

Objet :

**Révision du volet SSR du SROS**

**Compte rendu de la réunion Fehap-ARH  
du  
2 octobre 2009**

Origine : Fehap Ile-de-France

Dans le cadre de la révision du volet SSR du SROS III, la délégation Ile-de-France de la Fehap a rencontré Monsieur Métais, directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation, et Madame Simon-Prel, responsable de la révision du SROS SSR à l'ARH, le 2 octobre 2009.

Ce rendez-vous a été l'occasion de réaliser un point d'étape sur les différentes évolutions portées par la réforme : la rédaction des cahiers des charges, le nouveau régime des autorisations, la définition des objectifs quantifiés de l'offre de soins.

Enfin, cette rencontre a permis de faire le point sur le positionnement dans le SROS de l'ensemble des établissements SSR adhérents à la FEHAP et d'étudier leur situation au cas par cas.

## **I- Les cahiers des charges**

### **Cahiers de charges viroses chroniques :**

Dans le cahier des charges viroses, les établissements de recours-expertise sont nommés établissements de proximité et/ou recours. Les établissements ressources sont nommés « pôles de référence ». La Fehap a demandé à ce que ces termes soient alignés sur la terminologie des autres spécialités afin de faciliter la lisibilité de l'offre.

(*Nota bene* : les établissements reconnus pour une ou plusieurs spécialités seront qualifiés « établissements de recours et d'expertise »; parmi eux, certains seront reconnus « centres de ressources » pour le caractère hautement spécialisé de leur niveau de prise en charge).

### **Cahier des charges Gériatrie :**

L'objectif de favoriser la proximité est maintenu. Cependant, la contrainte de 75% de recrutement sur le territoire de santé et les territoires limitrophes devrait être supprimée du cahier des charges.

### **Cahier des charges locomoteur :**

Le cahier des charges locomoteur mentionnait au titre II « missions » que les établissements SSR devaient être en mesure de prodiguer une rééducation complexe « et/ou » intensive. Cette alternative présentait le risque d'offrir aux établissements la possibilité de diminuer la qualité de leur prise en charge.

L'ARH nous a confirmé que la rédaction serait modifiée et entrerait en conformité avec la formule de la circulaire de la DHOS du 3 octobre 2008 qui prévoit une « rééducation complexe **et** intensive ».

### **II- Clarification du nouveau régime des autorisations :**

L'ARH a précisé que la distinction en 3 niveaux (indifférencié, recours-expertise, centre de ressources) est une spécificité régionale initiée par l'agence. En effet, la DHOS prévoyait initialement un niveau indifférencié et un niveau ressource. Comme le nombre d'établissements pouvant prétendre à l'appellation centre de ressource est très faible, l'ARH a souhaité offrir aux établissements spécialisés une reconnaissance intermédiaire. Comme l'agence demandait aux établissements de se spécialiser pour intégrer des filières de prise en charge, elle a souhaité qu'ils se voient reconnaître un statut particulier en leur accordant l'appellation d'établissement de recours-expertise.

#### **1. Définition :**

Etablissements indifférenciés : établissements autorisés en SSR n'ayant pas de mention spécialisée.

Etablissement de recours-expertise : établissements autorisés en SSR ayant une ou plusieurs mention(s) spécialisées) complétant l'autorisation en SSR.

Etablissements « Centres de ressources » : établissements autorisés en SSR et spécialisés disposant d'un équipement et de compétences particulièrement rares sur le territoire régional.

La Fehap a demandé que l'appellation des niveaux de prise en charge soit uniformisée dans les maquettes. L'ARH a confirmé qu'elles seraient réécrites et harmonisées.

## **2. Les mentions des autorisations :**

Les SSR autorisés auront tous une autorisation de base dite « socle commun ».

Ensuite chaque établissement aura une mention indifférenciée et/ou spécialisée. Ainsi si un établissement effectue uniquement une prise en charge spécialisée, il n'aura pas de mention indifférenciée.

Enfin seuls certains établissements auront une mention établissement « centre de ressource ».

## **3. Etablissements associés en cancérologie :**

Les établissements associés à la prise en charge en cancérologie devraient être intégrés aux maquettes avant la présentation en conférences sanitaires de territoires. Les reconnaissances n'étant pas encore officiellement communiquées elles ne figurent pas encore dans les documents de travail.

## **III- Les objectifs quantifiés de l'offre de soins de niveau 3**

L'augmentation des OQOS en volume est déterminée sur la base des OQOS négociés dans les CPOM des établissements, et non sur celle des OQOS réalisés.

### **1. Impact des centres de ressources sur les OQOS :**

Les centres de ressources ayant une vocation régionale, il n'était pas envisageable de prélever leurs objectifs quantifiés en volume sur le territoire de santé de leur implantation. L'ARH prévoit donc de réintégrer dans les OQOS du territoire d'implantation des centres de ressources les journées et venues des territoires de provenance des patients, réalisées par ces établissements.

### **2. OQOS par spécialité et par territoire de santé :**

Les territoires de santé n'auront pas d'OQOS déterminés pour chaque spécialité. En revanche, pour chaque TDS, sera indiqué un pourcentage de répartition pour chaque spécialité vers lequel l'activité doit tendre. Ceci

devrait permettre un rééquilibrage dans certains TDS pour assurer une meilleure prise en charge de proximité.

Ainsi, sachant que l'activité globale d'un territoire représente 100% il pourra être indiqué: Le SSR gériatrie devrait représenter 50% de l'activité du territoire, le SSR locomoteur 20%...etc.

### **3. Développement de l'hospitalisation de jour :**

L'ARH souhaite augmenter les OQOS de l'hospitalisation de jour. Aujourd'hui fixés à 7% de l'activité régionale en SSR, l'agence s'interrogeait sur la possibilité d'augmenter de 5 points les objectifs pour les territoires de santé ayant une offre importante en HDJ (portant la part de l'activité réalisée en HDJ à 12%) et de 2,5% pour les TDS ayant une faible part d'hospitalisation de jour (portant la part de l'activité réalisée en HDJ à 9,5%).

La FEHAP a estimé qu'il fallait pouvoir développer l'offre d'hospitalisation de jour en particulier sur les territoires où elle est faiblement développée, afin de garantir aux patients une prise en charge en hospitalisation de jour à proximité de leur domicile. Ainsi, la Fehap a proposé un objectif de 12% de l'activité réalisée en HDJ pour l'ensemble des territoires.

L'ARH a précisé que les créations d'HDJ à venir ne devaient pas être développées sans être adossées à de l'hospitalisation complète.