

**Synthèse réunion ciblée cancérologie, portant sur la réforme des autorisations SSR**

*5 février 2019*

 Rappel de la démarche et **calendrier des travaux de cette réforme** :

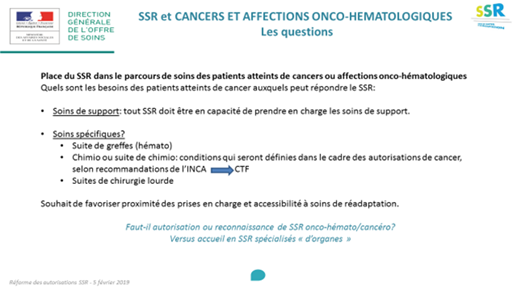
* Une première synthèse contenant les grandes lignes des projets de décrets, basée sur les échanges dans les groupes de travail, sera adressée en amont du 11 mars 2019 (date de la réunion de cloture des travaux SSR) avec réaction écrite attendues des Fédérations.
* Les projets de décret (version juridique) seront quant à eux soumis à la concertation en mai 2019.
* Un rappel de la DGOS sur les enjeux de cette réforme et notamment la nécessité de diversifier l’offre et de « sortir les SSR de leurs murs », de travailler sur la gradation des soins et de fournir un cadre de référence aux ARS.

 Présentation de la **réglementation existante sur la cancérologie (court séjour) utile à la réflexion** et basée sur l’implication de l’INCA :

* Des activités soumises à autorisation avec critères d’agréments (opposables) de l’INCA : textes de 2007
* Des obligations de seuils : textes de 2009
* 872 sites autorisés en cancérologie en 2018
* **L’article R. 6123-94** du CSP : exonération des SSR/HAD/Soins palliatifs reconnus en tant qu’établissements « associés » issus des recommandations de l’INCA (triple condition à respecter : traitement de proximité, convention avec la structure de court séjour et être membre du réseau régional de cancérologie).

 Réflexion à lancer sur les SSR :

* **Définir ce que l’on attend de l’évolution des SSR en cancérologie et notamment les critères de prise en charge dans ces établissements spécialisés. Question de savoir si la cancérologie fait partie des pathologies nécessitant des besoins spécifiques dans la prise en charge en SSR, qui ne seraient pas couverts actuellement ?**
* A noter que la DGOS annonce hésiter encore entre la délivrance d’une mention spécialisée élargie ou une simple reconnaissance contractuelle. Le détail de la typologie des patients serait défini dans un cahier des charges national validé par l’INCA.
* Aujourd’hui **13 % des séjours en SSR sont liés à un cancer**, dispatchés de la manière suivante :50 % en SSR polyvalents, 25 % en PAPD et 5 % en onco-hémato[le reste réparti dans différentes mentions spé]. 68 000 patients pris en charge pour des tumeurs malignes identifiés en SSR ;
* Spécificité de la pédiatrie à prendre en compte : la question de la distance du domicile et de l’éloignement de la cellule familiale, l’obligation de scolarisation des enfants.



 **Débats des acteurs** en séance :

* Evolution des besoins de patients, liés à l’évolution des thérapeutiques et à l’allongement de vie des patients atteints de cancer, engendre de nouveaux besoins. Nécessité de prévoir une prise en charge SSR « post cancer » basée sur de la réadaptation, une approche globale via des équipes pluridisciplinaires formées (gestion des PAC, douleur, alimentation parentérale …) et une mission de réinsertion dans le milieu de vie ;
* Importance de fluidifier les filières et d’éviter les ruptures de parcours qui constitueraient une perte de chance pour ces patients complexes, et atteints de comorbités ;
* Intérêt de distinguer les activités de court séjour soumises aux seuils d’activités de celles de SSR qui ne seraient pas exclusives de cette prise en charge dans les établissements
* Spécificités de la pédiatrie : une approche globale ne nécessitant pas forcément un besoin aigu de réadaptation.
* **Un consensus des acteurs pour faire évoluer la mention onco-hématologie vers une prise en charge d’oncologie plus large dans les décrets.**

 **Réponse/échanges de la DGOS :**

* Les missions des SSR ont un double volet de médecine et de réadaptation, d’où l’intérêt de faire évoluer la notion et dénomination de « soins de suite » ;
* Vigilance qu’une mention élargie de cancérologie n’empêche pas les patients d’être pris en charge en SSR polyvalents, ou une mention ciblée autre. **Définir un niveau de compétence nécessaire.**
* **Manque de lisibilité sur les établissements « associés » en cancérologie :** enquête nationale en cours
* Les autorisations de chimiothérapie relèvent de textes spécifiques au traitement du cancer (médecine) avec critères de l’INCA : **un établissement SSR qui ferait la demande de chimio in situe ne pourra y échapper. Question non tranchée de la DGOS : doit-on figer dans le Schéma les structures avec chimio [implantation spécifique] pour mieux les identifier ?**
* **2 cas de figures dans la réflexion, non arbitrés à ce stade [vigilance +++] :** 
  + **1/ possibilité pour ces établissements qui disposeraient d’une autorisation de chimiothérapie d’avoir une autorisation SSR cancéro « associée », avec une responsabilité territoriale particulière (gradation) ;**
  + **2/ une approche globale liée à des besoins d’équipes pluridisciplinaires formées en suite de cancérologie « aigue », différent de ce qui existe aujourd’hui**
* **Reconnaissance in fine de l’intérêt d’une évolution des SSR en lien avec les nouveaux besoins de ces patients, basée sur une double approche médicale (soins techniques) et de réhabilitation. Obligations spécifiques (moyens humains …) basé sur un cahier des charges INCA mais sans financement supplémentaire prévu.**
* **Médecin coordonnateur :** unité avec les autres mentions spé dans les décrets pour une cohérence des textes « spécialité d’oncologie ou expérience/formation attestée »

 **Précisions en séance de l’INCA :**

* La réflexion à mener ne doit pas être coupée de la question de la proximité à maintenir pour les patients ;
* Les **SSR avec chimiothérapie représentent environ 3000 patients/an**. Grandes disparités dans le nombre de chimio par établissement : varie entre 5 et 120. **Question se pose de fixer un seuil minimal**.

**Vigilance ++** : Reconnaissance en séance en réponse à une interrogation que le codage du PMSI SSR ne permet pas de distinguer s’il s’agit de chimio per os ou intra-veineuse !