



**MINISTÈRE  
DE LA SANTÉ  
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**INSTRUCTION N° DGOS/R4/2022/210** du 28 septembre 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations d'activité des soins médicaux et de réadaptation

Le ministre de la santé et de la prévention

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux  
des agences régionales de santé

Copie à :

Mesdames et Messieurs les préfets de région

<b>Référence</b>	NOR : SPRH2226961J (numéro interne : 2022/210)
<b>Date de signature</b>	28/09/2022
<b>Emetteur</b>	Ministère de la santé et de la prévention Direction générale de l'offre de soins
<b>Objet</b>	Mise en œuvre de la réforme des autorisations d'activité des soins médicaux et de réadaptation (SMR).
<b>Commande</b>	Mettre en œuvre le nouveau régime des autorisations d'activité des soins médicaux et de réadaptation.
<b>Actions à réaliser</b>	- Prendre en compte, dans les travaux de rédaction des projets régionaux de santé 2023-2028, le futur régime d'autorisation des activités de soins ; - Accompagnement des évolutions de l'offre issues du nouveau régime.
<b>Echéances</b>	Mise en œuvre dans le cadre de la publication des projets régionaux de santé 2023-2028 au plus tard au 1 <sup>er</sup> novembre 2023 et poursuite des actions les années suivantes.
<b>Contact utile</b>	Sous-direction de la régulation de l'offre de soins Bureau R4 Yacine LACHKHEM Tél. : 01 40 56 53 10 Mél. : <a href="mailto:yacine.lachkhem@sante.gouv.fr">yacine.lachkhem@sante.gouv.fr</a>
<b>Nombre de pages et annexe</b>	19 pages + 1 annexe (34 pages) Annexe - Fiches de description des prises en charge en SMR par mention

<b>Résumé</b>	La présente instruction précise les modalités de mise en œuvre de la réforme de l'activité des soins médicaux et de réadaptation et détaille les orientations à retenir pour la rédaction des schémas régionaux de santé dans leur versant relatif aux soins médicaux et de réadaptation en vue de la délivrance des autorisations d'activité de soins.
<b>Mention Outre-mer</b>	Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle Calédonie, et de Wallis et Futuna.
<b>Mots-clés</b>	Soins de suite et de réadaptation (SSR) - soins médicaux et de réadaptation (SMR) - autorisation, projet régional de santé.
<b>Classement thématique</b>	Etablissements de santé - organisation
<b>Textes de référence</b>	- Décret n° 2022-24 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins médicaux et de réadaptation ; - Décret n° 2022-25 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins médicaux et de réadaptation.
<b>Circulaire / instruction abrogée</b>	Néant
<b>Circulaire / instruction modifiée</b>	Néant
<b>Rediffusion locale</b>	Etablissements de santé, établissements sociaux et médico-sociaux.
<b>Validée par le CNP le 16 septembre 2022 - Visa CNP 2022-103</b>	
<b>Document opposable</b>	Non
<b>Déposée sur le site Légifrance</b>	Non
<b>Publiée au BO</b>	Oui
<b>Date d'application</b>	Immédiate

En préambule, les dispositions ci-après s'appliquent à toutes les structures disposant d'une autorisation de SMR avec ou sans reconnaissance d'activités spécifiques.

## Introduction

Prenant acte que le régime des autorisations sanitaires (articles L. 6122-1 et suivants, R. 6122-1 et suivants du code de la santé publique [CSP]) nécessitait une évolution, la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a ouvert la voie à une réforme profonde, amorcée par l'ordonnance n° 2018-3 du 3 janvier 2018 et renforcée par l'ordonnance n° 2021-583 du 12 mai 2021, relatives à la simplification (réduction des contraintes procédurales) et à la modernisation (meilleure prise en compte de critères qualité) des régimes d'autorisations des activités de soins et d'équipements matériels lourds.

Dans la continuité de cette ordonnance, un vaste programme de refonte des textes réglementaires du régime des autorisations sur de nombreuses activités de soins a été engagé. Cette réforme conduit ainsi à questionner et, le cas échéant, à modifier des conditions d'implantation (Conditions d'implantation [CI] - Décret en conseil d'État en application de l'article L. 6123-25 du CSP) et des conditions techniques de fonctionnement (Conditions techniques de fonctionnement [CTF] - Décret simple en application de l'article L. 6124-1 du CSP) des activités de soins et des équipements matériels lourds soumis à autorisation, que les établissements de santé doivent satisfaire pour être autorisés à pratiquer ces activités.

L'évolution des textes d'autorisations a pour objectifs opérationnels l'amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge, une meilleure adaptation à l'innovation en santé et une plus grande territorialisation de l'offre de soins. Cette réforme doit permettre l'émergence d'une logique globale de gradation de l'offre de soins.

Les décrets n° 2008-377 et n° 2008-376 du 17 avril 2008 relatifs aux CI et aux CTF de l'activité de soins de suite et de réadaptation ont été révisés dans ce contexte. Le champ assure un rôle pivot au sein des parcours de prise en charge, en coordination avec les soins de courte durée en amont et en aval ou en admission directe depuis le lieu de vie. Il est également intégré aux filières de prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, en lien avec les professionnels de ville et le secteur social et médico-social.

En développement continu, compte tenu des besoins de soins liés aux maladies chroniques, aux événements de santé invalidants et au vieillissement de la population, le champ des SMR est également de plus en plus sollicité pour des patients à risque de décompensation ou nécessitant des soins médicotехniques importants.

Les décrets n° 2022-24 et n° 2022-25 du 11 janvier 2022 relatifs aux CI et CTF font évoluer la dénomination de l'activité **en SMR** et visent plus largement à **conforter la place du SMR dans le parcours patient** en améliorant l'accès à une offre de réadaptation de qualité et homogène sur l'ensemble du territoire.

La définition plus précise des conditions de fonctionnement doit permettre de corriger l'hétérogénéité de l'offre constatée entre régions sur les plans quantitatif et qualitatif. Une meilleure visibilité des établissements de SMR améliorera l'organisation des parcours des patients, qu'ils soient hospitalisés ou non, notamment au regard de leurs besoins de soins médicaux et permettra l'évaluation au plus tôt des risques de handicap et de perte d'autonomie. Les pratiques de prises en charge doivent évoluer également pour accompagner le développement des alternatives à l'hospitalisation complète.

À cette fin, et pour répondre aux enjeux de prise en compte de l'innovation, d'amélioration de l'organisation territoriale des soins et renforcer la pertinence des pratiques, la qualité et la sécurité des soins, les nouveaux décrets introduisent des évolutions permettant de clarifier et redéfinir les missions, les modalités et les mentions de l'activité afin d'en harmoniser le traitement sur le territoire national.

Les principales évolutions sont :

- Le **changement de la dénomination de l'activité** qui devient activité de « soins médicaux et de réadaptation » afin de mieux rendre compte de l'activité effective des établissements et notamment des évolutions constatées dans les profils de patients accueillis ;

- La **création de la modalité « pédiatrie »**, exclusive pour la prise en charge des enfants, afin d'identifier la filière pédiatrique et répondre à l'exigence de qualité ;
- La **création de la mention « polyvalent »**, pour en préciser les conditions techniques de fonctionnement, et ainsi permettre l'homogénéisation des prises en charge entre régions et entre établissements ;
- La **création de la mention « oncologie »**, pour faciliter l'accès des patients atteints d'un cancer à la réadaptation à chaque étape de leur parcours ;
- La **description de l'organisation territoriale de l'offre**, permet notamment :
  - Une mission de soutien des structures SMR aux autres acteurs du territoire en matière d'évaluation et d'orientation des patients,
  - Un rôle de recours des établissements SMR « spécialisés » vis-à-vis des « polyvalents » et/ou autorisés pour d'autres mentions spécialisées.
- La **création d'une obligation, sauf dérogation**, pour le titulaire de l'autorisation de **permettre une prise en charge en hospitalisation à temps partiel et en hospitalisation complète** ;
- Dans le cadre des conditions techniques de fonctionnement, un **appui à l'intégration de l'activité physique adaptée (APA) dans les projets thérapeutiques** pour reconnaître le rôle et le bénéfice de l'APA dans la prise en charge, en lien avec la stratégie nationale Sport Santé ;
- Dans le cadre des conditions techniques de fonctionnement, la **spécification des prises en charge thérapeutiques et de l'organisation des soins** pour toutes les mentions, afin d'homogénéiser le niveau d'exigence entre spécialités et d'en faciliter la compréhension, pour les établissements comme pour les agences régionales de santé (ARS).

La présente instruction établit un cadre de référence permettant aux ARS de constituer une offre plus adaptée aux caractéristiques des territoires et des prises en charge plus homogènes entre établissements.

## I. Missions fondamentales des SMR et structuration de l'activité

### a. L'articulation des différentes missions assurées par les établissements de SMR

L'article R. 6123-118 du CSP dans sa version postérieure au 1<sup>er</sup> juin 2023 indiquera que les établissements SMR ont « pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, déficiences et limitations d'activité, soit dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, soit en amont ou dans les suites d'épisodes de soins aigus, que ces conséquences soient physiques, cognitives, psychologiques ou sociales. Cette activité comprend des actes à visée diagnostique et thérapeutique, des actions à visée préventive et d'éducation thérapeutique et de réinsertion dans le cadre du projet thérapeutique du patient ».

Cet objectif général sera atteint par l'exercice de cinq missions fondamentales dont les points communs sont leur caractère multidimensionnel, pluridisciplinaire et personnalisé aux besoins et projet de vie du patient :

- La mission de soins médicaux ;
- La mission de réadaptation ;
- La mission de prévention ;
- La mission de transition ;
- La mission de coordination.

### La mission de soins médicaux

Il s'agit d'une mission d'hospitalisation post aiguë et subaiguë pour des soins curatifs prolongés, voire palliatifs, et/ou des actes diagnostiques, en amont ou en aval des hospitalisations aiguës ou en provenance directe du domicile. Elle mobilise de multiples dont l'articulation se justifie dans un contexte de polymorbidité notamment.

### La mission de réadaptation

La réadaptation est articulée autour de trois objectifs : récupération fonctionnelle et psychosociale, compensation et adaptation de l'environnement et réinsertion du patient. Elle constitue l'axe principal du projet thérapeutique lors d'une orientation vers les SMR.

L'objectif premier est une amélioration fonctionnelle du patient par une réduction des déficiences et/ou une augmentation des activités. Le patient présente une pathologie pour laquelle il peut exister des référentiels scientifiques permettant de démontrer le bénéfice de ce type de programme et/ou des recommandations de bonne pratiques.

Le projet personnalisé de soins s'appuie systématiquement sur des évaluations, initiales puis effectuées à des délais réguliers. Elles permettent d'objectiver les progrès fonctionnels réalisés et/ou de réajuster le projet de réadaptation.

L'objectif de compensation et d'adaptation de l'environnement doit permettre au patient de conserver ses capacités fonctionnelles dans son écosystème en s'adaptant et en compensant les limitations d'activité. Cet objectif est pertinent dans le contexte de pathologies où les déficiences sont définitives et les progrès fonctionnels limités.

Le projet thérapeutique comprend l'entretien des capacités fonctionnelles, le choix et l'apprentissage de l'usage d'aide techniques, ou l'aménagement personnalisé de l'environnement du patient. Les objectifs du projet thérapeutique sont déterminés par les capacités fonctionnelles et les souhaits de participation du patient. La cible ici est la préparation de la réinsertion sociale, familiale, scolaire et professionnelle.

L'objectif de réinsertion est une démarche spécifique de réadaptation à la participation. Elle se caractérise par un accompagnement personnalisé intervenant lorsque les limitations fonctionnelles sont stabilisées. L'objectif de réinsertion sera atteint par la réalisation de l'ensemble des actions visant à améliorer la participation à des activités dans lesquelles l'individu souhaite s'impliquer pour lui permettre d'aboutir à un projet de vie adapté (autonomie familiale, professionnelle, scolarité, sport, activités physiques adaptées et loisirs...). Elle nécessite des moyens pour évaluer le fonctionnement du patient sur son lieu de réinsertion (domicile, lieu de travail, scolarité, sport) et l'implication de partenaires extérieurs en mobilisant les proches de la personne, les aidants familiaux ainsi que les professionnels de santé ou sociaux qui prendront le relais. Afin de fluidifier le parcours, les démarches associées à cet objectif devront être anticipées et initiées dès le début du séjour hospitalier si possible en court séjour et à défaut en SMR. Cet objectif peut constituer la composante principale du projet thérapeutique à un moment donné de la prise en charge, pour des patients avec dépendance, ne pouvant rentrer à domicile.

### La mission de transition

La mission de soins de transition est principalement une stratégie de soutien social pour des patients avec dépendance. L'objectif est de conserver le plus d'autonomie possible pour les activités de la vie quotidienne, dans l'attente d'un lieu de vie adapté à la personne que ce soit par l'aménagement du domicile ou d'un accueil au sein d'une structure médico-sociale ou sociale.

Elle associe des soins infirmiers et une assistance à la vie quotidienne, à des soins médicaux et de réadaptation de faible intensité, dans un objectif d'équilibration et de surveillance. Cette mission doit s'articuler avec l'offre médico-sociale disponible sur le territoire et les différentes organisations mises en place autour de la prise en charge de transition (offre de répit, hébergement temporaire en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [EHPAD]...). Enfin, elle ne peut constituer la seule raison d'une prise en charge au sein d'un établissement de SMR.

### La mission de prévention

La mission de prévention et l'éducation thérapeutique tiennent une place centrale dans chaque projet thérapeutique. Elles se construisent autant par le biais de l'apprentissage et l'adhésion au traitement que par l'appropriation de la démarche de prévention (notamment dans le contexte de la prévention des conduites addictives). Elles concernent aussi bien le patient que son entourage et doivent permettre aux patients de réaliser les apprentissages nécessaires pour développer des stratégies personnelles leur permettant d'accéder à une meilleure qualité de vie et d'éviter des rechutes de la maladie et des hospitalisations en soins aigus. Elles peuvent mobiliser différents types de relais externes (associatifs, patients experts ...).

### La mission de coordination

Cette mission de coordination a pour objectif d'agir en faveur de la pluridisciplinarité de la prise en charge et la fluidité du parcours des patients. Elle s'exprime alors selon deux modalités complémentaires :

- Une coordination interne autour du projet thérapeutique du patient afin d'animer et fluidifier la pluridisciplinarité de l'équipe ;
- Une coordination avec les partenaires externes d'amont et d'aval, en complémentarité des dispositifs de coordination existants, afin de contribuer à une meilleure connaissance et lisibilité de l'offre sur le territoire et favoriser le rapprochement des acteurs autour du parcours du patient.

Le projet thérapeutique du patient repose sur une évaluation initiale et continue à l'aune de ces missions en réponse à la coexistence des besoins identifiés et exprimés qui justifient son orientation vers une structure de SMR.

Ces différentes missions sont mises en œuvre à des degrés d'intensité variable et à des moments différents selon l'état du patient et l'orientation de la structure. L'interrelation entre les différentes missions décrites plus tôt doit dépasser la seule logique séquentielle pour rechercher une articulation forte et dynamique permettant d'exécuter les différents actes tels que définis à l'article R. 6123-119 du CSP.

### **b. Les patients concernés**

Les patients orientés vers les structures de SMR présentent des besoins en lien avec les missions exercées par ces établissements.

Sont également orientés en SMR, les patients :

- Nécessitant un bilan d'expertise, des ajustements thérapeutiques ou encore un traitement de complications de maladie chronique ou handicap ;
- Présentant des comorbidités associées à une affection médicale, ou chirurgicale complexifiant leur prise en charge, mais ne relevant pas d'une prise en charge en soins aigus.

L'orientation et l'admission d'un patient au sein d'un établissement de SMR doivent répondre à un objectif thérapeutique déterminé et régulièrement réévalué. La prise en charge au sein d'une structure SMR se justifie par la nécessité d'une coordination pluridisciplinaire accrue en raison de la complexité, de la densité et de la technicité de la prise en charge nécessitant l'accès à une expertise médicale et à une diversité d'intervenants paramédicaux et psychosociaux. Le besoin de réadaptation est ainsi le critère principal justifiant l'orientation en SMR. L'admission sera prononcée sur la base d'un état stabilisé et en l'absence d'état critique, tant sur un plan somatique que psychique.

Les conditions sociales ou environnementales du patient peuvent également déterminer la pertinence d'une orientation vers une structure de SMR. Ainsi, la possibilité d'une prise en charge médicale ou paramédicale en ambulatoire n'est pas adaptée si l'environnement humain (conjoint, proches, aides à domicile), social (ressources, situation familiale, ...) ou matériel (équipement du domicile, accès, ...) ne permet pas le retour ou le maintien dans le lieu habituel de vie du patient. L'absence de ressources locales (soins médicaux, paramédicaux, suivi médical ou encore établissements pour personnes âgées dépendantes ou en situation de handicap...) adaptées aux besoins du patient peut également justifier exceptionnellement l'orientation vers les structures de SMR ou le prolongement de l'hospitalisation. Sur la base des facteurs socio-environnementaux, des soins de transition seront alors dispensés à des patients qui ne peuvent pas rentrer à domicile en raison d'un handicap résiduel, dans l'attente d'un lieu de vie adapté.

### **c. Structuration de l'activité**

L'article R. 6123-121 du CSP indique que l'autorisation de SMR est exercée suivant les modalités et mentions suivantes :

- Mention « polyvalent » ;
- Mention « gériatrie » ;
- Mention « locomoteur » ;
- Mention « système nerveux » ;
- Mention « cardio-vasculaire » ;
- Mention « pneumologie » ;
- Mention « système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition » ;
- Mention « brûlés » ;
- Mention « conduites addictives » ;
- Modalité « pédiatrie » ; comprenant les mentions suivantes :
  - Mention « enfants et adolescents »,
  - Mention « jeunes enfants, enfants et adolescents ».
- Modalité « cancers » comprenant les mentions suivantes :
  - Mention « oncologie »,
  - Mention « oncologie et hématologie ».

L'autorisation donnée à l'établissement d'exercer l'activité de SMR doit systématiquement préciser la ou les mention(s) selon la ou lesquelles l'établissement l'exerce.

## **II. La place du SMR dans les filières de soins**

La place des établissements de SMR dans les filières de soins résulte des missions telles que définies ci-dessus. Le recours aux établissements SMR s'effectue tout d'abord dans le cadre d'un parcours de soins incluant des étapes hospitalières en amont de la prise en charge en SMR. L'établissement doit à ce titre s'articuler avec les établissements de court séjour assurant ces prises en charge.

La prise en charge en établissement de SMR peut également se situer en amont d'une prise en charge en court séjour ou constituer la seule étape hospitalière du parcours de soins du patient. Les établissements SMR, particulièrement ceux disposant d'une mention autre que polyvalent (mentions dites « spécialisées »), doivent ainsi permettre l'accueil et la prise en charge des patients directement depuis leur domicile, en coordination avec les professionnels de ville. Dans ce contexte, ils participent notamment à la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques pour lesquelles la réadaptation a fait la preuve de son bénéfice. Ils s'inscrivent et contribuent dans ce contexte aux plans régionaux et nationaux en vigueur d'organisation des filières de soins (feuille de route maladies neurodégénératives, stratégie décennale de lutte contre les cancers, feuille de route obésité, plan national développement des soins palliatifs et d'accompagnement de la fin de vie) et s'articulent à ce titre avec les centres d'expertises régionaux à chaque fois que cela est pertinent.

#### **a. Inscription dans les filières de prise en charge**

L'exercice de l'activité de SMR ne peut en aucun cas être isolé. L'établissement doit ainsi s'intégrer dans des filières de prise en charge intégrées (notamment gériatrique) pour permettre l'accompagnement des patients tout au long de leur parcours de vie, en évitant les ruptures de suivi.

Les décrets relatifs aux conditions d'implantation et de fonctionnement des établissements de SMR prévoient des dispositions en matière d'organisation territoriale telles que :

- Une coordination avec les structures de court-séjour et de long-séjour ainsi qu'entre structures de SMR pour l'organisation des prises en charge ;
- Un rôle d'expertise et de recours des établissements de SMR auprès des autres établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux.

Les structures de SMR participent ainsi à l'animation territoriale afin de faciliter la coordination des parcours en utilisant leurs savoir-faire et en s'inscrivant dans les dispositifs de coordination existant sur le territoire d'implantation de l'établissement.

À ce titre, les établissements autorisés s'inscrivent dans un dispositif d'appui à la coordination des parcours complexes (DAC) tel que défini par le décret n° 2021-295 du 18 mars 2021 relatif aux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes et aux dispositifs spécifiques régionaux. Ils participeront ainsi à garantir aux patients une réponse globale adaptée et coordonnée quels que soient leur âge, leur pathologie, leur handicap ou leur situation.

#### **b. Articulation des établissements de SMR avec les établissements de court séjour**

L'orientation d'un patient dans une structure de SMR depuis un secteur de court séjour doit répondre à un objectif thérapeutique déterminé et en cohérence avec les missions fondamentales du SMR présentées ci-dessus. Toute admission en SMR devra être accompagnée, si possible de manière anticipée, d'une évaluation des besoins médicaux du patient afin de confirmer l'adéquation entre le projet thérapeutique et l'orientation vers une structure de SMR. Lorsque cela est possible, l'admission en SMR est anticipée dès l'admission en court séjour le cas échéant.



En intra-hospitalier ou en inter-établissements, les structures de SMR doivent aider à l'évaluation du pronostic fonctionnel ainsi qu'à l'orientation du patient. L'établissement SMR peut apporter son conseil et son expertise pour mener l'évaluation du patient dès la phase d'admission en secteur aigu ou au moment de la sortie. Des interventions directes des équipes de SMR au sein des services de court séjour peuvent être mises en place afin de participer à l'évaluation du patient, pour proposer un pronostic fonctionnel ainsi qu'aider à son orientation et fluidifier ainsi les parcours.

Des consultations internes ou externes pour les filières intra-établissement ou inter-établissements peuvent exister pour développer des parcours de prise en charge coordonnés. Des solutions à distance permettant d'apporter l'expertise en réadaptation doivent être déployées (téléconsultation, téléexpertise).

Lorsque cela est pertinent, l'établissement de SMR intervient auprès des établissements de court séjour pour donner des avis relatifs à la stratégie thérapeutique. Des consultations et/ou un séjour en établissement SMR en amont de la prise en charge aiguë doivent pouvoir être proposés dans ce cadre. Le SMR apporte dans ce contexte son expertise à la prise en charge globale et fonctionnelle pour participer au plus tôt aux décisions, en amont des traitements chirurgicaux ou pharmacologiques.

### **c. Articulation avec les partenaires de ville**

L'articulation avec les partenaires de ville doit faciliter l'accès aux SMR et fluidifier le retour du patient dans son lieu de vie. Ainsi les admissions directes depuis le domicile doivent être développées grâce aux relations que les établissements SMR construiront avec les médecins traitants, généralistes ou spécialistes.

Les professionnels de ville, notamment ceux de la rééducation (masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes...) doivent également constituer des partenaires privilégiés des établissements SMR pour assurer une prise en charge de qualité dans la suite du parcours de soins.

Dans ce contexte, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constituent des partenaires privilégiés. Les établissements SMR peuvent être des membres à part entière des CPTS et ainsi contribuer au projet territorial. À titre d'exemple, les établissements de SMR participeront aux actions relatives au renforcement du lien ville-hôpital, afin de définir des protocoles et outils partagés facilitant l'orientation et le suivi des patients tout au long de leur parcours.

### **d. Le projet thérapeutique en SMR**

Le projet thérapeutique est individualisé en fonction des besoins du patient et doit combiner objectifs à court, moyen et long terme.

En hospitalisation, la prise en charge repose sur l'équipe pluridisciplinaire telle que définie à l'article D. 6124-177-1 du CSP. Le projet thérapeutique est établi par étapes successives et régulièrement réévalué. Il s'appuie pour cela sur des évaluations réalisées régulièrement. Il peut parfois s'inscrire sur plusieurs années en tenant compte de l'évolution des déficits, de la prise de conscience par le patient et par son entourage de son état de santé.

Le projet thérapeutique associera systématiquement une approche globale de l'individu en prenant en compte les trois dimensions du handicap proposées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : les déficiences y compris psychiques, les activités et la participation nécessitant une approche environnementale et sociale.

En dehors de l'établissement de SMR, le projet thérapeutique pourra être prolongé par le biais de collaborations et de relais avec les professionnels de ville et avec les établissements et services médico-sociaux. À titre d'exemple, cela peut se traduire par l'organisation de rencontres communes autour de certaines situations suivies, ou de la formalisation d'une synthèse de la prise en charge du patient à destination des professionnels de ville identifiés. L'intérêt de cette collaboration autour du projet thérapeutique en dehors de l'établissement de SMR sera de permettre aux équipes de l'établissement d'avoir un retour d'information sur le suivi des patients.

Avec l'accord du patient, ses référents et ses aidants doivent pouvoir être associés à la prise en charge et au projet de réadaptation et de réinsertion. Cela doit permettre la prise en compte de la place du patient dans son réseau familial et social ainsi que la survenue d'évènements intercurrents de la sphère familiale ou de la sphère sociale qui pourraient être de nature à remettre en question l'équilibre ou nécessiter une réévaluation des besoins d'accompagnement. Le cas échéant, l'accès à une formation, une scolarité adaptée ou à une démarche de réinsertion professionnelle devront être organisés.

#### **e. Lien avec les partenaires sociaux et médico-sociaux : établissements et services médico-sociaux, associations**

L'établissement de SMR construit des liens solides et fréquents avec les professionnels et les structures susceptibles d'accueillir et d'accompagner les personnes dans la suite de leur parcours. En premier lieu, la prise en charge en structure de SMR doit avoir pour objectif de faciliter l'accès à un lieu de vie permettant au patient de retrouver une vie quotidienne, personnelle, professionnelle et familiale la plus conforme à son état de santé, à ses souhaits et à son implication. La nécessité de reprise de liens sociaux doit être prise en compte au moment de l'orientation du patient en sortie de SMR. Le cas échéant, les moyens nécessaires seront mis en œuvre pour permettre l'accès à une formation adaptée et plus globalement l'organisation d'une démarche de réinsertion professionnelle.

Il est nécessaire également de s'assurer du transfert des acquis dans la vie réelle, en liaison avec les acteurs sanitaires et/ou sociaux qui prendront le relais. Dans ce cadre, il peut être utile de permettre l'intervention de professionnels des SMR au lieu de vie de la personne.

L'admission directe depuis les établissements et services médico-sociaux devra également être possible et organisée, ainsi que l'activité de conseils ou d'expertise de l'établissement de SMR auprès des professionnels de ville, afin d'organiser le bilan et l'évaluation du patient, de favoriser le maintien dans le lieu de vie, de construire le projet thérapeutique et ainsi faciliter son orientation.

#### **f. La place et le rôle du patient dans son parcours de prise en charge**

L'implication du patient et de ses proches dans la prise en charge est primordiale notamment dans le cadre des maladies chroniques : cela comprend le consentement du patient à l'entrée en SMR, son adhésion au projet thérapeutique au sein du SMR et à la sortie du SMR. Cette implication passe par une information et une compréhension du parcours de prise en charge.

Dans le cadre de la réadaptation à la participation, le patient désigne les activités dans lesquelles il souhaite s'impliquer. Il reçoit en retour les informations concernant son pronostic fonctionnel et la faisabilité de son projet. Il est impliqué dans toutes les décisions d'orientation, notamment s'agissant de l'accès à un lieu de vie en aval du SMR correspondant à ses souhaits.

### III. Organisation de l'offre de SMR

L'article R. 6123-125-1 du CSP précise que le titulaire d'une autorisation de SMR spécialisés (i.e. autre que polyvalent) « assure dans son domaine de compétence par voie de convention une activité de conseil et d'expertise auprès d'autres titulaires d'autorisation de SMR ainsi que la prise en charge des patients en provenance d'autres établissements autorisés à dispenser des soins médicaux et de réadaptation pour les modes de prise en charge que ces derniers ne peuvent pas proposer ». L'articulation entre les différentes structures autorisées aux SMR doit être définie, dès lors que la mention « polyvalent » est créée et se distingue des mentions dites spécialisées.

#### a. Gradation de l'offre

La gradation en SMR doit permettre de garantir aux patients la juste accessibilité à l'offre de réadaptation de proximité ou spécialisée, ainsi que la qualité et la sécurité des soins.

La gradation des soins en SMR est structurée de la manière suivante :

- Les établissements de SMR polyvalents comme spécialisés répondent aux besoins de soins médicaux et de réadaptation de proximité pour les pathologies à forte prévalence ;
- Les établissements de SMR disposant d'une mention spécialisée assument un rôle de recours et de conseil, notamment auprès des établissements polyvalents ;
- Certaines situations complexes ou activités nécessitant la mise à disposition de compétences et d'équipements très spécifiques pour une prise en charge en réadaptation plus intensive font l'objet d'une reconnaissance dédiée<sup>1</sup>.

Pour une même pathologie, l'orientation en SMR polyvalent ou en SMR spécialisé se fait en fonction du besoin du patient, évalué sur la base des missions exercées par le SMR, et de son potentiel de réadaptation. Si la raison de l'orientation vers un établissement SMR est un besoin multidimensionnel au sens des missions remplies par les établissements de SMR telles que définies ci-dessus, la prise en charge du patient peut relever plus spécifiquement d'une mission précise. La structuration de l'offre de soins territoriale doit permettre la bonne évaluation du patient et sa juste orientation.

Enfin, les programmes de soins proposés par les structures de SMR sont différenciés selon la complexité des besoins, la prévalence des profils de patients et le profil des structures. L'orientation se fera sur la base de l'adéquation entre les missions exercées par l'établissement et les besoins du patient. Les patients sont orientés, voire ré-orientés, entre les niveaux selon l'évolution de leurs besoins.

#### b. La réponse de proximité

Les établissements répondant à un besoin de proximité prennent en charge :

- Des patients présentant des profils de déficiences temporaires, peu complexes, à très forte prévalence et pour lesquels il existe un bénéfice important à ce que la prise en charge s'effectue au plus près du domicile. Les patients admis nécessitent dans ce cas une surveillance médicale et un programme de réadaptation associé peu intense ou de courte durée ;

---

<sup>1</sup> Notamment pour les activités listées dans l'arrêté fixant la liste des prises en charge spécifiques en soins médicaux et de réadaptation pouvant faire l'objet d'une inscription dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens en application de l'article R. 6123-125-2 du CSP.

- Des patients souffrant de comorbidités ou de conditions socio-environnementales complexes et/ou de pathologies évolutives, non temporaires, nécessitant une prise en charge globale, incluant la réalisation de bilans et basée sur une équipe pluridisciplinaire, dont la durée et l'intensité sont coordonnées et adaptées à l'état de santé de chacun.

La mission de transition telle que définie ci-dessus appelle également une réponse au plus près du lieu de vie du patient : elle pourra à ce titre constituer une part importante du projet thérapeutique des patients accueillis dans les structures répondant au besoin de proximité, sans être l'unique dimension du projet thérapeutique.

En cohérence avec le projet thérapeutique du patient et le principe de libre choix, la réponse de proximité est apportée principalement par les établissements autorisés à la mention « polyvalent » ou « gériatrie ». Les établissements de SMR disposant d'autres mentions accueilleront également ces patients, en proximité de leur domicile, pour les pathologies à forte prévalence.

#### **c. Missions de recours portées par les établissements SMR disposant de mentions spécialisées**

Les établissements autorisés aux mentions spécialisées de SMR assurent la prise en charge des patients présentant des déficiences complexes sévères avec conséquences fonctionnelles avérées nécessitant une réadaptation intense et spécialisée.

Les patients admis requièrent une spécialisation médicale, une densité et une diversité de personnel paramédical soignant et de rééducation plus importantes ainsi que l'accès à un plateau technique spécialisé pendant une période limitée de leur parcours de soin. La qualité de leur prise en charge s'appuie sur la coordination de l'équipe pluridisciplinaire, ainsi que sur l'intensité de la prise en charge de réadaptation ; le temps de réadaptation quotidien est ainsi précisé pour chaque mention dans les annexes de la présente instruction.

#### **d. Missions d'expertise assurées par certains établissements**

Comme mentionné à l'article R. 6123-125-2 du CSP, certaines activités d'expertise pourront faire l'objet d'une contractualisation entre l'ARS et l'établissement sur la base de cahiers des charges nationaux. La liste de ces activités de recours est prise par arrêté. Les patients pris en charge présentent des profils de déficiences complexes et sévères, à faible prévalence, qui imposent une expertise spécialisée et nécessitent généralement la mise à disposition de compétences, d'un plateau technique et d'équipements spécifiques. Ces établissements créent des liens avec les équipes et les structures de court séjour pour participer à la coordination des soins et des parcours au niveau territorial. À ce titre, ils doivent pouvoir donner leur avis ponctuellement, sur les décisions d'orientation et de prise en charge.

Les prises en charge spécifiques proposées par des structures SMR sont de fait plus nombreuses que celles qui sont réglementées, ou listées dans l'arrêté pris en application de l'article R. 6123-125-2 du CSP (par exemple les SMR spécialisés pour la basse vision).

Les activités ne faisant pas l'objet d'une mention réglementaire spécifique seront cependant prises en compte en tant que de besoin dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus entre les ARS et les établissements autorisés.

## IV. Les principes d'organisation des établissements

### a. L'admission

#### Le bilan et l'élaboration du projet thérapeutique

Il convient d'accueillir en SMR uniquement le patient pour lequel un projet thérapeutique pourra être défini par l'équipe pluridisciplinaire lors de son admission en termes d'objectifs, en rapport avec les missions exercées par l'établissement. L'orientation et l'admission en structure de SMR doivent être pertinentes, mettant en adéquation le projet thérapeutique du patient et les capacités de prise en charge de l'établissement et non le résultat du hasard des disponibilités.

Chaque admission en structure de SMR doit faire l'objet d'une évaluation des besoins médicaux préalable synthétisée sous forme de « fiche de pré-admission médicale » - dans la mesure du possible intégrée aux outils d'orientation - qui mentionne le résultat de l'évaluation qui a permis la décision d'orientation et les objectifs en termes de gain thérapeutique du séjour en SMR.

#### L'admission directe

Les admissions directes depuis le lieu de vie, sans passage par le court séjour, apparaissent de deux ordres, sur orientation et prescription du médecin traitant ou d'un médecin spécialiste de ville :

- En situation de crise (notamment pour un patient déjà engagé dans une démarche de soins), elles peuvent parfois être bénéfiques pour le patient car elles permettent d'éviter les transferts : l'accueil en urgence, les hospitalisations, sont souvent traumatisants et facteurs de perte d'autonomie pour une personne fragile ;
- En réponse à un besoin d'expertise, de bilans, ou de suivi d'un patient au long cours.

Il convient de toujours s'assurer qu'une évaluation des besoins a été faite en amont. L'admission directe en SMR répond aux critères suivants : le diagnostic d'orientation est posé, les besoins de prise en charge sont conjointement identifiés par l'équipe de SMR et le médecin adresseur et l'état médical du patient est compatible avec les possibilités du SMR. Au même titre qu'une admission en aval d'une prise en charge en court séjour, l'admission directe en structure de SMR fait également l'objet d'une fiche de pré-admission et/ou d'échanges formalisés entre professionnels.

#### Les modalités d'orientation

Les modalités d'admission et la traçabilité des demandes doivent être uniformisées et assurées dans le cadre des plans de santé numérique de chaque région. Lorsqu'un logiciel d'orientation existe, la demande d'admission en provenance d'un établissement doit être faite via l'outil afin de faciliter les échanges (sans remplacer l'échange humain) et permettre un meilleur pilotage et suivi des filières et besoins. Cet outil devra intégrer les principes de gradation énoncés dans la présente instruction pour permettre une meilleure identification de l'offre et donc une meilleure orientation des patients. Il devra également prendre en compte les enjeux d'ergonomie pour les utilisateurs afin de leur faciliter l'utilisation.

## b. Organisation des soins et pratiques

Comme mentionné à l'article R. 6123-119 du CSP, l'organisation des soins doit permettre de dispenser au patient des actes à visée diagnostique, thérapeutique, préventive et d'éducation thérapeutique et proposer des actions de réinsertion, en tant que de besoin en fonction du projet de la personne.

Afin de répondre à l'exigence de qualité portée par le nouveau régime d'autorisation et d'homogénéiser les pratiques sur l'ensemble du champ SMR, le nombre de pratiques thérapeutiques à dispenser ainsi que le nombre de séquences de traitement par jour sont définies en annexe pour chacune des mentions. Cela permet de formaliser une triple exigence, spécifique à chaque spécialité :

- Une exigence de pluridisciplinarité de compétences en précisant les métiers que doit obligatoirement comporter l'équipe pluridisciplinaire (compétences obligatoires - liste adaptée à chaque mention) ;
- Une exigence de pluridisciplinarité de la prise en charge en précisant le nombre minimal de pratiques thérapeutiques que le titulaire de l'autorisation doit proposer à chaque patient, selon son état clinique (compétences recommandées - liste de pratiques adaptées à chaque mention) ;
- Une exigence d'intensité dans la prise en charge par la définition d'un nombre minimal de séquences de traitement à fournir à chaque patient, par jour ouvré.

Une séquence de traitement consiste en une prise en charge individuelle ou collective, réalisée par un ou plusieurs professionnels de l'équipe pluridisciplinaire, sur un temps dédié et continu, pouvant intégrer un ou plusieurs actes. Ces actes sont à visée diagnostique, thérapeutique (actes médicaux et infirmiers, actes de réadaptation, d'adaptation de l'environnement ou des aides techniques), préventive ou d'éducation thérapeutique ou de réinsertion. Ils s'inscrivent dans le programme de soins du patient et sont principalement décrits au sein du catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation (CSARR), sans s'y limiter strictement.

Le nombre de séquences par jour sera adapté à l'état clinique du patient, à ses capacités et à ses besoins. Cette modulation peut se traduire par un fractionnement ou une réduction du nombre de séquences (par exemple en cas de fatigue, complication intercurrente, troubles du comportement, ...). Pour certaines situations cliniques très spécifiques (ajustement d'aides techniques, bilans d'ergothérapie en hôpital de jour notamment l'apprentissage informatique adapté, la dictée vocale, la commande oculaire...), la séquence de traitement pourra se limiter à ces interventions.

Il est recommandé d'identifier un référent de rééducation-réadaptation pour chaque patient.

La continuité des soins est quant à elle assurée par l'intervention d'un médecin dans un délai compatible avec la sécurité des patients, dans les conditions prévues aux articles D. 6124-177-1 à D. 6124-177-73 du CSP.

### **c. Modes de prise en charge**

Pour inciter au développement de l'hospitalisation à temps partiel, les nouvelles conditions d'implantation exigent que les établissements de santé autorisés à l'activité de SMR, quelle que soit la mention, permettent une prise en charge en hospitalisation complète et en hospitalisation à temps partiel. Si l'établissement ne peut proposer qu'un seul mode de prise en charge, il propose l'autre mode grâce à une convention avec un autre établissement proposant celui-ci.

En application du II. l'article R. 6123-122 du CSP, le titulaire peut ne proposer qu'un seul mode de prise en charge avec convention pour celui qu'il ne propose pas. Par dérogation, l'établissement peut être autorisé pour la seule hospitalisation complète lorsque les prises en charges effectuées ne peuvent relever que de celle-ci.

Les établissements SMR peuvent également réaliser, sur site ou en partenariat avec d'autres structures dans le cadre des prestations inter-activités (PIA), des traitements et cures ambulatoires (TCA) définis comme des traitements itératifs et nécessitant des équipements spécifiques. Les TCA en SMR recouvrent les séances et programmes itératifs qui font appel à plusieurs intervenants et/ou plusieurs plateaux techniques sans pour autant occuper une journée complète. Ils se distinguent également des actes et consultations externes dès lors qu'ils ne font pas l'objet d'une description et d'une facturation en tant que telles. Les TCA donnent lieu à description dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) avec production de résumés hebdomadaires de séjours (RHS) dédiés.

### **d. Projection de l'expertise**

La structuration de l'offre de soins en SMR doit intégrer la mise à disposition de moyens de projection de l'expertise en réadaptation en favorisant les formes d'intervention à distance ou hors les murs (télémédecine, consultations avancées, équipes mobiles...) afin de garantir une accessibilité à la réadaptation homogène sur les territoires.

### **e. L'inscription dans le Répertoire national de l'offre et des ressources en santé et d'accompagnement médicosocial (ROR) <sup>2</sup>**

Les établissements autorisés en SMR précisent au sein du ROR leur offre opérationnelle (activité, mode de prise en charge, type de patientèle) et leurs capacités en lits et places pour chaque autorisation dont ils disposent. Pour permettre une visibilité fiable au plus proche du réel, la disponibilité des capacités est mise à jour régulièrement (autant que possible, a minima hebdomadairement). Les coordonnées des directions et des services des établissements sont actualisées une fois par an afin de faciliter les échanges. En cas de difficulté, les établissements sont invités à contacter le référent ROR de l'ARS et du Groupement régional d'appui au développement de la e-santé (GRADeS).

---

<sup>2</sup> La dénomination officielle du Répertoire opérationnel des ressources (ROR) évolue pour tenir compte de son périmètre transversal sur le champ sanitaire (établissements, centres de santé et cabinets libéraux) et médicosocial : cf. [Le répertoire national de l'offre de santé et d'accompagnement médicosocial - ROR - Ministère de la santé et de la prévention \(solidarites-sante.gouv.fr\)](https://solidarites-sante.gouv.fr/le-repertoire-national-de-l-offre-de-sante-et-d-accompagnement-medicosocial-ror).

#### **f. L'hospitalisation à domicile (HAD) de réadaptation**

De par son organisation particulière, l'activité d'HAD de réadaptation dispose de règles spécifiques adaptées à son fonctionnement. L'activité d'HAD de réadaptation préalablement constituée concerne exclusivement la réadaptation des affections de l'appareil locomoteur ou du système nerveux. Plusieurs structures fonctionnent aujourd'hui dans le cadre d'un partenariat avec un établissement de soins de suite et de réadaptation d'hospitalisation complète.

Dans le cadre de la création de l'activité d'HAD<sup>3</sup>, la possibilité a été laissée aux établissements autorisés à la mention « réadaptation » de mettre en œuvre celle-ci dans le cadre d'une convention avec un établissement de SMR partenaire, en particulier en ce qui concerne les compétences de médecine physique et réadaptation (MPR).

Dans ce cas, une convention doit être établie entre les structures afin de définir les modalités de partenariat autour du projet de soin du patient. Aucune mention particulière de SMR n'est exigée pour l'établissement partenaire. La compétence du praticien en MPR étant généralement l'élément qui justifie la mise en œuvre d'une coopération, les partenariats seront en pratique principalement conclus avec les SMR autorisés aux mentions « locomoteur » et « système nerveux ».

Les partenariats entre structures HAD et SMR devront être privilégiés sur chaque territoire faisant face à des tensions sur la démographie de MPR ou des métiers de la rééducation.

### **V. Les volets soins médicaux et de réadaptation des schémas régionaux de santé (SRS)**

#### **a. Les modalités d'élaboration des SRS et des objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS) relatifs aux SMR**

Le projet régional de santé (PRS) comprend un SRS intégrant l'évaluation des besoins de santé et la définition des modalités de réponses à ces besoins. Le SRS détermine la place et le rôle attendus des services de santé et a pour objectif premier d'approfondir, de renforcer et de fluidifier les parcours de santé dans leur ensemble. Il comporte les éléments indispensables à la planification des activités de soins et fixe les OQOS.

La structuration de l'offre d'établissements SMR sur un territoire doit permettre d'assurer une meilleure lisibilité de l'offre, compte tenu des évolutions réglementaires récentes, sur la base d'une évaluation des besoins du territoire. Les nouvelles conditions d'implantation et techniques de fonctionnement doivent être intégrées aux SRS au plus tard le 1<sup>er</sup> novembre 2023.

Les OQOS intégrés dans le SRS doivent obligatoirement être déclinés par mention de SMR.

---

<sup>3</sup> Décret n° 2022-102 du 31 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité d'hospitalisation à domicile.



## **b. Evaluation du besoin**

L'évaluation des besoins préalables à l'élaboration des SRS doit comporter les éléments définis dans l'article R. 1434-4 du CSP, notamment :

- Une dimension prospective des besoins de santé ;
- Des éléments relatifs à la continuité des parcours de santé, l'identification d'éventuels points de rupture au sein de ces parcours et les difficultés de coordination entre professionnels, établissements ou services.

## **c. Période transitoire et procédure d'autorisation**

### Entrée en vigueur des textes

Les décrets relatifs aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2023.

### La mise à jour des schémas régionaux de santé

Les schémas régionaux de santé doivent prendre en compte les dispositions relatives au nouveau régime d'autorisation de l'activité de soins médicaux et de réadaptation entre le 1<sup>er</sup> juin 2023 et le 1<sup>er</sup> novembre 2023 au plus tard.

### La procédure d'autorisation

En vertu de l'article 3 de l'ordonnance n° 2021-583, les autorisations actuelles de soins de suite et de réadaptation sont prolongées jusqu'à la décision du directeur général de l'ARS sur une nouvelle demande d'autorisation déposée lors de la première fenêtre de dépôt ouverte après la publication du SRS 2023-2028. En conséquence, les demandeurs peuvent poursuivre l'activité de SSR pour laquelle ils sont autorisés jusqu'à ce qu'il soit statué sur leur demande.

Les titulaires actuels d'autorisations d'activité de SSR doivent déposer une nouvelle demande d'autorisation pour l'activité de soins médicaux et de réadaptation. Cette demande fait l'objet d'un dossier spécifique allégé, selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

L'autorisation n'est accordée qu'à la condition que l'établissement s'engage à se mettre en conformité avec les dispositions des articles R. 6123-118 à 6123-126 et des articles D. 6124-177-1 à D. 6124-177-73 du CSP, dans un délai d'un an à compter de la notification de leur autorisation. S'il est constaté à l'expiration de ce délai que le titulaire de l'autorisation n'est pas en conformité avec les dispositions du CSP, l'autorisation fait l'objet des mesures prévues à l'article L. 6122-13 du code de la santé publique.

L'ordonnance n° 2018-4 du 3 janvier 2018 relative à la simplification et à la modernisation des activités de soins et équipements matériels lourds a fait évoluer la durée minimale des autorisations de 5 à 7 ans. L'autorisation donnée à un établissement dans le cadre du SRS révisé sera ainsi valable pour sept ans. Lors du renouvellement d'une autorisation d'activité de soins, celle-ci est accordée sur la base d'une demande simplifiée conformément à l'article R. 6122-32-1 du CSP.

### Traitement des autorisations dans l'attente de la diffusion des SRS révisés

Dans l'attente de la révision des schémas régionaux de santé, les demandes d'autorisations sont évaluées sur la base des SRS en cours et de la réglementation en vigueur, à savoir la réglementation relative à l'activité de SSR. À ce titre, les possibilités d'ouverture d'un plateau d'hospitalisation à temps partiel sont régies par les OQOS intégrés aux SRS en vigueur au moment du dépôt de la demande.

#### **d. Articulation des autorisations des mentions « polyvalent » et spécialisées**

Les nouveaux textes encadrant les conditions d'implantation et techniques de fonctionnement des SMR définissent comme une mention à part entière la mention « polyvalent ».

Or, la structuration actuelle de l'offre s'est faite en considérant l'autorisation aux SSR indifférenciés comme le socle commun de constitution des mentions spécialisées : l'évolution par rapport aux décrets de 2008 préexistants aura donc un impact structurant. Ainsi, le SSR non spécialisé était défini par défaut, par rapport aux prises en charge spécialisées, et comme s'adressant aux patients ne nécessitant pas une prise en charge spécialisée. Il était clairement précisé que le tronc commun de l'autorisation en SSR s'applique aux structures qui se voyaient reconnaître une ou plusieurs mentions spécialisées.

L'activité de SMR est désormais obligatoirement exercée selon une mention. La mention « polyvalent » devient ainsi une mention à part entière et ne constitue plus le tronc commun de l'autorisation de SMR. Elle est associée à des conditions techniques de fonctionnement qui lui sont propres, définissant les exigences de pluridisciplinarité et d'intensité comme pour toutes les mentions. Elle fait l'objet d'une fiche technique annexe qui doit permettre aux ARS d'évaluer le besoin associé et de définir l'objectif du nombre d'établissements autorisés à cette mention.

#### **e. La modalité pédiatrie**

Dans sa forme pré-existante à juin 2023, l'article R. 6123-120 du CSP indique que l'autorisation de soins de suite et de réadaptation délivrée à l'établissement de santé mentionne si l'établissement prend en charge des enfants ou des adolescents, à titre exclusif ou non, ainsi que les tranches d'âges de ces enfants. Dans cette version des textes, l'autorisation à la prise en charge des enfants et/ou adolescents en SSR est ainsi transversale et conjuguée avec une ou plusieurs autres mentions.

Les décrets réglementant les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement à partir du 1<sup>er</sup> juin 2023 établissent la pédiatrie en tant que modalité, déclinée en deux mentions distinctes, dans une logique de gradation :

- La mention « enfants et adolescents » ;
- La mention « jeunes enfants, enfants et adolescents ».

Seuls les titulaires de l'autorisation « enfants et adolescents » sont autorisés à la prise en charge des mineurs de 4 ans et plus. Les titulaires de l'autorisation « jeunes enfants, enfants et adolescents » sont autorisés en complément à la prise en charge des mineurs de moins de 4 ans. Cette évolution vise à privilégier la dimension pédiatrique plutôt que les spécialités d'organes dans la planification de l'offre de soins et dans l'organisation des filières de soins. L'objectif est de mieux répondre aux besoins spécifiques des jeunes patients présentant des états chroniques complexes et de faciliter leur orientation vers la réadaptation. Le SMR pédiatrique sera ainsi mieux inscrit dans les filières et parcours de prise en charge.

La question de la détention de plusieurs mentions pour des établissements exclusivement pédiatriques se pose alors que la structuration de l'offre actuelle sur la base des textes de 2008 aboutit de fait à une déclinaison de la pédiatrie par filière (neurologie, locomoteur, système digestif / endocrinologie / diabétologie / nutrition...).

Les mentions de la modalité « Pédiatrie » seront désormais traitées au même niveau que les autres mentions dans les OQOS qui ne **distingueront plus les mentions entre Adultes / Enfants**. La détention d'une des mentions Pédiatrie associée à une autre mention est possible mais ne doit pas être la solution privilégiée. Afin de maintenir la visibilité et l'offre pédiatrique actuelle et son inscription éventuelle dans des filières spécifiques, il est préférable de compléter l'autorisation à l'une des mentions de la modalité « Pédiatrie » par une reconnaissance contractuelle basée sur les textes réglementaires et fiches annexes de la présente instruction relatives aux autres mentions (système nerveux, appareil locomoteur, brûlés, oncologie...).

#### **f. Modes de prise en charge**

Dès lors que chaque établissement est dans l'obligation de permettre la prise en charge en hospitalisation complète comme en hospitalisation à temps partiel, il n'est pas nécessaire de décliner les OQOS par mode de prise en charge. Comme indiqué au 1° de l'article D. 6121-7 du CSP, le volet « implantation » de l'OQOS fixe le nombre d'implantations par zone.

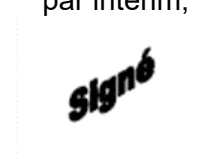
En l'absence de distinction entre hospitalisation à temps complet et hospitalisation à temps partiel au sein des OQOS, les structures autorisées aux SMR seront comptabilisées dans leur globalité, indépendamment des modalités de prise en charge mise en œuvre. Les établissements titulaires d'une autorisation de SMR doivent décliner celle-ci par modes de prise en charge, dans le respect des conditions mentionnées à l'article R. 6123-122 du CSP.

Vu au titre du CNP par le secrétaire général  
des ministères chargés des affaires sociales,

A stylized signature in black ink, slanted upwards to the right, enclosed in a dashed rectangular box.

Pierre PRIBILE

Pour le ministre et par délégation :  
La directrice générale de l'offre de soins  
par intérim,

A stylized signature in black ink, slanted upwards to the right, enclosed in a dashed rectangular box.

Cécile LAMBERT

## ANNEXE

**FICHES DE DESCRIPTION DES PRISES EN CHARGE EN SMR PAR MENTION**

Les fiches de prise en charge en SMR sont conçues comme des outils d'aide à la décision :

- Pour les établissements de santé en les aidant à se positionner dans le cadre de la procédure de demande d'autorisation d'activité en SMR.
- Pour les ARS dans le cadre de la procédure d'octroi d'autorisation d'activité en les aidant à mieux graduer et planifier l'offre de soins en SMR.

Ces fiches ont pour objectif de décrire de façon synthétique les principaux éléments discriminants des prises en charge de SMR, par mention. À cet effet, elles abordent :

1. Les services attendus au titre de la spécialisation, c'est-à-dire ;
  - a. En termes de patients pris en charge : quelles sont les caractéristiques des patients à prendre en charge.
  - b. En termes de pathologies spécifiques prises en charge : quels sont les grands groupes de pathologies que l'établissement doit être en capacité de prendre en charge car relevant plus particulièrement de la mention dont il dispose. Cette liste est non limitative.
  - c. En termes de compétences : quelles sont les compétences obligatoires et recommandées que l'établissement doit être en mesure d'apporter et non l'ensemble des compétences disponibles dans les SMR.
2. Les critères d'orientation d'une prise en charge en SMR ;
3. Les moyens matériels, selon deux niveaux :
  - a. Eléments obligatoires tels que prévus dans le décret relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de SMR.
  - b. Eléments spécifiques minimums souhaitables au titre d'un plateau technique spécialisé.

La notion de services attendus permet de qualifier de manière plus précise la nature des activités et des prestations médicales et techniques que l'établissement doit être en mesure de mettre en œuvre en raison de ses compétences et de son plateau technique (et non l'ensemble des activités potentiellement mises en œuvre dans les établissements autorisés en SMR). Ils constituent également des critères qui doivent aider à l'orientation du patient vers un établissement de SMR.

**Table des matières de l'ANNEXE**

PREAMBULE .....	3
FICHE n° 1 – LA PRISE EN CHARGE EN SMR AUTORISE A LA MENTION « POLYVALENT ».....	5
FICHE n° 2 – LA PRISE EN CHARGE EN SMR AUTORISE A LA MENTION « GERIATRIE ».....	7
FICHE n° 3 – LA PRISE EN CHARGE EN SMR AUTORISE A LA MENTION « LOCOMOTEUR » ...	10
FICHE n° 4 – LA PRISE EN CHARGE EN SMR AUTORISE A LA MENTION « SYSTEME NERVEUX » ....	12
FICHE n° 5 – LA PRISE EN CHARGE EN SMR AUTORISE A LA MENTION « CARDIO-VASCULAIRE »...	15
FICHE n° 6 – LA PRISE EN CHARGE EN SMR AUTORISE A LA MENTION « PNEUMOLOGIE » ..	18
FICHE n° 7 – LA PRISE EN CHARGE EN SMR AUTORISE A LA MENTION « SYSTEME DIGESTIF, ENDOCRINOLOGIE, DIABETOLOGIE, NUTRITION » .....	21
FICHE n° 8 – LA PRISE EN CHARGE EN SMR AUTORISE A LA MENTION « BRULES » .....	23
FICHE n° 9 – PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS EN SMR AUTORISE A LA MENTION « CONDUITES ADDICTIVES ».....	25
FICHE n° 10 – LA PRISE EN CHARGE EN SMR AUTORISE A LA MENTION « ONCOLOGIE » DE LA MODALITE CANCERS.....	27
FICHE n° 11 – LA PRISE EN CHARGE EN SMR AUTORISE A LA MENTION « ONCOLOGIE ET HEMATOLOGIE » DE LA MODALITE « CANCERS » .....	30
FICHE n° 12 – LA PRISE EN CHARGE EN SMR AUTORISE AUX MENTIONS DE LA MODALITE « PEDIATRIE ».....	32

## PREAMBULE

Certains éléments communs à l'ensemble des prises en charge en SMR sont décrits ci-dessous.

### Les objectifs généraux du programme de réadaptation

Le programme de réadaptation, qui s'inscrit dans le traitement curatif d'une déficience et pour laquelle une récupération complète est espérée, est décliné selon les axes suivants :

- Dépister, prévenir et traiter les différentes complications inhérentes à l'état général du patient, à l'alitement éventuel, à la lésion elle-même ou à la proximité de la chirurgie ;
- Prévenir et traiter les douleurs ;
- Favoriser et guider la guérison, la récupération des déficiences ;
- Restaurer au maximum les capacités fonctionnelles antérieures.

Lorsqu'il existe des handicaps persistants ou que de nouveaux handicaps sont à craindre, les objectifs suivants qui relèvent plus particulièrement des structures de prise en charges spécialisées s'ajoutent :

- Évaluer et limiter les conséquences fonctionnelles de l'aggravation dans le cas de pathologies évolutives, prévenir les déformations, maintenir les fonctions ;
- Adapter la sortie du milieu hospitalier si possible par un retour à domicile adapté au handicap ou organiser toute autre solution d'hébergement adapté ;
- Assurer l'éducation du patient et de son entourage par la connaissance des mécanismes, de ses déficiences et handicaps, de leur retentissement fonctionnel, psychologique et social, des éventuels risques encourus, de l'intérêt de l'auto entretien ;
- Mettre en place la réinsertion sociale, scolaire ou professionnelle ;
- Assurer des bilans réguliers d'évaluation au cours de la vie du patient destinés à dépister et prévenir certaines aggravations, adapter la prise en charge aux nouveaux besoins et aux nouvelles technologies ;
- Accompagner la perte d'autonomie des personnes en situation de handicap, y compris les personnes vieillissantes et/ou celles dont la situation se chronicise ;

La prise en charge en SMR s'inscrit dans tous les cas dans le parcours de soin complet du patient et contribue alors au suivi médical et/ou rééducatif, en concertation et/ou à la demande du médecin traitant.

### Les modes de prise en charge

Il s'agit d'hospitalisation complète, de semaine ou d'hôpital de jour ou de traitement et de cure ambulatoires. Ces différents modes de prise en charge peuvent se succéder selon l'évolution du besoin ou s'articuler avec d'autres activités de soins (court séjours, HAD).

Le mode de prise en charge dépend de :

- L'état clinique du patient, du risque de complications et de la nécessité d'une surveillance médicale sur les 24h ;
- Son degré d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne ;
- Son environnement familial ;
- Son souhait ;
- L'adaptation de son lieu de vie au handicap et aux limites fonctionnelles ;
- Sa capacité et celle de son entourage à appréhender la situation.

L'hospitalisation complète devra être proposée en priorité à des patients dépendant pour les activités de la vie quotidienne ou à fort risque de complications et nécessitant une surveillance médicale sur les 24h. Dès que ces éléments sont résolus, l'hospitalisation de jour devra être privilégiée avec si nécessaire un passage préalable en hospitalisation de semaine.

En complément de la prise en charge en hospitalisation, il peut être envisagé le recours à :

- des équipes mobiles pour faciliter le retour ou le maintien du patient dans son lieu de vie ;
- la télésanté pour permettre un suivi à distance du programme de réadaptation afin de prolonger durablement le maintien des acquis et améliorer les comportements de santé à long terme.

La réalisation de bilans d'expertise, d'ajustements thérapeutiques ou le traitement des complications doivent être possibles selon le principe de pertinence des soins : soit en réhospitalisation directe dans la structure ou au sein d'autres structures MCO, soit par une prise en charge en ville ou au domicile du patient, en concertation et/ou à la demande du médecin traitant.

Le passage d'une structure à une autre relevant de compétences différentes doit être facilité.

Par ailleurs, des consultations médicales spécialisées de suivi (et si nécessaire d'appareillage) doivent pouvoir être proposées au sein de la structure de SMR ou en relation directe avec celle-ci, à la demande du médecin traitant ou en concertation avec ce dernier.

La demande d'admission apporte les arguments justificatifs de la demande de réadaptation. Les structures SMR peuvent également proposer des avis/consultations en préadmission pour aider à l'orientation du patient. Les données d'évaluation des déficiences et des limitations d'activité et le projet de réadaptation (ainsi que sa mise à jour régulière) sont recueillis dans le dossier médical du patient.

### **Formation et expérience attestée**

Les compétences médicales obligatoires font très souvent référence à la notion de « formation ou d'une expérience attestée » dans une discipline médicale donnée. Si cette approche vise à donner de la flexibilité aux organisations, elle nécessite d'être précisée.

La formation attestée est une formation ouvrant à la qualification par le conseil national de l'Ordre des médecins.

L'expérience attestée dans une discipline médicale doit comprendre à minima trois ans d'exercice au sein d'une structure pour la discipline concernée.

**FICHE n° 1 – LA PRISE EN CHARGE EN SMR AUTORISÉ À LA MENTION « POLYVALENT »****Les objectifs de la prise en charge**

En coordination avec les professionnels du premier recours, et outre les objectifs généraux précisés ci-dessus, la prise en charge en établissement SMR autorisé à la mention « polyvalent » peut intervenir à tout moment du parcours du patient et a pour objectif de favoriser l'entretien ou la récupération de capacités physiques et psychiques la plus satisfaisante possible.

Elle peut intervenir au décours d'un épisode aigu médical ou chirurgical, ou en pré et/ou post hospitalisation en vue d'une intervention chirurgicale ou en prévention afin de renforcer les comportements de santé favorables à long terme pour des patients souffrant d'une pathologie chronique.

La prise en charge est principalement articulée autour des missions de soins médicaux et de transition en lien avec les pathologies chroniques et l'allongement de la durée de vie, pour les situations qui justifient une prise en charge en SMR autorisé à la mention « polyvalent », au motif de la perte d'autonomie progressive du patient, nécessitant un accompagnement, une adaptation de l'environnement ou et la formation adaptée des aidants par des professionnels spécialisés.

**L'orientation**

L'orientation d'un patient vers un établissement SMR autorisé à la mention « polyvalent » répond en premier lieu à un besoin de proximité pour des patients présentant une altération de l'état général, un handicap et/ou dépendance temporaire nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire et coordonnée.

Les patients admis en SMR « polyvalent » requièrent uniquement les compétences médicales et paramédicales ou un plateau technique tels que ceux mentionnés dans la présente fiche. Ils ne justifient pas d'une orientation vers un établissement autorisé à une autre mention spécialisée telles qu'elles sont définies dans les fiches suivantes. Les admissions directes depuis le domicile sont à développer en réponse au besoin de proximité.

**Les patients pris en charge**

La structure assure la prise en charge de patients ne nécessitant pas de rééducation complexe et intensive, telle que définie dans les fiches annexes relative aux autres mentions. Comme pour tout établissement de SMR, la prise en charge est pluridisciplinaire. Elle conjugue tous les jours surveillance médicale et séquence de réadaptation.

Les patients pris en charge en SMR autorisé à la mention « polyvalent » requièrent une prise en charge globale, basée sur une équipe pluridisciplinaire, incluant la réalisation de bilans, pour des profils à très forte prévalence et pour lesquels il existe un bénéfice important à ce que la prise en charge s'effectue au plus près du domicile.

Les patients admis nécessitent une surveillance médicale, un environnement adapté (troubles cognitifs, problèmes sociaux ...) et un programme de réadaptation associé dont l'intensité varie en fonction des déficiences des patients et du projet thérapeutique.

Les situations cliniques prises en charge

Toutes les pathologies peuvent relever d'une prise en charge SMR autorisé à la mention « polyvalent ».

**Les compétences**

- Compétences médicales obligatoires : un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience attestée en réadaptation.
- Compétences médicales recommandées : la structure doit pouvoir faire appel à des spécialistes permettant une prise en charge spécifique des complications des patients (exemple gériatre, médecin spécialisé en médecine physique et de réadaptation).
- Compétences non médicales obligatoires : IDE, aide-soignant, assistant de service social, masseur-kinésithérapeute.
- Compétences non médicales recommandées : ergothérapeute, diététicien, psychologue, psychomotricien, orthophoniste, enseignant en activité physique adaptée.



#### La continuité des soins

La continuité des soins est assurée par une garde ou une astreinte médicale et par la présence d'au moins un infirmier la nuit.

#### **Les moyens matériels**

##### Éléments obligatoires

Les SMR autorisés à la mention « polyvalent » disposent sur place d'un espace dédié à la réadaptation. Ils disposent également d'un espace dédié à l'accueil des proches et aidants.

##### Éléments spécifiques recommandés

Les établissements peuvent en outre, disposer des moyens et équipements permettant de réaliser la télésanté.

**FICHE n° 2 – LA PRISE EN CHARGE EN SMR AUTORISÉ À LA MENTION « GERIATRIE »****Les objectifs spécifiques de la prise en charge**

Outre les objectifs généraux précisés ci-dessus, la prise en charge spécialisée en établissement SMR autorisé à la mention « gériatrie » a pour objectif de favoriser la récupération ou l'entretien de capacités fonctionnelles, physiques, psychiques et cognitives des patients âgés de plus de 75 ans. La prise en charge vise à proposer une réadaptation intensive et holistique dans le but d'améliorer une perte d'autonomie qui apparaît soit en lien avec une pathologie neuro-évolutive, soit dans les suites d'un épisode aigu survenant chez des patients âgés porteurs d'une ou de plusieurs maladies chroniques invalidantes à risque de décompensation(s) d'organe(s), susceptibles d'induire ou d'aggraver une perte d'indépendance fonctionnelle de nature physique et/ou psycho-cognitive.

**L'orientation**

L'orientation d'un patient pour une prise en charge spécialisée en SMR autorisé à la mention « gériatrie » se justifie par son âge, par la complexité de son état de santé et/ou par la nécessité de recourir à une équipe pluridisciplinaire de professionnels de réadaptation spécialisée et/ou à des plateaux techniques spécialisés.

Cette complexité se caractérise par la présence d'un syndrome de fragilité ou par l'existence d'une polyopathie et/ou d'une polymédication exposant au risque de décompensation(s) d'organe(s) et de perte d'indépendance fonctionnelle de nature physique et/ou psycho-cognitive susceptibles de dégrader l'autonomie du patient dans son environnement.

La structure SMR autorisée à la mention « gériatrie » s'intègre dans le réseau de prise en charge en ville et sur le lieu de vie afin de garantir la pertinence de l'orientation.

L'objectif est également de faire bénéficier le patient de relais en ville afin de maintenir les bénéfices acquis au cours du séjour en SMR.

**Les patients pris en charge**

La structure autorisée doit être capable de prendre en charge des patients âgés pouvant nécessiter :

- Une réadaptation complexe et pluridisciplinaire, de deux heures par jour. La durée est systématiquement adaptée à l'état de santé du patient, en favorisant des séances fractionnées et répétées dans le temps ;
- Une surveillance médicale et/ou un traitement médical important, en raison de la polyopathie, des facteurs de comorbidité, ou des risques cliniques / séquelles / complications de l'affection causale ;
- Une charge importante en soins infirmiers et techniques et de suppléance de l'autonomie ;
- Un accompagnement et une organisation de la fin de vie pour des patients en situation palliative ;
- Une prise en charge psycho sociale ;
- Une prise en charge d'un ou plusieurs handicaps préexistant.

**Les pathologies spécifiques prises en charge**

Certaines pathologies relèvent plus particulièrement d'une prise en charge spécialisée. À ce titre, les structures autorisées à la mention « gériatrie » ont notamment vocation à prendre en charge les pathologies suivantes (liste non exhaustive) :

- Les poly-traumatismes, les fractures rachidiennes instables sous minerve/corset rigide ou en post chirurgical, les chirurgies complexes du membre inférieur et supérieur ;
- Les accidents vasculaires, les traumatismes crâniens sévères de la personne âgée ;
- La prise en charge des hypertonies déformantes acquises, déformations neuro-orthopédiques apparaissant au stade terminal des démences ;
- Les troubles complexes de la marche et de l'équilibre associant des déformations neuro-orthopédiques ou rhumatologiques à une perturbation centrale de la commande motrice<sup>1</sup> ;

---

<sup>1</sup> Par exemple : rétroimpulsion, démarche parkinsonienne, porteur prothèse totale de hanche générant une inégalité de longueur d'un membre inférieur associé à un pied varus chez un patient poly-vasculaire, ... Les chuteurs occasionnels (présentant des troubles attentionnels ou des troubles neuro-cognitifs) doivent de préférence être pris en charge en HDJ SMR ou en ville.

- Les décompensations neuro-psychologiques et/ou comportementales des affections neuro-évolutives (particulièrement au sein des Unités Cognitivo-Comportementales (UCC) qui font l'objet d'un cahier des charges spécifique) ;
- Les complications des maladies chroniques nécessitant un programme de rééducation, de réentraînement à l'effort, d'éducation thérapeutique (ex : diabète, insuffisance cardiaque, insuffisance pulmonaire...);
- La dénutrition et ses complications : prise en charge de plaies complexes nécessitant des soins techniques longs (ATB, VAC ...), des positionnements alternés, un travail de sécurisation de la marche et de réentraînement à l'effort ;
- Le cancer chez les personnes âgées : soins techniques et de support, travail de sécurisation de la marche et réentraînement à l'effort...
- Les complications de la fragilité liée à l'âge, réversibles ou non ;
- Le diabète et les pathologies endocriniennes du sujet âgé ;
- Les plaies et cicatrisation du sujet âgé ;
- Les situations nécessitant une pré-habilitation : avant une chirurgie lourde ou en oncologie ;
- La fin de vie, dont l'accompagnement est optimal dans des lits ou unités identifiés « soins palliatifs » ;
- Les troubles de déglutition, notamment dans les pathologies neurodégénératives ou neurovasculaires.

### Les compétences

- Compétences médicales obligatoires : gériatre ou médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience attestée en gériatrie ;
- Compétences médicales recommandées : la structure doit pouvoir faire appel à des spécialistes permettant une prise en charge spécifique des complications des patients (MPR ou médecin rhumatologue, neurologue, psychiatre, cardiologue, pneumologue) ;
- Compétences non médicales obligatoires : IDE, aide-soignant, assistant de service social, masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicien et psychologue.
- Compétences non médicales recommandées : orthophoniste, psychomotricien, neuropsychologue, pédicure-podologue, enseignant en activité physique adaptée.

L'ensemble de l'équipe doit être formée spécifiquement à la prise en charge des patients gériatriques.

L'équipe pluridisciplinaire doit être en capacité d'assurer l'évaluation gériatrique globale (médicale, psychologique, sociale, fonctionnelle, nutritionnelle, évaluation du risque iatrogène et environnementale) dont l'évaluation des troubles cognitifs des patients si elle n'a pas été menée, afin de construire un projet de soin personnalisé. L'équipe doit être formée au dépistage de la douleur, à la gestion médicamenteuse et non médicamenteuse des douleurs aiguës et chroniques.

### La continuité des soins

La continuité des soins est assurée par une garde ou une astreinte médicale et par la présence d'au moins un infirmier la nuit.

### Le plateau technique

#### Eléments obligatoires

En complément des articles R. 6123-123 et D. 6124-177-1, les SMR autorisés à la mention « gériatrie » disposent d'espaces adaptés aux besoins spécifiques des patients, notamment ceux présentant une maladie d'Alzheimer ou un syndrome apparenté. La structure assure également l'accès à un plateau neurocognitif (locaux permettant un isolement et une attention suffisante pour réaliser des programmes de réadaptation et équipements informatiques dédiés à la réadaptation cognitive) sur site ou par convention.

L'accès au plateau technique de réadaptation doit être pensé sur un plan architectural pour éviter les transferts trop nombreux. Les transferts doivent être pensés comme faisant partie du programme de réadaptation et participer au réentraînement à l'effort.

### Eléments spécifiques recommandés

Les SMR gériatriques disposent des locaux et des équipements adaptés aux patients âgés présentant une dépendance physique ou psychique :

- Chambres adaptées à la dépendance (lits à hauteur variable électriques, systèmes de transfert...);
- Équipements fixes ou mobiles en vide et en oxygène ;
- Douches accessibles aux personnes en fauteuil roulant (ou salle de bain handicapés équipée dans le service) et système de douche au lit pour les patients très douloureux ne pouvant pas facilement réaliser les premiers transferts (par ex post op chirurgical, polytraumatisme) ;
- Espaces de circulation équipés de main courante, couloir de déambulation ;
- Équipements permettant l'évaluation de la dénutrition<sup>2</sup> (impédance-mètre, etc.) ;
- Bladder-scan et matériel adapté à la rééducation de l'incontinence ;
- Plateau technique d'évaluation de l'équilibre et de la marche ;
- Locaux ergonomiques de mise en situation au domicile (cuisine, toilettes, salle de bain, signalétique...), et locaux permettant de travailler sur ces mises en situation grâce à l'utilisation des technologies du virtuel (réalité augmentée) et en utilisant les techniques de bio feedback ;
- Signalétique adaptée aux déficiences cognitives ;
- Organisation spécifique des locaux conformément aux textes réglementaires pour les établissements ayant des lits de soins palliatifs identifiés, dans une unité dédiée ou non dédiée.

Les locaux recevant des patients Alzheimer ou apparentés doivent être sécurisés par rapport au risque de fugue ou d'égarement, avec notamment un digicode à l'entrée de la structure.

---

<sup>2</sup> Selon les recommandations de la HAS publiées en novembre 2021 : Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus.

## FICHE n° 3 – LA PRISE EN CHARGE EN SMR AUTORISÉ À LA MENTION « LOCOMOTEUR »

### Les objectifs spécifiques de la prise en charge

Outre les objectifs généraux précisés ci-dessus, la prise en charge spécialisée en établissement SMR autorisé à la mention « locomoteur » a pour objectif la mise en œuvre d'un programme de réadaptation pluridisciplinaire intensif et complexe permettant de prévenir ou de réduire au minimum les conséquences des traumatismes ou des affections de l'appareil locomoteur sur l'état physique, fonctionnel, psychologique et social du patient.

La prise en charge doit lui permettre de retrouver le meilleur fonctionnement possible compatible avec les activités dans lesquelles le patient souhaite s'impliquer, par la récupération d'un équilibre, de postures et d'une coordination gestuelle nécessaires à une mobilité, des transferts et des déplacements réalisés de façon autonome. La prise en charge vise également à renforcer les comportements de santé favorables à long terme.

### L'orientation

L'orientation d'un patient pour une prise en charge spécialisée en SMR autorisé à la mention « locomoteur » est liée, le plus souvent, à l'existence d'un enjeu fonctionnel et d'un potentiel de récupération du patient ou d'adaptation à son handicap, indépendamment de son âge. Pour autant, l'admission ne nécessite pas forcément que l'état du patient soit complètement stabilisé mais que les explorations quant au diagnostic principal soient effectuées.

### Les patients pris en charge

La prise en charge en structure autorisée à la mention « locomoteur » vise les objectifs suivants :

- Proposer à chaque patient des programmes de réadaptation spécialisés, intensifs, pluridisciplinaires d'au moins deux heures par jour – une heure pour les patients de moins de 6 ans. La durée est systématiquement adaptée à l'état de santé du patient ;
- Suivre et/ou adapter l'appareillage ou les aides techniques, dans le cadre de programmes spécifiques de réadaptation ;
- Assurer une surveillance médicale et/ou un traitement médical important, en raison de facteurs de comorbidité, ou de risques cliniques/séquelles/complications de l'affection causale ;
- Poursuivre la stabilisation des fonctions vitales au décours d'une prise en charge en court séjour (réanimation, postopératoire précoce...) ;
- Assurer la suppléance de la dépendance pour les actes de la vie quotidienne, y compris pour les patients les plus dépendants.

### Les pathologies spécifiques prises en charge

Certaines pathologies relèvent plus particulièrement d'une prise en charge spécialisée. À ce titre, la structure autorisée a vocation à prendre en charge spécifiquement les pathologies ou situations suivantes (liste non exhaustive) :

- Polytraumatismes,
- Traumatologie et pathologie dégénérative du rachis,
- Suites d'amputation et appareillage,
- Chirurgie du handicap locomoteur,
- Pathologies inflammatoires de l'appareil locomoteur,
- Pathologies ostéoarticulaires et monoarticulaires aux forts enjeux de récupération fonctionnelle (ligamentoplastie et arthroplastie) dans le cadre des procédures de mise sous accord préalable « soins de suite et de réadaptation » (MSAP SSR) telles que définies par l'Assurance Maladie<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/accord-prealable/accord-prealable-reeducation-ssr>

### Les compétences

- Compétences médicales obligatoires : médecin spécialisé en médecine physique et de réadaptation ou en rhumatologie et justifiant dans ce cas d'une formation ou d'une expérience attestée en réadaptation.
- Compétences médicales recommandées : la structure doit pouvoir faire appel à des spécialistes permettant une prise en charge spécifique des complications des patients (notamment chirurgien orthopédiste, rhumatologue).
- Compétences non médicales obligatoires : IDE, aide-soignant, assistant de service social, masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologue.
- Compétences non médicales recommandées : psychomotricien, enseignant en activité physique adaptée, orthoprothésiste et diététicien.

La structure peut également apporter une prise en charge par : podologue, équipe d'insertion sociale et professionnelle, éducateur, etc. La mise en œuvre d'une consultation médico-technique d'appareillage doit être possible. L'articulation avec les autres consultations spécialisées doit être simple (avis d'un infectiologue, psychiatre, douleur...).

La structure doit également assurer le suivi des patients accueillis en hospitalisation (par le biais de consultations notamment).

### La continuité des soins

La continuité des soins est assurée par une garde ou une astreinte médicale, par la présence d'au moins un infirmier la nuit et par la possibilité de kinésithérapie le week-end et les jours fériés.

### Les moyens matériels

Éléments obligatoires

En complément des articles R. 6123-123 et D. 6124-177-1, la structure doit disposer sur place :

- De locaux de réadaptation avec une ou plusieurs salles de surface suffisante pour réaliser les programmes de réadaptation définis avec l'intensité préconisée.
- D'équipements adaptés à la réalisation des programmes de réadaptation : appareil de physiothérapie et de traitement physique des douleurs, équipements pour le renforcement musculaire, la rééducation de l'équilibre et de la marche, le réentraînement à l'effort (cycloergomètre, tapis roulant...)
- D'équipements adaptés à la suppléance de l'autonomie y compris pour les patients les plus dépendants : lève malade, guidon de transfert, table de verticalisation.
- D'une installation de balnéothérapie ou d'un système d'allègement du poids du corps.

En cas de besoin, elle dispose d'un accès sur place ou par convention à :

- Un atelier d'ajustement d'aides techniques ;
- Un atelier d'appareillage et de confection de prothèses ;
- Un laboratoire d'analyse du mouvement.

Éléments spécifiques recommandés

- Appareils d'isocinétisme, appareil de physiothérapie et de traitement physique des douleurs
- Salle d'activité physique adaptée ;
- Équipements pour la rééducation analytique et globale du geste et de la fonction, la réalisation de petits appareillages.
- Accès à un EMG sur place ou par convention ;
- Accès à un atelier fauteuils roulants (adaptations spécifiques et maintenance).

### Cas particulier

Dans le cas où une spécialisation sur une population de patients spécifiques s'avère nécessaire pour un établissement et en fonction des besoins régionaux, certains des critères peuvent être appréciés au regard des caractéristiques de l'activité envisagée.

Enfin, en cas d'activité relevant d'une expertise telle que définie à l'article R. 6123-125-2 du Code de la Santé Publique, les conditions mentionnées ci-dessus s'appliquent.

**FICHE n° 4 – LA PRISE EN CHARGE EN SMR AUTORISÉ À LA MENTION « SYSTEME NERVEUX »****Les objectifs spécifiques de la prise en charge**

Outre les objectifs généraux précisés ci-dessus, la prise en charge spécialisée en établissement SMR autorisé à la mention « système nerveux » a pour objectif d'accueillir les personnes souffrant d'affections du système nerveux central et/ou périphérique, entraînant une dépendance et exposant à des complications, directement ou indirectement liées à l'affection neurologique et justifiant de programmes de réadaptation pluridisciplinaires, intensifs et complexes permettant de prévenir ou de réduire au minimum les conséquences des traumatismes ou des affections du système nerveux sur l'état physique, fonctionnel, psychologique et social du patient. La prise en charge doit lui permettre de retrouver le meilleur fonctionnement possible compatible avec les activités dans lesquelles le patient souhaite s'impliquer. La prise en charge s'effectue au décours d'une hospitalisation en court séjour ou depuis le domicile dans le cadre du suivi d'affections neurologiques et vise également à renforcer les comportements de santé favorables à long terme.

**L'orientation**

L'orientation d'un patient pour une prise en charge en établissement SMR autorisé à la mention « système nerveux » est liée, le plus souvent, à l'existence d'un enjeu fonctionnel et d'un potentiel de récupération du patient, indépendamment de son âge. Pour autant, l'admission ne nécessite pas forcément que l'état du patient soit complètement stabilisé mais que les explorations quant au diagnostic principal soient effectuées.

**Les patients pris en charge**

La prise en charge en structure autorisée autorisée à la mention « système nerveux » vise à :

- Proposer à chaque patient des programmes de réadaptation spécialisés, intensifs, pluridisciplinaires d'au moins deux heures par jour – une heure pour les patients de moins de 6 ans. La durée est systématiquement adaptée à l'état de santé du patient ;
- Suivre et/ou adapter l'appareillage ou les aides techniques, dans le cadre de programmes spécifiques de réadaptation ;
- Assurer une surveillance médicale, des interventions de prévention, de diagnostic et/ou un traitement médicaux importants, en raison de facteurs de comorbidité, de risques de complications ou de handicap surajouté liés à l'affection causale, aux pathologies associées ou au profil de déficiences ;
- Poursuivre la stabilisation des fonctions vitales au décours d'une prise en charge en court séjour (réanimation, postopératoire précoce...) ;
- Assurer la suppléance de la dépendance pour les actes de la vie quotidienne, y compris pour les patients les plus dépendants.

**Les pathologies spécifiques prises en charge**

Certaines pathologies relèvent plus particulièrement d'une prise en charge spécialisée. Ce sont tout particulièrement des pathologies du système nerveux pour lesquelles il existe des conséquences non seulement motrices et sensitives mais aussi cognitives, uronéphrologiques (neuro-urologie) et ostéo-articulaires (neuro-orthopédie).

À ce titre, la structure autorisée a vocation à prendre en charge spécifiquement les pathologies ou situations suivantes (liste non exhaustive) :

- AVC avec ou sans troubles cognitifs de moins de trois mois (phase subaiguë)<sup>4</sup> ;
- AVC au-delà de 6 mois dans le cadre d'objectifs thérapeutiques définis ;
- Traumatismes crânio-encéphaliques moyens et graves ;
- Pathologies médullaires ;
- Affections démyélinisantes périphériques (polyradiculonévrite) et centrales (SEP....) ;
- Pathologies neuromusculaires ;
- Maladie de Parkinson ;
- Paralysie cérébrale y compris polyhandicap ;
- Suite de chirurgie de handicap neurologique.

<sup>4</sup> Voir « Recommandations pour la pratique clinique - Accident vasculaire cérébral : méthodes de rééducation de la fonction motrice chez l'adulte », HAS – Juin 2012.

### Les compétences

- Compétences médicales obligatoires : est spécialisé en médecine physique et de réadaptation ou en neurologie et justifiant dans ce cas d'une formation ou d'une expérience attestée en réadaptation.
- Compétences médicales recommandées : la structure doit pouvoir faire appel à des spécialistes permettant une prise en charge spécifique des complications des patients (notamment neurochirurgien, neurologue, psychiatre, algologue, urologue).
- Compétences non médicales obligatoires : IDE, aide-soignant, assistant de service social, masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, neuropsychologue et psychologue.
- Compétences non médicales recommandées : psychomotricien, enseignant en activité physique adaptée, diététicien, professionnel de santé ayant une compétence en sexologie, orthoprothésiste, podologue.
- Compétences facultatives : animateur, éducateur, équipe d'insertion sociale et professionnelle.

### La continuité des soins

La continuité des soins est assurée par une garde ou une astreinte médicale et par la présence d'au moins un infirmier la nuit, ainsi que la possibilité de kinésithérapie de week-end et jours fériés.

### Les moyens matériels

#### Éléments obligatoires

En complément des conditions générales prévues aux articles R. 6123-123 et D. 6124-177-1, la structure dispose sur site :

- De locaux de réadaptation avec une ou plusieurs salles de surface suffisante pour réaliser les programmes de réadaptation définis avec l'intensité préconisée ;
- D'équipements adaptés à la réalisation des programmes de réadaptation : appareil de physiothérapie et de traitement physique des douleurs, équipements pour le renforcement musculaire, la rééducation de l'équilibre et de la marche, le réentraînement à l'effort (cycloergomètre, tapis roulant...);
- D'équipements adaptés à la suppléance de l'autonomie y compris pour les patients les plus dépendants : lève malade, guidon de transfert, table de verticalisation ;
- D'un plateau technique neurocognitif, à savoir :
  - Des locaux permettant un isolement et une attention suffisante pour réaliser des programmes de réadaptation cognitive que ce soit par un neuropsychologue, un orthophoniste ou un ergothérapeute ;
  - Des équipements informatiques et des logiciels permettant de faciliter la réadaptation cognitive.

La structure assure l'accès sur site ou par convention :

- À un plateau technique permettant de réaliser des examens d'électromyographie et d'électro-encéphalographie ;
- À un laboratoire d'urodynamique ;
- A un laboratoire d'analyse du mouvement.

La structure assure l'accès sur site ou par convention à une unité de réanimation et à une structure titulaire d'une autorisation d'activité de soins de neurochirurgie si l'établissement n'en dispose pas.

#### Éléments spécifiques recommandés

- Un ou plusieurs plateaux techniques spécialisés (PTS) : isocinétisme, laboratoire d'analyse de la marche et du mouvement, rééducation robotisée membre inférieur ou membre supérieur ;
- Equipements pour la rééducation analytique et globale du geste et de la fonction, la réalisation de petits appareillages.
- Des échographes de mesures du volume vésical (bladder scan) dans l'établissement ;
- Plateau de réadaptation au milieu familial et éventuellement professionnel (avec cuisine thérapeutique, salle de bain ou chambre avec salle de bain adaptée, voire appartement thérapeutique) ;
- Accès à un atelier d'ajustement d'aides techniques ou technologiques (communication, interaction avec l'environnement, informatique) ;
- Accès à un atelier de fauteuil roulant ;
- Salle d'activité physique adaptée.



### **Cas particulier**

Dans le cas où une spécialisation sur une partie du segment s'avère nécessaire pour un établissement et en fonction des besoins régionaux, certains des critères peuvent être appréciés au regard des caractéristiques de l'activité envisagée.

Enfin, en cas d'activité relevant d'une expertise telle que définie à l'article R. 6123-125-2 du Code de la Santé Publique, les conditions mentionnées ci-dessus s'appliquent.

**FICHE n° 5 – LA PRISE EN CHARGE EN SMR AUTORISÉ À LA MENTION « CARDIO-VASCULAIRE »****Les objectifs spécifiques de la prise en charge**

Outre les objectifs généraux précisés ci-dessus, la prise en charge spécialisée des affections cardio-vasculaires en établissement SMR autorisé à la mention « cardio-vasculaire » a pour objectif la réadaptation cardiovasculaire. La réadaptation cardiovasculaire est définie par l'ensemble des activités nécessaires pour influencer favorablement le processus évolutif de la maladie cardiaque, ainsi que pour assurer aux patients la meilleure condition physique, psychologique et sociale possible dans son écosystème. Elle vise également à renforcer les comportements de santé favorables à long terme.

En conséquence, les principaux objectifs spécifiques sont : l'amélioration du pronostic par réduction de la morbi-mortalité, l'amélioration des capacités d'effort et de la qualité de vie du patient, la prévention secondaire par la correction des facteurs de risques cardiovasculaires, l'optimisation du traitement médicamenteux, la réinsertion socioprofessionnelle et le développement de la compétence d'auto-soins du patient via l'éducation thérapeutique.

**L'orientation**

L'orientation d'un patient pour une prise en charge spécialisée en SMR « cardio-vasculaire » est liée à l'existence d'une pathologie cardiovasculaire avec une indication de réadaptation cardiaque selon les recommandations nationales et internationales et en l'absence de contre-indication définitive. L'état du patient est stabilisé à son admission et fait l'objet d'une surveillance médicale constante et spécialisée au cours de son séjour.

Les patients sont adressés par des services de court séjour ou par des médecins de ville.

**Les services attendus au titre de la spécialisation**

Les patients pris en charge

L'établissement autorisé à la mention « cardiovasculaire » doit être notamment capable de prendre en charge des patients avec pathologie cardiovasculaire complexe et/ou à risque évolutif avec risque de complication durant le séjour ou de risques à moyen/long terme et nécessitant :

- Une réadaptation complexe, pluridisciplinaire et intensive, d'au moins trois heures par jour, dès lors que les capacités fonctionnelles des patients le permettent. La durée est systématiquement adaptée à l'état de santé du patient ;
- Une surveillance médicale et/ou un traitement médical important, en raison de facteurs de comorbidité, ou de risques cliniques / séquelles / complications de l'affection causale ;
- Une poursuite de la stabilisation des fonctions vitales au décours d'une prise en charge en court séjour (réanimation, post opératoire précoce...) ;
- La prévention de ces maladies, de leur rechute ou de leur exacerbation.

Les pathologies spécifiques prises en charge

Certaines pathologies relèvent plus particulièrement d'une prise en charge spécialisée. À ce titre, les structures autorisées à la mention « cardio-vasculaire » ont notamment vocation à prendre en charge les pathologies suivantes (liste non exhaustive) :

- Les pathologies ischémiques (post-syndrome coronarien aigu, après revascularisation coronaire médicale ou chirurgicale, syndrome coronarien chronique),
- L'insuffisance cardiaque, y compris avec des dispositifs implantables,
- Les patients en suite de chirurgie cardio-vasculaire (valvulaire, aortique, congénitale, vasculaire),
- Les réparations valvulaires percutanées,
- Les patients porteurs d'assistances ventriculaires,
- Les patients en suite de transplantation cardiaque,
- Les patients atteints d'artériopathie des membres inférieurs,
- Les patients atteints de cardiomyopathies,
- Les patients à risque cardiovasculaire selon l'échelle SCORE 2.

### Les compétences

- Compétences médicales obligatoires : médecine spécialisée en médecine cardiovasculaire ou en médecine physique et de réadaptation et justifiant dans ce cas d'une formation ou d'une expérience attestée en cardiologie. Dans tous les cas, l'accès des patients à un médecin spécialisé en médecine cardiovasculaire est obligatoire.
- Compétences médicales recommandées : la structure doit pouvoir faire appel à des spécialistes permettant une prise en charge spécifique des complications des patients (notamment médecin spécialiste en médecine physique et de réadaptation, diabétologue, médecin nutritionniste, psychiatre, pneumologue, tabacologue).
- Compétences non médicales obligatoires : IDE, aide-soignant, assistant de service social, masseur-kinésithérapeute, psychologue et diététicien.
- Compétences non médicales recommandées : ergothérapeute, psychomotricien, enseignant en activité physique adaptée.

Le personnel doit être formé aux gestes d'urgence et à la réadaptation cardiaque.

### La continuité des soins

La continuité médicale des soins est assurée par une garde ou une astreinte de médecin spécialisé en médecine cardiovasculaire. Un infirmier au moins est présent en permanence dans les salles de réadaptation aux côtés des patients. Un médecin spécialisé en cardiologie y intervient immédiatement en cas de besoin. Une intervention médicale en urgence doit être possible à tout moment. La possibilité d'un transfert des patients à tout moment, vers une unité de soins intensifs, doit être organisée par convention.

### Les moyens matériels

#### Éléments obligatoires

En complément des articles R. 6123-123 et D. 6124-177-1, la structure doit disposer sur site :

- D'un plateau technique d'exploration équipé :
  - De matériel pour échographie cardiaque ;
  - D'équipement pour test d'effort (l'épreuve d'effort cardio-pulmonaire est recommandée) ;
  - D'équipement pour monitoring par télémétrie ;
- D'un plateau technique de réadaptation équipé :
  - D'un système de monitoring cardiaque ;
  - D'appareils de réentraînement variés (bicyclette, tapis roulant, autres types d'ergomètres adaptés aux handicaps des patients pris en charge...).
- D'un chariot d'urgence situé et comportant un défibrillateur, avec accès aux fluides médicaux et au vide, à proximité des salles de réadaptation ;
- D'une salle d'urgence, équipée de manière à permettre les gestes d'urgence et de réanimation cardiaque avant transfert en USIC (1 ou plusieurs lits avec cardioscopes, défibrillateur, matériel d'intubation et de ventilation).

La structure assure l'accès sur site ou par convention à une unité de soins intensifs en cardiologie.

#### Éléments spécifiques recommandés

- Plateau de reconditionnement à l'effort (bicyclette, tapis roulant, autres types d'ergomètres adaptés à la typologie des patients pris en charge, matériel pour renforcement musculaire, dispositifs d'entraînement ventilatoire...)
- Fluides médicaux en salle d'épreuve d'effort et de réadaptation ;
- Saturomètre ;
- Système de surveillance électro-cardiographique ambulatoire continue des patients avec mémorisation des événements ;
- Cardio-fréquencemètres ;
- Mesure ambulatoire de la pression artérielle ;
- Holter ECG ;
- Echodoppler vasculaire ;
- Salle permettant l'activité physique adaptée.

### **Cas particulier**

Dans le cas où une spécialisation sur une population de patients spécifique s'avère nécessaire pour un établissement et en fonction des besoins régionaux, certains des critères peuvent être appréciés au regard des caractéristiques de l'activité envisagée. Enfin, en cas d'activité relevant d'une expertise telle que définie à l'article R. 6123-125-2 du Code de la Santé Publique, les conditions mentionnées ci-dessus s'appliquent.

## FICHE n° 6 – LA PRISE EN CHARGE EN SMR AUTORISÉ À LA MENTION « PNEUMOLOGIE »

### Les objectifs spécifiques de la prise en charge

Outre les objectifs généraux précisés ci-dessus, la prise en charge spécialisée en établissement SMR autorisé à la mention « pneumologie » consiste à accueillir les patients atteints d'affections broncho-pulmonaires, éventuellement associées à des co-morbidités, avec un handicap respiratoire transitoire ou permanent, responsables d'une limitation des activités quotidiennes et/ou d'une dyspnée invalidante malgré un traitement médical optimal. La réadaptation respiratoire est une prise en charge pluridisciplinaire, intensive et complexe basée sur les preuves, coordonnée par un pneumologue ou un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience attestée en pneumologie et en réadaptation afin de proposer une prise en charge holistique à des patients atteints de maladies chroniques. Le programme associe le réentraînement à l'effort et la reprise d'activités physiques adaptées, l'éducation thérapeutique et l'accompagnement psycho-social et motivationnel. Les programmes thérapeutiques mis en place visent également à renforcer l'adoption au long cours de comportements de santé favorables permettant une amélioration de la dyspnée et/ou de la tolérance à l'effort et/ou de la qualité de vie, ainsi qu'une diminution des exacerbations et des hospitalisations.

### L'orientation

L'orientation d'un patient pour une prise en charge spécialisée en SMR « pneumologie » est liée à l'existence d'une maladie handicap respiratoire, chronique ou aiguë, irréversible ou temporaire, accompagnée souvent de polyopathologies.

L'orientation vers les établissements de SMR autorisés à la mention « pneumologie » dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet est justifiée pour des patients nécessitant une surveillance médicale et/ou un traitement médical important, en raison de facteurs de comorbidité, ou de risques cliniques / séquelles / complications de l'affection causale.

Une prise en charge en hospitalisation à temps partiel est justifiée pour des patients atteints d'affections respiratoires chroniques, et éventuellement de comorbidités stabilisées, et ayant besoin d'une réadaptation complexe et intensive.

L'orientation est proposée par le médecin traitant de ville (généraliste ou pneumologue) ou par un service de court séjour. La demande peut également venir d'autres établissements SMR porteurs d'activité d'expertise (notamment des services de réadaptation post réanimation (SRPR) ou des établissements experts en réadaptation précoce post-aiguë respiratoire (PREPA-R)).

### Les patients pris en charge

L'établissement autorisé à la mention « pneumologie » doit être notamment en capacité de prendre en charge des patients nécessitant :

- Une réadaptation complexe, pluridisciplinaire et intensive, d'au moins deux heures par jour, dès lors que les capacités fonctionnelles des patients le permettent. La durée est systématiquement adaptée à l'état de santé du patient ;
- Une surveillance médicale et/ou un traitement médical important, en raison de facteurs de comorbidité ou de risques cliniques/séquelles/complications respiratoires de l'affection causale ;
- Une poursuite de la stabilisation des fonctions vitales respiratoires au décours d'une prise en charge en court séjour (réanimation, post-opératoire respiratoire...) ;
- La prise en charge du handicap respiratoire chronique et des comorbidités associées ainsi que de ses conséquences dans la vie quotidienne.

### Les pathologies spécifiques prises en charge

Certaines pathologies relèvent plus particulièrement d'une prise en charge spécialisée. A ce titre, les structures autorisées à la mention « pneumologie » ont notamment vocation à prendre en charge les pathologies suivantes (liste non exhaustive) :

- Patients insuffisants respiratoires sévères chroniques : BPCO sévère et très sévère (stade 3 et 4), la BPCO modérée (stade II avec comorbidités), asthme non ou mal contrôlé ;
- Patients atteints d'un cancer broncho-pulmonaire en péri-opératoire ou au cours ou décours d'une radio et/ou chimiothérapie ;
- Patients en pré et post chirurgie thoracique ou en pré et post transplantation pulmonaire,

- Patients atteints de mucoviscidose,
- Patients présentant des complications respiratoires des affections neurologiques ou neuromusculaires, de l'obésité morbide, des SDRA sévères et des maladies infectieuses dont la tuberculose ;
- Patients sous assistance respiratoire et/ou ventilés chroniques ;
- Patients avec un handicap respiratoire transitoire ou permanent ;
- Patients atteints présentant des symptômes prolongés à la suite d'un Covid-19 et nécessitant une réadaptation multidisciplinaire relevant d'un établissement SMR autorisé à la mention « pneumologie ».

### Les compétences

- Compétences médicales obligatoires : médecin spécialisé en pneumologie ou en médecine physique et de réadaptation et justifiant dans ce cas d'une formation ou d'une expérience attestée en pneumologie ou en médecine générale et justifiant dans ce cas d'une formation ou d'une expérience attestée en pneumologie et en réadaptation. Dans tous les cas, la possibilité d'accéder à un pneumologue est obligatoire.
- Compétences médicales recommandées : la structure doit pouvoir faire appel à des spécialistes permettant une prise en charge spécifique des complications des patients (notamment médecin spécialiste en médecine physique et de réadaptation, tabacologue).
- Compétences non médicales obligatoires : IDE, aide-soignant, assistant de service social, masseur-kinésithérapeute, diététicien, psychologue.
- Compétences non médicales recommandées : ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, enseignant en activité physique adaptée.

Outre la formation à la prise en charge de l'urgence respiratoire, à l'utilisation des équipements permettant d'accomplir les gestes d'urgence et de réanimation respiratoire prévus à l'article D. 6124-177-36 (intubation trachéale, les nébulisations de bronchodilatateurs, l'oxygénothérapie nasale et la surveillance continue de la saturation en oxygène), le personnel doit être formé à la gestion des soins spécifiques, à la prise en charge d'insuffisants respiratoires sévères (oxygénothérapie, soins d'une trachéotomie, aspirations bronchiques, administration d'aérosols, mesure des gaz du sang...), ainsi qu'à la gestion des différents type d'appareils d'assistance ventilatoire.

### La continuité des soins

La continuité médicale des soins est assurée par une garde ou une astreinte médicale et par la présence d'au moins un infirmier la nuit, ainsi que la possibilité de kinésithérapie de week-end et jours fériés.

### Les moyens matériels

#### Éléments obligatoires

En complément des articles R. 6123-123 et D. 6124-177-1, la structure doit disposer :

- d'un plateau technique d'explorations fonctionnelles respiratoires permettant la réalisation d'une courbe débit-volume (spiromètre) ;
- D'un accès à la ventilation non invasive ;
- D'une oxygénothérapie.
- D'espaces et d'équipements nécessaires au drainage bronchique, aux massages et au réentraînement à l'effort ;
- D'équipements permettant les gestes d'urgence et la réanimation respiratoire, notamment l'intubation trachéale, les nébulisations de bronchodilatateurs, l'oxygénothérapie nasale et la surveillance continue de la saturation en oxygène ;

La structure permet l'accès, sur site ou par convention à :

- Un plateau technique d'explorations respiratoires permettant au minimum la réalisation de radiographies du thorax, d'explorations fonctionnelles respiratoires complètes (pléthysmographie) au repos et à l'effort (épreuve fonctionnelle d'exercice), la mesure des gaz du sang et de bronchoscopies souples, l'étude du sommeil (polygraphie et polysomnographie)
- La possibilité de mise en route d'une ventilation non invasive et/ou d'une oxygénothérapie de repos et de déambulation.

La structure assure l'accès sur site ou par convention d'un accès soit à une unité de réanimation médicale soit à une unité de soins intensifs.

Éléments spécifiques recommandés :

- Tests de marche de 6 minutes ;
- Salle de sport adapté ;
- Equipement pour oxygénothérapie continue et de déambulation.

### **Cas Particulier**

Dans le cas où une spécialisation sur une population de patients spécifique s'avère nécessaire pour un établissement et en fonction des besoins régionaux, certains des critères peuvent être appréciés au regard des caractéristiques de l'activité envisagée.

Enfin, en cas d'activité relevant d'une expertise telle que définie à l'article R. 6123-125-2 du Code de la Santé Publique, les conditions mentionnées ci-dessus s'appliquent.

## **FICHE n° 7 – LA PRISE EN CHARGE EN SMR AUTORISÉ À LA MENTION « SYSTEME DIGESTIF, ENDOCRINOLOGIE, DIABÉTOLOGIE, NUTRITION »**

### **Les objectifs spécifiques de la prise en charge**

Outre les objectifs généraux précisés ci-dessus, la prise en charge spécialisée en établissement SMR autorisé à la mention « système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition » a pour objectif d'influencer favorablement le processus évolutif des maladies, de préserver et d'améliorer la réinsertion des patients dans leur milieu de vie. Il s'agit d'une approche médicale, diététique, physique et psychologique qui a pour but d'assurer aux patients la meilleure condition physique, psychologique et sociale possible, ainsi qu'une meilleure qualité de vie, afin de renforcer des comportements de santé favorables à long terme.

### **L'orientation**

L'orientation d'un patient pour une prise en charge spécialisée en SMR « système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition » est liée à l'existence ou à la décompensation d'une pathologie installée et sévère, à l'existence d'une pathologie débutante nécessitant une prise en charge précoce, ou lorsqu'il existe une situation à risque, nécessitant des actions de prévention et l'association d'une nutrition adaptée et d'une activité physique, dans un contexte de surveillance et de prise en charge des comorbidités, avec le temps nécessaire pour restaurer l'état nutritionnel.

### **Les patients pris en charge**

La structure autorisée doit être notamment capable de prendre en charge des patients pouvant nécessiter :

- Une réadaptation complexe, pluridisciplinaire et intensive, d'au moins trois heures par jour. La durée est systématiquement adaptée à l'état de santé du patient ;
- Une surveillance médicale et/ou un traitement médical important, en raison de co-morbidités, ou de risques cliniques/séquelles/complications de l'affection causale ;
- Une alimentation entérale ou parentérale ;
- La prise en charge d'une stomie.

### **Les pathologies spécifiques prises en charge**

Certaines pathologies relèvent plus particulièrement d'une prise en charge spécialisée. À ce titre, les structures autorisées à la mention « système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition » ont notamment vocation à prendre en charge les pathologies suivantes (liste non exhaustive) :

- Les obésités sévères et/ou morbides ;
- Les dénutritions sévères ;
- Les patients avant ou après une intervention chirurgicale complexe ou une greffe ;
- Les sevrages complexes ou résidentiels ;
- Chez l'adulte, les complications de pathologies généralement en lien avec l'alcool (pancréatite aiguë, hépatite aiguë, cirrhose grave) ;
- Chez l'enfant, les maladies métaboliques congénitales ainsi que les malabsorptions et dysmotricités sévères pour les établissements autorisés aux mentions de la modalité « pédiatrie ».

### **Les compétences**

- Compétences médicales obligatoires :
  - Soit un médecin spécialisé en endocrinologie-diabétologie-nutrition ;
  - Soit un médecin spécialisé en hépato-gastro-entérologie et justifiant dans ce cas d'une formation ou d'une expérience attestée en nutrition ;
  - Soit un médecin spécialisé en médecine générale et justifiant dans ce cas d'une formation ou d'une expérience attestée en endocrinologie ou diabétologie ou nutrition.
- Compétences médicales recommandées : la structure doit pouvoir faire appel à des spécialistes permettant une prise en charge spécifique des complications des patients (notamment cardiologue, chirurgien viscéral, psychiatre, addictologue, MPR, pneumologue, ...).
- Compétences non médicales obligatoires : IDE, aide-soignant, assistant de service social, masseur-kinésithérapeute, diététicien, psychologue, enseignant en activité physique adaptée.
- Compétences non médicales recommandées : ergothérapeute, podologue.



Le personnel doit être formé à la gestion de l'assistance nutritionnelle.

La continuité des soins

Elle est assurée par une garde ou une astreinte médicale et par la présence d'au moins un infirmier de nuit.

### **Les moyens matériels**

Éléments obligatoires

En complément des articles R. 6123-123 et D. 6124-177-1, la structure doit disposer sur place de locaux et de matériels adaptés au poids des patients accueillis. La structure assure également l'accès sur site ou par convention à un plateau technique de réadaptation permettant la prise en charge des patients avec obésité sévère. Les locaux permettent la mise en œuvre d'ateliers de réadaptation à la vie sociale et professionnelle, de même qu'à la participation de l'entourage aux programmes de soins.

Éléments spécifiques recommandés :

- Une cuisine éducative ;
- Des salles d'éducation de groupe ;
- Un parc de pompes de nutrition entérale ou parentérale ;
- Un parcours de marche extérieur ;
- Une salle d'activité physique.

### **Cas particulier**

Dans le cas où une spécialisation sur une population de patients spécifique s'avère nécessaire pour un établissement et en fonction des besoins régionaux, certains des critères peuvent être appréciés au regard des caractéristiques de l'activité envisagée.

## FICHE n° 8 – LA PRISE EN CHARGE EN SMR AUTORISÉ À LA MENTION « BRÛLÉS »

### Les objectifs spécifiques de la prise en charge

Outre les objectifs généraux précisés ci-dessus, la prise en charge spécialisée en établissement SMR autorisé à la mention « brûlés » a pour objectif le traitement préventif et curatif des complications (de décubitus, cicatricielles, orthopédiques, neurologiques, respiratoires...), de prendre en charge la douleur, de gérer les problèmes posés par l'addition des déficiences, de favoriser un retour à l'autonomie le plus précoce possible en organisant la réadaptation et la réinsertion socio-familiale et professionnelle ainsi que le parcours dans le réseau de soins.

### L'orientation

L'orientation d'un patient pour une prise en charge spécialisée en SMR autorisé à la mention « brûlés » est liée à l'existence d'un enjeu fonctionnel et esthétique, d'un potentiel de récupération, de la nécessité de soins de pansement spécialisés ou de risques spécifiques d'évolution risquant d'entraîner l'installation ou l'aggravation d'une déficience. L'admission ne nécessite pas forcément que l'état du patient soit stabilisé, mais que les problèmes de réanimation soient réglés.

### Les patients pris en charge

La structure autorisée doit être capable de prendre en charge des patients pouvant nécessiter :

- Une rééducation complexe et intensive : c'est à dire pluridisciplinaire d'au moins deux heures par jour pour l'adulte - et d'au moins une heure par jour pour l'enfant. La durée est systématiquement adaptée à l'état de santé du patient ;
- La mise en place, le suivi et/ou l'adaptation d'appareillage ou d'aides techniques ;
- Des pansements spécialisés, des bandages et/ou vêtements compressifs ;
- Une surveillance médicale et/ou un traitement médical important, en raison de facteurs de comorbidité, ou de risques cliniques/séquelles /complications de l'affection causale ;
- Une poursuite de la stabilisation des fonctions vitales au décours d'une prise en charge en court séjour (réanimation, post opératoire précoce...).

### Les pathologies spécifiques prises en charge

Certains types de brûlures relèvent plus particulièrement d'une prise en charge spécialisée, en particulier et obligatoirement les brûlures profondes ou étendues, les brûlures avec atteinte d'une zone vitale (face), fonctionnelle (plis de flexion, mains, thorax, face, cou) ou particulière comme le périnée ainsi que les brûlures avec lésions associées (polytraumatisés). Elle doit également être capable de prendre en charge les suites de greffes de peau, les suites de chirurgie à visée de reconstruction fonctionnelle et esthétique et les pathologies cutanées graves non liées à la brûlure mais qui justifient des pansements complexes et une prise en charge en réadaptation.

### Les compétences

- Compétences médicales obligatoires : médecin spécialisé en médecine physique et de réadaptation ou médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience attestée dans le traitement des grands brûlés.
- Compétences médicales recommandées : la structure doit pouvoir faire appel à des spécialistes permettant une prise en charge spécifique des complications des patients (notamment chirurgien plasticien et spécialiste de la main, algologue, psychiatre, ophtalmologue, ORL, cardiologue, neurologue, pneumologue).
- Compétences non médicales obligatoires : IDE, aide-soignant, assistant de service social, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute, diététicien, psychologue, prothésiste ou orthésiste.
- Compétences non médicales recommandées : psychomotricien

### La continuité des soins

La continuité des soins est assurée par une garde ou une astreinte médicale et par la présence d'au moins un infirmier la nuit, dédié au service.

## **Le plateau technique**

### Éléments obligatoires

En complément des articles R. 6123-123 et D. 6124-177-1, la structure :

- doit disposer sur site d'une installation de balnéothérapie et d'une douche filiforme ;
- doit pouvoir accéder sur site ou par convention à un atelier d'ajustement d'aides techniques, à un atelier d'appareillage et de confection de prothèses et à un laboratoire d'analyse du mouvement.

### Éléments spécifiques recommandés

- En kinésithérapie ; des espaces suffisants pour permettre des soins individuels, des équipements pour la verticalisation, la récupération d'amplitude articulaire, la rééducation de l'équilibre et de la marche, le réentraînement à l'effort et de matériel de massothérapie mécanique et de physiothérapie ;
- En ergothérapie ; des locaux spécifiques répartis en locaux individuels ou communs et en ateliers, équipés pour la rééducation analytique et globale de la préhension, du geste et de la fonction, la réalisation d'appareillages (conformateurs pour l'adulte et l'adolescent ou masques faciaux pour l'enfant, orthèses) et la réadaptation au milieu socio-familial et professionnel ;
- Une ou plusieurs salles de pansements spécialisées permettant des soins sous antalgie (analgésie ou éventuellement anesthésie en fonction l'état du patient) ;
- Un atelier de couture (confection de vêtements compressifs) ;
- Chambres individuelles ou d'isolement ;
- Salles dédiées à la psychomotricité, l'orthophonie, le maquillage esthétique ;
- Salle de réadaptation à l'effort, de musculation et de sport.

## **FICHE n° 9 – PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS EN SMR AUTORISÉ À LA MENTION « CONDUITES ADDICTIVES »**

### **Les objectifs spécifiques de la prise en charge**

Outre les objectifs généraux précisés ci-dessus, la prise en charge spécialisée en établissement SMR autorisé à la mention « conduites addictives » a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, et sociales des personnes ayant une conduite addictive en lien avec une ou plusieurs substances psychoactives ou du fait d'une addiction comportementale, et de promouvoir leur réadaptation afin de renforcer l'acquisition de comportements de santé favorables à long terme.

### **L'orientation**

La dépendance d'un patient à certains produits psychoactifs, dont l'alcool, nécessite un sevrage. Celui-ci devra être réalisé préalablement à l'admission en SMR autorisé à la mention « conduites addictives », soit dans le cadre d'une hospitalisation, soit en ambulatoire.

L'orientation d'un patient pour une prise en charge spécialisée en SMR autorisé à la mention « conduites addictives », après sevrage simple ou après des soins résidentiels complexes, est liée à une addiction avec mésusage sévère, le plus souvent complexifiée du fait d'une polyconsommation de produits psychoactifs avec ou sans addiction comportementale et fréquemment associée à des difficultés sociales et psychologiques.

Les patients doivent être stabilisés sur le plan somatique et psychiatrique.

L'orientation pourra se faire soit en provenance directe du domicile, soit après une hospitalisation.

### **Les patients pris en charge**

La structure autorisée doit être capable notamment de prendre en charge des patients dépendants :

- Pouvant nécessiter une réadaptation complexe et intensive - c'est-à-dire pluridisciplinaire d'au moins trois heures par jour. La durée est systématiquement adaptée à l'état de santé du patient ;
- Pouvant présenter au premier plan des troubles des fonctions cognitives ;
- Pouvant présenter des troubles psychologiques ou psychiatriques stabilisés, compatibles avec le fonctionnement d'un établissement SMR et ne relevant pas d'une hospitalisation dans une structure de santé mentale.

Les pathologies spécifiques prises en charge et l'inscription dans la filière de soins

La prise en charge des conduites addictives en SMR autorisé à la mention « conduites addictives » s'inscrit dans le cadre d'une collaboration avec tous les niveaux du dispositif de soins en addictologie, en amont et en aval du séjour, selon la circulaire N°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie, en cohérence avec les objectifs du volet addiction des schémas régionaux de santé en addictologie. Les structures de SMR autorisées à la mention « conduites addictives » sont une des composantes des structures addictologiques de recours, de niveau 2, éventuellement 3.

### **Les compétences**

- Compétences médicales obligatoires : un médecin disposant d'une formation ou d'une expérience attestée en addictologie.
- Compétences médicales recommandées : la structure doit pouvoir faire appel à des spécialistes permettant une prise en charge spécifique des complications des patients (notamment psychiatre).
- Compétences non médicales obligatoires : IDE, aide-soignant, assistant de service social, psychologue.
- Compétences non médicales recommandées : ergothérapeute, diététicien, psychomotricien et enseignant en activité physique adaptée.

En fonction du projet thérapeutique, l'équipe soignante peut être complétée par les professionnels suivants : éducateur technique, moniteur d'atelier, masseur-kinésithérapeute, ...

L'équipe pluridisciplinaire doit être formée spécifiquement à l'addictologie.

La continuité des soins

La continuité des soins est assurée par une garde ou une astreinte médicale et par la présence d'au moins un infirmier la nuit.

## FICHE n° 10 – LA PRISE EN CHARGE EN SMR AUTORISÉ À LA MENTION « ONCOLOGIE » DE LA MODALITÉ CANCERS

### Les objectifs spécifiques de la prise en charge

Outre les objectifs généraux précisés ci-dessus, la prise en charge spécialisée en établissement SMR autorisé à la mention « oncologie » a pour objet d'apporter aux patients atteints de cancer une prise en charge personnalisée en réadaptation, en surveillance et soins médicaux, et en soins palliatifs le cas échéant. L'établissement apportera une réponse pluridisciplinaire face à une situation clinique, fonctionnelle et sociale complexe, dans le cadre d'une prise en charge séquentielle, conformément à l'évolution clinique.

L'accès à un établissement autorisé à la mention « oncologie » vise ainsi à :

- Articuler, au décours ou en amont de la phase curative, **un programme de soins médicaux et de réadaptation spécifique** avec le programme personnalisé de soins (PPS) en réactivité du pronostic global et en adéquation permanente avec l'évolutivité des déficiences, l'état général du patient, sa tolérance aux traitements qu'il reçoit et ses attentes.
- Pouvoir également constituer **un temps intermédiaire de suivi médical entre les soins aigus et le suivi ambulatoire en ville** dans la filière de soins cancérologique pour préparer le retour dans le lieu de vie.
- **Assurer la prise en charge des pansements complexes** après chirurgie lourde ou apparition d'escarres, l'adaptation de stomies digestives ou urinaires, le traitement de la douleur, le suivi clinique et biologique de la tolérance médicamenteuse, la surveillance du matériel invasif implanté.
- **Construire un projet de vie**, lors de la stabilité de l'état clinique comme lors de son évolution, associant des interventions pluridisciplinaires de réadaptation fonctionnelle et sociale, menées avec le patient et son entourage. Après la phase curative, ce projet de vie s'articule avec le programme personnalisé de l'après-cancer (PPAC).
- Proposer **une démarche palliative**<sup>5</sup>, incluant le cas échéant les soins de palliatifs de la fin de vie.

Certains établissements pourront réaliser la poursuite et le suivi d'un traitement par chimiothérapie, dans les conditions liées au statut d'établissement « associé à la chimiothérapie » et/ou des transfusions (voir encadré spécifique ci-dessous).

Par ailleurs, l'établissement SMR autorisé à la mention « oncologie » met en place une organisation qui permet le traitement des soins oncologiques de support de façon globale et intégrée pour le patient. Ces soins comportent des dimensions physiques, psychologiques, diététiques, nutritionnelles et sociales. Dans le cas où certains soins complémentaires de support ne sont pas proposés par la structure SMR (exemple : onco-sexualité, préservation de la fertilité), le patient est orienté vers des structures disposant de cette offre.

Les professionnels médicaux et paramédicaux de l'établissement SMR peuvent par ailleurs intervenir comme expert et apporter des modalités de diagnostic et d'évaluation complémentaires.

Un accompagnement particulier des familles et/ou de l'entourage du patient est réalisé en fonction des besoins, par le médecin, le psychologue et/ou l'assistance sociale de la structure.

### L'orientation

La prise en charge en structure autorisée à la mention « oncologie » est indiquée dès lors qu'il existe une déficience pouvant relever de la réadaptation, d'une surveillance et de soins médicaux et/ou d'une démarche palliative.

L'orientation d'un patient se fait en fonction de son état clinique et lésionnel, des conséquences en termes de déficiences (motrice, sensitive, sensorielle, cognitive, viscérale, etc.) et du retentissement fonctionnel, social ou professionnel (capacités ou incapacités pour les actes de la vie quotidienne) et du vécu par le patient de ces conséquences.

---

<sup>5</sup> Voir « Note méthodologique et de synthèse documentaire - Mise au point sur la démarche palliative », HAS - Décembre 2016.

L'orientation vers une structure SMR autorisée à la mention « oncologie » peut être envisagée à tous les stades de la maladie pour proposer un projet et parcours de soins réaliste et cohérent en accord avec le patient et ses proches.

Le contexte spécifique de la cancérologie impose de prendre en compte le facteur pronostique de la maladie dans la décision d'orientation afin que la prise en charge du cancer soit systématiquement prédominante sur les déficiences qu'il engendre et donc sur la réadaptation. L'orientation s'inscrit ainsi dans l'évolution des besoins, des conditions cliniques, fonctionnelles, environnementales du patient et dans l'ensemble du schéma thérapeutique qu'il soit curatif ou palliatif, discuté et partagé entre équipes soignantes.

L'équipe médicale de la structure doit être sollicitée le plus précocement possible, pour prévenir et/ou diminuer les limitations fonctionnelles, pour rendre un avis spécialisé ponctuel ou en vue d'une hospitalisation dans une structure SMR, mais aussi pour contribuer au suivi et être en mesure d'intervenir sous diverses modalités à toutes les phases de la prise en charge. A ce titre, l'établissement SMR autorisé à la mention « oncologie » peut être sollicité en vue de produire un avis complémentaire auprès de la réunion de concertation pluridisciplinaire compétente (RCP) compétente. L'équipe médicale de la structure peut être ainsi associée à la construction du plan personnalisé de soins (PPS) ainsi que du plan personnalisé de l'après-cancer (PPAC). L'organisation et la contribution de l'établissement SMR autorisé à la mention « oncologie » s'intègrent dans un parcours de prise en charge territorialisé, coordonné avec les prises en charge amont et aval et avec les structures de prise en charge en ville ou au domicile du patient (HAD).

L'orientation vers un SMR autorisé à la mention « oncologie » pour une prise en charge exclusivement dispensée en hospitalisation à temps partiel sera justifiée lorsque le patient nécessite des soins de réadaptation pluridisciplinaires, intenses, itératifs et/ou justifiant l'accès à un plateau technique spécialisé.

### **Les patients pris en charge**

Étant donné les conséquences lésionnelles et thérapeutiques du cancer, la réadaptation, la surveillance, les soins médicaux et la démarche palliative peuvent être proposés aux différents stades évolutifs des patients atteints de cancer pour faire face notamment :

- Aux déficiences neuromotrices, sensibles, sensorielles, articulaires, musculaires, cutanées, cardio-vasculaires liées au traitement du cancer ou à l'alitement ;
- Aux troubles fonctionnels (phonation, déglutition, vésicosphinctériens et anorectaux, cognitifs...) ;
- Aux limitations d'activité ou de participation sociale et professionnelle.

### **Les compétences**

- Compétences médicales obligatoires : médecin spécialisé en oncologie, option oncologie médicale, ou justifiant d'une formation ou d'une expérience attestée en oncologie médicale.
- Compétences médicales recommandées : la structure doit pouvoir faire appel à des médecins spécialisés en médecine physique et de réadaptation ou justifiant d'une formation ou d'une expérience attestée en réadaptation, ainsi qu'à des spécialistes permettant une prise en charge spécifique des complications des patients.
- Compétences non médicales obligatoires : IDE, aide-soignant, assistant de service social, masseur-kinésithérapeute, diététicien, psychologue.
- Compétences non médicales recommandées : psychomotricien, ergothérapeute, orthophoniste, enseignant en activité physique adaptée.

Les professionnels de la structure sont formés aux spécificités de la réadaptation pour les patients atteints de cancer. Cette formation inclut les soins et soutiens nécessaires à ces patients tout au long de la maladie, dont la fin de vie.

### **La continuité des soins**

La continuité des soins est assurée par une garde ou une astreinte médicale et par la présence d'au moins un infirmier la nuit.

**Les moyens matériels**

## Eléments spécifiques recommandés

- Parc de pompes de nutrition entérale et parentérale, seringues auto-pousseuses et pompes à morphine (PCA) ;
- Accès aux fluides médicaux : oxygène et aspiration ;
- Chambre individuelle, avec lit accompagnant ;
- Présence d'une salle des familles, qui pourra être commune avec les autres services de l'établissement.

**Conditions spécifiques liées au statut d'établissement « associé à la chimiothérapie » conformément à l'article R. 6123-90-1 du Code de la Santé Publique**

Si le profil des patients accueillis le nécessite, la structure peut proposer sur place la poursuite et le suivi d'un traitement par chimiothérapie, dans les conditions liées au statut d'établissement « associé à la chimiothérapie » et/ou une transfusion.

## Compétences

- Disposer d'au moins un praticien ayant une formation médicale continue universitaire diplômante ou une formation attestée en cancérologie ou justifiant d'une expérience en administration de traitement médicamenteux spécifiques du cancer
- Mise en place d'un plan de formation pluriannuelle spécifique pour les professionnels

## Moyens matériels

- Disposer d'un plateau technique d'administration des traitements par voie intraveineuse
- Disposer de salles de consultations médicales et paramédicales
- Disposer d'une PUI (sur site ou par voie de convention de sous-traitance)
- Disposer d'un schéma d'administration de médicaments anticancéreux
- Mise en place d'une gestion du circuit du médicament
- Partage sécurisé de documents dématérialisés

## Eléments administratifs :

- Être membre du dispositif régional du cancer
- Établir des conventions (adressées aux ARS) avec les établissements autorisés aux TMSC émetteurs de patients
- Inscrire les conventions dans le CPOM



## FICHE n° 11 – LA PRISE EN CHARGE EN SMR AUTORISÉ À LA MENTION « ONCOLOGIE ET HÉMATOLOGIE » DE LA MODALITÉ « CANCERS »

### Les objectifs spécifiques de la prise en charge

Outre les objectifs généraux précisés ci-dessus, chez l'adulte, la prise en charge spécialisée en établissement SMR autorisé à la mention « oncologie et hématologie » concerne exclusivement les hémopathies malignes.

La prise en charge constitue un temps intermédiaire entre les soins aigus et le suivi ambulatoire et prépare le retour dans le lieu de vie. Elle a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, psychologiques et sociales des personnes. Elle vise également la surveillance et/ ou la poursuite des traitements liés aux affections onco-hématologiques.

### L'orientation

L'orientation d'un patient pour une prise en charge spécialisée en SMR « oncologie et hématologie » est liée soit à un état instable et à la nécessité d'un suivi quotidien par un médecin qualifié spécialiste en hématologie ou un médecin présentant une expérience ou une formation attestées en onco-hématologie, soit à la nécessité d'assurer le traitement et/ou sa surveillance quand les contraintes thérapeutiques, sociales et ou l'éloignement territorial ne permettent pas un retour rapide au domicile.

### Les patients pris en charge

La structure autorisée doit être capable de prendre en charge des patients :

- Nécessitant la poursuite et/ou le suivi d'un traitement par chimiothérapie ;
- En sortie d'aplasie ;
- Après une greffe ;
- Dépendant de transfusion ;
- Pouvant nécessiter :
  - La mise en place et/ou la poursuite d'une antibiothérapie majeure ;
  - Une surveillance médicale et/ou un traitement médical important, en raison de facteurs de co-morbidité, ou de risques cliniques/séquelles/complications de l'affection causale ;
  - Une poursuite de la stabilisation des fonctions vitales au décours d'une prise en charge en court séjour (réanimation, post-opératoire précoce...).
- D'assurer le suivi du patient immuno-déprimé après greffe de moelle : traitement immuno-suppresseur, isolement protecteur, alimentation protégée, prévention, surveillance clinique et biologique.

### Les pathologies spécifiques prises en charge

L'établissement SMR autorisé à la mention « oncologie et hématologie » s'inscrit dans le cadre d'une filière de soins hématologiques pour l'adulte ou onco-hématologiques pour l'enfant.

La structure est en capacité d'assurer la poursuite et le suivi d'un traitement par chimiothérapie, dans les conditions prévues à l'article R. 6123-90-1 (voir encadré spécifique dans l'annexe dédiée à la mention « oncologie »).

Le titulaire de l'autorisation avec mention « onco-hématologique » assure l'accès sur site du patient à la possibilité de transfusion sanguine.

### Les compétences

- Compétences médicales obligatoires : médecin spécialisé en oncologie, option oncologie médicale, ou justifiant d'une formation ou d'une expérience attestée en oncologie médicale, médecin spécialisé en hématologie ou justifiant d'une formation ou d'une expérience attestée en onco-hématologie.
- Compétences médicales recommandées : la structure doit pouvoir faire appel à des spécialistes permettant une prise en charge spécifique des complications des patients.
- Compétences non médicales obligatoires : IDE, aide-soignant, assistant de service social, masseur-kinésithérapeute, diététicien, psychologue.
- Compétences non médicales recommandées : psychomotricien, ergothérapeute, orthophoniste, enseignant en activité physique adaptée.

Les professionnels de la structure sont formés aux spécificités de la réadaptation pour les patients atteints de cancer. Cette formation inclut les soins et soutiens nécessaires à ces patients tout au long de la maladie, dont la fin de vie.

L'équipe pluridisciplinaire doit être formée à l'utilisation des dispositifs centraux de longue durée.

La continuité des soins

Elle est assurée par une garde ou par une astreinte médicale, et par la présence d'au moins un infirmier la nuit, dédié au service.

### **Les moyens matériels**

Eléments spécifiques recommandés

- Parc de pompes de nutrition entérale et parentérale, seringues auto-pousseuses et pompes à morphine (PCA) ;
- Accès aux fluides médicaux : oxygène et aspiration ;
- Chambre individuelle avec lit accompagnant ;
- Présence d'une salle des familles, qui pourra être commune avec les autres services de l'établissement.

## FICHE n° 12 – LA PRISE EN CHARGE EN SMR AUTORISÉ AUX MENTIONS DE LA MODALITÉ « PÉDIATRIE »

### Les objectifs spécifiques de la prise en charge

Les objectifs communs aux structures pédiatriques autorisées aux mentions « enfants et adolescents » ou « jeunes enfants, enfants et adolescents » sont les suivants :

- Assurer une prise en soins pluridisciplinaire incluse dans le projet et le parcours individualisé de l'enfant et de sa famille ;
- Répondre aux besoins des enfants/adolescents/jeunes adultes (et de leur famille) qui présentent une condition chronique complexe avec des besoins en lien avec les missions exercées par les établissements de SMR, principalement la mission de réadaptation ;
- Répondre aux besoins des enfants avec besoins de soins pluridisciplinaires qui ne correspondent pas à « une situation chronique complexe » : brûlés, prise en charge post-opératoire pour intervention programmée, post-traumatique, affections neurologiques, affections orthopédiques... ;
- Réaliser des évaluations pluridisciplinaires (bilans spécifiques et fonctionnels, appareillages, aides techniques...);
- Assurer des programmes de réadaptation intenses et complexes ;
- Améliorer la qualité de vie et la participation sociale au sens de la Classification Internationale du Fonctionnement et du Handicap ;
- Améliorer la qualité de vie et renforcer les comportements de santé favorables de long terme ;
- Ajuster les aides techniques dans les situations cliniques pertinentes ;
- Apporter des soins médicaux et infirmiers complexes, qui peuvent être considérés comme des séquences de traitement au sens de l'article D. 6124-177-65 du Code de la Santé Publique.

Pour certaines situations cliniques très spécifiques (ajustement d'aides techniques, bilans d'ergothérapie en hôpital de jour notamment l'apprentissage informatique adapté, la dictée vocale, la commande oculaire...), les séquences de traitement telles que définies dans les textes réglementaires pourront se limiter à ces interventions.

La structure doit assurer le moment venu l'organisation du relais avec une structure adulte du champ sanitaire ou médico-social. Elle s'articule notamment avec les Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE) pour enfants lorsqu'ils existent dans le cadre de la coordination des soins pour les enfants polyhandicapés sortant. Les structures prenant en charge des enfants ayant des déficiences et handicaps chroniques seront particulièrement concernées. À chaque fois que cela est pertinent, l'établissement anticipe l'organisation de ce relais, afin de maintenir sa capacité d'accueil de patients mineurs.

### L'orientation

La prise en charge en structure SMR autorisée à une des mentions de la modalité « pédiatrie » est une interface de lieu et de parcours entre le champ sanitaire (court séjour : réanimation pédiatrique, néonatalogie, chirurgie pédiatrique, neurologie pédiatrique, oncologie pédiatrique, pédiatrie générale, pédopsychiatrie ...), le champ médico-social (CAMSP, SESSAD, IEM, IME...), l'école (organisée de préférence sur site) et le domicile.

L'admission en SMR autorisé à l'une des mentions de la modalité « pédiatrie » intervient de façon temporaire dans le parcours de soins de l'enfant mais de façon souvent prolongée (par rapport à une prise en charge en court séjour). Cette durée varie de quelques semaines à quelques mois (ou années dans les situations sanitaires complexes ou de blocage de parcours du fait d'une dépendance extrême ou d'un contexte social complexe). Avec la prévalence des maladies chroniques, les admissions directes depuis le domicile devront être développées, en coordination avec les acteurs des 1<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> recours.

L'offre de consultations et de bilans doit permettre le retour du patient dans son lieu de vie associé à un suivi régulier.

Enfin, la structure doit permettre la scolarité des enfants (en son sein ou par convention), en maintenant une étroite relation avec l'enseignant de la classe d'origine. En effet, la scolarité est une des composantes essentielles de la prise en charge des enfants en SMR pédiatriques. Le projet pédagogique est individualisé et composé d'objectifs précis. La scolarisation doit être adaptée en permanence aux capacités et incapacités (ponctuelles ou définitives) de l'enfant et de l'adolescent, aux pathologies, aux objectifs de soins et de rééducation. La structure doit assurer une prise en charge éducative adaptée aux besoins de l'enfant et de sa famille. Dans tous les cas, il importe de respecter la fatigabilité du patient.

### Les patients pris en charge

La structure autorisée doit être capable de prendre en charge des enfants au décours des maladies à début aigu requérant des soins médicaux et de réadaptation ou dans le suivi et la prise en charge des maladies chroniques complexes et des situations de handicap. Le programme thérapeutique inclut :

- Une réadaptation pluridisciplinaire, complexe et intensive dont la durée est adaptée à l'état de santé du patient ;
- Une surveillance et des soins médicaux et infirmiers ;
- Un ajustement des aides techniques ;
- Un environnement adapté (troubles cognitifs, problèmes sociaux, ...).

### Les pathologies et situations spécifiques prises en charge

Certaines pathologies et situations cliniques relèvent plus particulièrement d'une prise en charge spécialisée. À ce titre, les structures autorisées aux mentions de la modalité « pédiatrie » ont notamment vocation à prendre en charge les pathologies suivantes (liste non exhaustive) :

- Neurologie : paralysie cérébrale, traumatismes crâniens, maladies neuromusculaires, oncologie, troubles spécifiques des apprentissages, neuro-orthopédie, polyhandicaps... ;
- Locomoteur et traumatologie : traumatologies complexes, scolioses, ostéochondrites, pathologies inflammatoires type arthrite juvénile idiopathique, douleurs, oncologie (prothèses, amputations), agénésie... ;
- Nutritionnels : troubles de l'oralité, troubles des conduites alimentaires... ;
- Respiratoire : asthme sévère, trachéotomies, ventilation invasive, mucoviscidose... ;
- Urologique : fonctionnel et neuro-urologique... ;
- Cardiologique : malformations congénitales, réentraînement à l'effort... ;
- Brûlures et cicatrisations ;
- Séjours de répit pour des enfants avec besoin de surveillance médicale et paramédicale aiguë ;
- Soins palliatifs ;
- Douleurs chroniques : syndrome douloureux régional chronique ;
- Digestives.

L'inscription d'un SMR pédiatrique dans une filière spécifique en lien avec les autres mentions SMR pourra faire l'objet de reconnaissance contractuelle, basée sur les textes réglementaires et la présente instruction. Dans ce cas, les exigences relatives aux conditions de fonctionnement s'additionnent.

### Les compétences

- Compétences médicales obligatoires :
  - Soit un médecin spécialiste en pédiatrie et justifiant d'une formation ou d'une expérience attestée en réadaptation,
  - Soit un médecin spécialiste en médecine physique et de réadaptation et justifiant dans ce cas d'une formation ou d'une expérience attestée dans la prise en charge de l'enfant.
    - Cas particulier : lorsque les enfants pris en charge sont placés sous oxygénothérapie ou sous ventilation artificielle ou bénéficient d'une alimentation parentérale, le pédiatre est obligatoire.
- Compétences médicales recommandées : la structure doit pouvoir faire appel à des spécialistes permettant une prise en charge spécifique des complications des patients (notamment pédiatres de surspécialités, médecins spécialistes, dentistes...).
- Compétences non médicales obligatoires : IDE, aide-soignant, assistant de service social, masseur-kinésithérapeute, psychologue, éducateur de jeunes enfants ou éducateur spécialisé ou animateur socio-éducatif ou encore moniteur-éducateur et, pour les structures autorisées à la mention « jeunes enfants, enfants et adolescents » un auxiliaire de puériculture.
- Compétences non médicales recommandées : psychomotricien, ergothérapeute, orthophoniste, enseignant en activité physique adaptée, diététicien, orthoprothésiste, orthoptiste, neuro-psychologue.

Les membres de l'équipe pluridisciplinaire sont formés à l'approche et à la prise en charge de l'enfant.

Selon les spécificités de l'établissement, l'équipe médicale doit pouvoir apporter des soins médicaux, curatifs, voire palliatifs permettant notamment de répondre aux besoins des enfants les plus sévèrement atteints (gastrostomie, trachéotomie, nutrition entérale, ...) et dès le plus jeune âge (quelques semaines de vie).

Lorsque ces enfants sont placés sous oxygénothérapie, sous ventilation artificielle ou bénéficient d'une alimentation parentérale, les membres sont formés à la prise en charge de ces patients et à l'utilisation des appareils.

#### La continuité des soins

Elle est assurée par une garde ou par une astreinte médicale et par la présence d'au moins un infirmier la nuit dédiée au service.

#### **Les moyens matériels**

Lorsque la structure assure une prise en charge mixte, adultes et enfants, il convient d'assurer à l'enfant des espaces et une organisation qui lui soient propres.

Les SMR pédiatriques disposent des locaux et des équipements adaptés aux jeunes patients en fonction de leur âge (mobilier, équipement médical...). La structure assure également l'accès à un plateau technique de réadaptation permettant la prise en charge des patients en fonction des pathologies traitées et/ou de certaines reconnaissances contractuelles.

Il est aussi essentiel de tenir compte des spécificités organisationnelles liées à la scolarité) et au besoin de maintien des liens avec les familles (WE, vacances...). Ainsi, les locaux permettent la mise en œuvre d'ateliers de réadaptation, de même que l'accueil de l'entourage et sa participation aux programmes de soins en éducation thérapeutique.

Un accès à l'enseignement scolaire par convention ou sur site (salle équipée dédiée, matériel d'accès à la scolarisation à distance...) doit être organisé.

Des espaces de vies et de jeux intérieurs et extérieurs pour les patients sont nécessaires.