

Le 12 octobre 2017,

Origine : Sarah BEKHADA	Suivi par : David CAUSSE
V1 du projet d'avis FEHAP sur l'extension du label « Hôpital de proximité » (HP) en SSR	

Dans le cadre des réflexions menées sur l'extension du label « Hôpital de proximité » en SSR, la DGOS souhaite d'abord travailler sur les missions réalisées et le positionnement dans l'offre de soins des établissements SSR potentiellement concernés avant de traiter la question du modèle de financement.

La DGOS a d'ores et déjà procédé à des premiers travaux afin de préciser la notion de proximité en SSR, valider la pertinence d'une extension du label HP et proposer des critères d'éligibilité.

Dans le cadre de ces premiers travaux, l'absence d'autorisation MCO et le respect des critères d'éligibilité territoriaux HP ont été fixés comme pré-requis.

Plusieurs critères propres au SSR ont été testés :

- o L'absence de mention spécialisée
- o Un taux d'entrées directes élevé
- o L'absence d'établissement MCO dans les 20 minutes
- o Une densité de masseur-kiné inférieure à la moyenne nationale

Lors du GT « Hôpitaux de proximité et SSR » du 28 juin dernier, la DGOS a indiqué que les échanges ayant eu lieu au cours d'une réunion avec les référents ARS conduisent à écarter le taux d'entrées directes jugé peu fiable et très dépendant des pratiques de codage. La densité de kinés serait également à écarter car reflétant des disparités régionales indépendantes des territoires de proximité.

Plus globalement, la DGOS estime qu'une approche par critères quantitatifs seule ne semble pas satisfaisante car ne permet pas de rendre compte suffisamment des missions assurées (ou à assurer) par ces établissements ainsi que de leur positionnement dans l'offre de soins et elle demande aux fédérations leurs contributions sur la proximité en SSR.

Pour la FEHAP et à cette étape, les SSR peuvent porter un « panier de services de proximité » au-delà des seules missions de réadaptation/rééducation propres au SSR. Ces missions de proximité s'articulent autour de l'appui au premier recours, l'orientation, la coordination des parcours et le lien vers le second recours et l'expertise et pourraient être ainsi définies :

- 1) **Appui au premier recours :** articulation avec la médecine de ville via l'exercice mixte et la coopération avec des structures d'exercice collectif et notamment des centres de santé. L'existence d'un projet partenarial de santé avec le premier recours (Maisons de santé pluridisciplinaires, Centres de santé, Communautés professionnelles territoriales de santé ou Equipes de soins primaires) mérite d'être examinée par la DGOS comme un critère intéressant pour qualifier la proximité en SSR.
- 2) **Amélioration du parcours des patients :** travail social coordonné, coopérations avec d'autres acteurs comme les USLD, HAD, acteurs du médico-social etc., activités de prévention et d'ETP (éducation thérapeutique du patient).
- 3) **Lien avec le second recours et l'expertise :** possibilité de consultations avancées et développement de la télé-médecine au service des usagers mais aussi des partenaires cités aux points 1 et 2.

En second lieu, la FEHAP promeut une réflexion en termes de « besoins du territoire » et non par champ d'activité en silo.

Dans cet esprit et par souci de cohérence, la FEHAP demande, sauf désaccord du gestionnaire concerné, la labellisation de l'activité SSR des établissements déjà reconnus hôpitaux de proximité en MCO.

Par ailleurs, il semble regrettable d'écarter du dispositif les SSR assumant des mentions spécialisées ou ayant une autorisation MCO sans se donner la possibilité de reconnaître l'intérêt des missions de proximité que peuvent porter ces établissements.

L'existence d'une mention spécialisée ou d'une autorisation MCO ne signifie pas que l'établissement soit dans l'incapacité à accueillir une patientèle sur des missions de proximité. En outre, la présence de compétences spécifiques constitue un levier permettant d'améliorer l'accès aux soins sur un territoire fragile en termes de démographie médicale, via notamment des consultations externes, voire permettant d'améliorer l'attractivité médicale sur une zone géographique avec un potentiel de postes médicaux partagés ou mixtes (salarié/libéral).

Par rapport aux critères proposés par la DGOS :

- concernant la « densité de masseur-kiné inférieure à la moyenne nationale », la FEHAP propose de l'adapter de la manière suivante : « une densité de masseur-kiné et d'orthophonistes libéraux inférieure de X% à la moyenne nationale ».
- Sur l'absence d'établissement MCO dans les 20 minutes, il serait pertinent de distinguer selon le type de médecine exercée : médecine générale ou médecines spécialisées.

Enfin, il pourrait y avoir un critère, par le truchement des hôpitaux de proximité en SSR, sur l'accès à une compétence d'assistance sociale pour les médecins libéraux du territoire ainsi qu'un critère relatif à la télé expertise.