pas de définition en tant que telle dans les décrets de 2008, alors qu'ils sont toujours majoritaires dans l'activité SSR. Il n'en existe qu'une, par défaut, dans la circulaire du 3 octobre 2008, ce qui n'est pas suffisant ;
- Il n'y a rien sur les plateaux techniques dans les conditions générales ;
- La possibilité de chambres à 2 lits (adultes) ou 4 lits (enfants) méritera d'être rediscutée ;

Un participant insiste sur le fait que la prise en charge des patients ayant des pathologies cancéreuses ne doit pas uniquement relever d'une spécialisation, les SSR polyvalents en prenant également beaucoup en charge.

Enfin de manière générale, la DGOS indique que la mise en œuvre par les SSR de la coordination territoriale prévue par la circulaire de 2008 n'est plus valide en l'état, avec le rôle désormais attribué aux CPTS, même si leur rôle de coordination des parcours reste majeur.

Sur ce point, la FHF souligne l'importance de disposer de garde-fous sur les conditions techniques de fonctionnement, basés sur des critères clairs et robustes, particulièrement importants pour la délivrance de futures autorisations graduées, et rappelant la nécessité parallèlement d'améliorer le PMSI SSR.

Elle pose également la question des modalités de l'articulation entre les coordinations de territoire et celles des parcours ?

La DGOS répond qu'il faut rendre disponibles les compétences sur les territoires de façons différentes et graduées, par exemple avec le développement des équipes mobiles.

Les représentants de l'ARS IDF s'interrogent sur la manière d'articuler les PTA qui sont très orientées sur le lien ville/hopital et n'interviennent pas sur les difficultés au niveau des zones de transition en intra-hospitalier (MCO/SSR) et en sanitaire/médico-social (aval SSR) et les équipes mobiles, sans pour autant les détourner de leurs missions ?

La DGOS répond qu'il y a beaucoup de méconnaissance par les différents acteurs, du rôle joué par les SSR et la nécessité de l'améliorer.

Plusieurs intervenants insistent sur l'importance pour le désengorgement des services d'urgences, de recourir à la télémédecine et à de nouvelles modalités d'interventions plus innovantes, ainsi que la nécessité d'utiliser également les plateformes d'appui existantes dans le secteur médico-social.

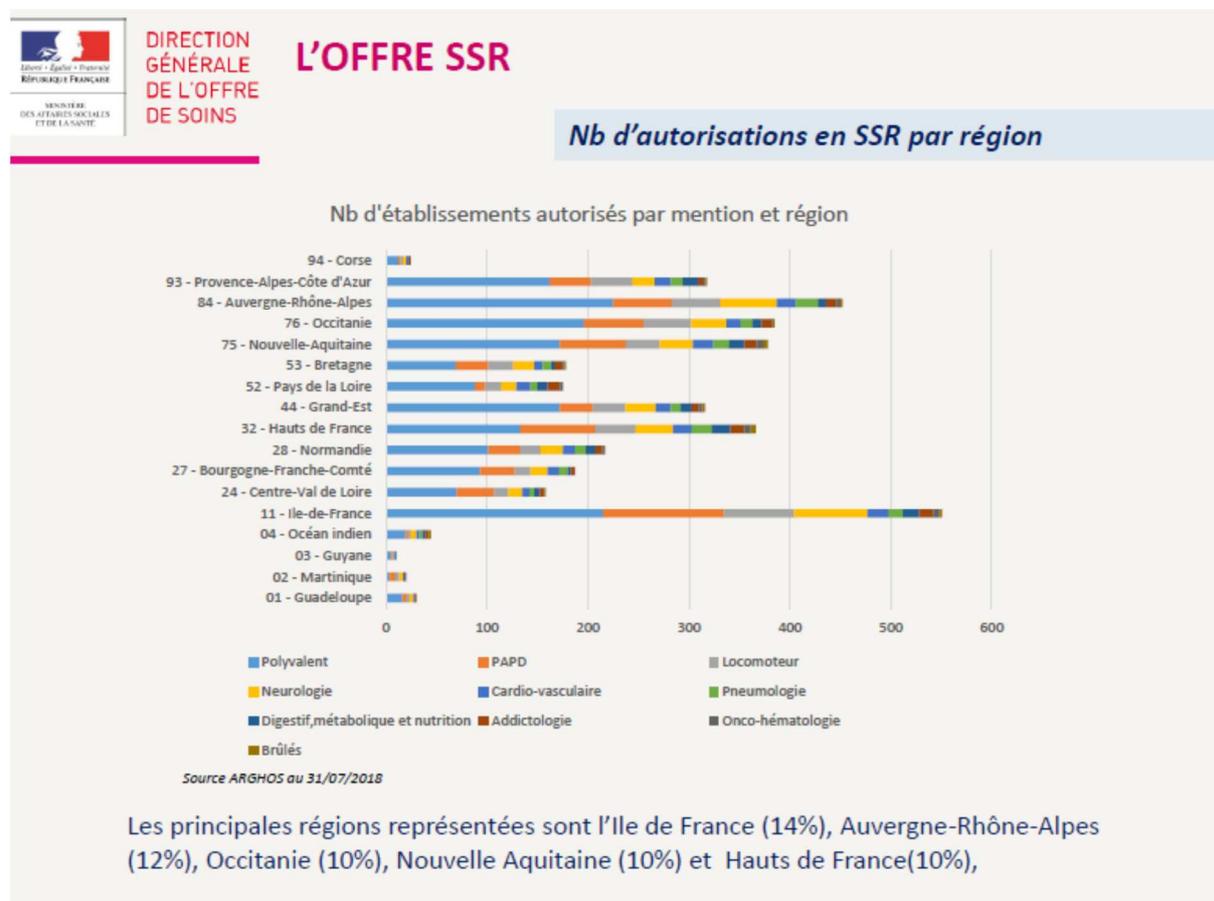
La FHF indique qu'il faut conserver de manière factuelle ce qui a marché avec les décrets de 2008 et modifier ce qui au contraire n'a pas fonctionné, sur la base d'un résultat final avéré des soins. Elle ajoute qu'un débat devra impérativement être engagé sur les PTS au regard des grandes disparités de terrain.

La FEHAP rappelle qu'un glissement des soins du MCO vers le SSR s'est opéré avec la T2A, engendrant une lourdeur de soins non valorisés à ce stade.

La DGOS répond qu'elle a prévu un accompagnement financier adapté, pour couvrir cette mutation déjà engagée.

4/ L'offre et l'activité SSR

La DGOS présente les grandes lignes de l'offre SSR existante, détaillées par mentions et par mode de prise en charge (HC/HDJ), puis par régions.



Sur ce point, les représentants de l'ARS IDF mettent en garde contre ces chiffres qui ne reflètent pas la réalité de terrain au regard du fait que pour être autorisés en spécialité, un établissement doit disposer d'une autorisation polyvalente associée.

Ils indiquent ainsi que dans leur région, seuls 3 établissements relèvent d'une autorisation exclusive de polyvalents, chiffres très éloignés de ceux présentés par le Ministère.

La FHP SSR insiste sur la problématique existante en région sur ce point avec des dossiers présentés pour des spécialisations très différentes qui se retrouvent de manière totalement paradoxale et illogique en concurrence directe, car peu d'implantations polyvalentes sont disponibles dans les schémas.

Elle rappelle que la lettre 2009 de la DHOS à destination des ARH indique pourtant clairement qu'un établissement spécialisé n'a pas forcément à disposer d'une autorisation simultanée de SSR polyvalent

et que cette situation doit évoluer car elle aboutit à « scléroser » la délivrance des autorisations spécialisées de SSR sur le terrain.

La DGOS répond qu'elle va analyser cette lettre DHOS afin de voir précisément de quoi il retourne et ajoute que l'analyse de ces autorisations devra être associée à celle de l'activité PMSI.

Sur le développement de l'HDJ, elle indique que plusieurs statistiques sont disponibles par journées, par séjours et par patient. **L'objectif étant de faire en sorte que ce soit les données par patient qui soient prises en compte à l'avenir.**

Un intervenant insiste sur la nécessaire prise en compte dans la réflexion à mener, des difficultés de pénuries médicales et paramédicales existantes dans les établissements, sans quoi le développement de l'ambulatoire sera voué à l'échec.



DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

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.

5/ Les axes de réflexion

Ils seront analysés en détail lors de la prochaine réunion.

Rapidement, la DGOS annonce d'ores et déjà que les SSR devront :

- Au titre de la qualité et sécurité des soins, s'inscrire dans une logique de parcours, de territoire (gradation des soins), avec la reconnaissance de ses spécificités (prévention, ETP ...)
- Au titre de la pertinence des soins, développer leurs critères d'orientation, diversifier leur offre (développement ambulatoire), lancer une réflexion sur certaines activités frontières avec le médico-social (EVC/EPR)

En conclusion de la réunion, la DGOS demande aux participants de bien vouloir faire remonter par mail sous 15 jours, les sujets qu'ils souhaiteraient voir abordés au titre de cette réforme.

La prochaine réunion est prévue pour la deuxième quinzaine de novembre.



DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS

L'AXE PERTINENCE DES SOINS



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)