



Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative

**Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins**

Sous direction de l'organisation et du système de soins
Bureau de l'organisation générale de
l'offre régionale de soins

La ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de
la vie associative

à

Mesdames et Messieurs les Directeurs d'Agence
Régionale de l'Hospitalisation
(pour diffusion et exécution)

Mesdames et Messieurs les Préfets de départements
Direction Départementale des Affaires Sanitaires et
Sociales
(pour exécution)

CIRCULAIRE N°DHOS/O1/2008/305 du 03 octobre 2008 relative aux décrets n° 2008-377 du 17 avril 2008
réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation

Date d'application : immédiate

NOR : SJSH0831003C (texte non paru au journal officiel)

Classement thématique : Etablissements de santé

Résumé : La présente circulaire donne les orientations et les éléments nécessaires à la structuration de l'activité de soins de suite et de réadaptation, dans le cadre d'une révision des schémas régionaux d'organisation des soins, à la suite de la publication des décrets du 17 avril 2008 qui réglementent les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement de cette activité de soins.

Mots-clés : soins de suite et de réadaptation, rééducation fonctionnelle, réadaptation, réinsertion, médecine physique et de réadaptation, handicap, projet thérapeutique, équipe pluridisciplinaire, secteur médico-social.

Textes de référence :

Décret DHOS n°2008-377 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de SSR

Décret DHOS n°2008-376 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de SSR

Textes abrogés ou modifiés : néant

Annexes :

- [1 - L'admission en structure de SSR](#)
- [2 - Coordination territoriale en SSR](#)
- [3 - Fiches de prises en charge spécialisées en SSR](#)

Le champ des soins de suite et de réadaptation (SSR) représente un secteur stratégique de l'offre de soins en raison de sa position, entre soins de courte durée et retour à domicile, unités de soins de longue durée (USLD) ou

secteur médico-social, qui lui confère une mission clé : la participation à l'animation des filières de prise en charge.

Le secteur du SSR connaît un développement continu, compte tenu des besoins de soins liés aux maladies chroniques, aux événements de santé invalidants et au vieillissement de la population. Cette offre est également de plus en plus sollicitée du fait de la diminution des durées moyennes de séjour dans le champ MCO au profit de prises en charge de plus en plus techniques. Pour l'ensemble de ces raisons, l'activité de SSR peut constituer une voie d'évolution d'activité pour les établissements appelés à s'engager dans une opération de restructuration de leurs services aigus et/ ou de regroupement des plateaux techniques.

Il est donc particulièrement important de définir précisément ses missions, de nature sanitaire, mais axées sur le retour du patient vers ses lieux de vie et de donner à ce secteur d'activité une lisibilité et une structuration qui lui font aujourd'hui défaut.

I – La structuration de l'activité de soins de suite et de réadaptation

Le décret n°2004-1289 du 26 novembre 2004 relatif à la liste des activités de soins et des équipements matériels lourds soumis à autorisation avait distingué l'activité de soins de suite d'une part, de l'activité de rééducation et réadaptation fonctionnelles d'autre part. Le décret n°2008-377 du 17 avril 2008 les réunit en une seule activité de « soins de suite et de réadaptation ». La réponse au besoin du patient dans le champ SSR fait en effet appel à la totalité des missions qui caractérisent une prise en charge en SSR : les soins, la rééducation et la réadaptation, la prévention et l'éducation thérapeutique, l'accompagnement à la réinsertion. 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 médicale de la structure.

L'activité de soins autorisée (les SSR) se distingue des différentes spécialités médicales qui y sont mises en œuvre et notamment de la médecine physique et de réadaptation (MPR). Cependant, la MPR se situe au cœur du dispositif de prise en charge en SSR, parce qu'elle développe les objectifs, programmes et modalités de soins dans le champ de la rééducation, de la réadaptation et de l'accompagnement à la réinsertion.

Le décret prévoit une seule modalité d'autorisation avec des possibilités de mentions complémentaires :

- une autorisation d'exercer l'activité de soins au seul titre des SSR adultes : cela correspond au SSR indifférencié ou polyvalent ;
- cette autorisation peut être accompagnée de la mention de la prise en charge des enfants et/ adolescents, à titre exclusif ou non ; cette mention est transversale et peut donc être conjuguée avec une ou plusieurs autres mentions listées ci-dessous ;
- la mention d'une ou plusieurs prises en charge spécialisées en SSR pour les catégories d'affections suivantes :
 - affections de l'appareil locomoteur
 - affections du système nerveux
 - affections cardio-vasculaires
 - affections respiratoires
 - affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien
 - affections onco-hématologiques
 - affections des brûlés
 - affections liées aux conduites addictives
 - affections des personnes âgées polyopathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance.
 Un même établissement peut être autorisé au titre de plusieurs de ces prises en charge.

Lorsqu'un établissement est autorisé au titre de la mention enfants/ adolescents et d'une mention de prise en charge spécialisée, les conditions techniques de fonctionnement des mentions sont cumulatives.

Les prises en charge spécialisées en SSR sont de fait plus nombreuses que celles qui sont réglementées, comme par exemple les SSR spécialisés pour la basse vision. Ces activités ne faisant pas l'objet d'une mention réglementaire spécifique devront être prises en compte en tant que de besoin dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens négociés par les établissements autorisés, pour une bonne mise en œuvre dans le cadre des SROS.

Les articles relatifs aux maisons de repos et de convalescence, de régime et de réadaptation fonctionnelle (anciennes annexes 19, 20 et 22 du décret du 9 mars 1956) sont abrogés. Les établissements qui exerçaient une activité au titre de ces articles devront opter, à l'issue de la révision du volet SSR du SROS, soit pour une

orientation SSR soit pour toute autre orientation (médico-sociale,...).

Les établissements de soins de suite ayant donné une orientation de psychiatrie à leur activité pourront opter entre une orientation SSR et une orientation psychiatrie. Pour les établissements relevant des articles D.6124-420 à D.6124-430 (ex-annexe 19), cela entraînera un basculement sur l'ex-annexe 23 (articles D.6124-463 à D.6124-477). A cette fin, vous veillerez à engager en tant que de besoin la révision des différents volets du SROS, afin d'assurer la mise en cohérence des autorisations avec les besoins de vos territoires.

Les maisons d'enfants à caractère sanitaire ont été reconnues comme des établissements de santé exerçant une activité de SSR par l'ordonnance du 4 septembre 2003. De ce fait, les décrets abrogent les dispositions actuelles particulières aux MECS (à l'exception des conditions d'agrément des directeurs de MECS) et leur appliquent les dispositions communes aux structures de SSR pour enfants et adolescents.

II – Les principes d'organisation

Les décrets prévoient certaines dispositions socles d'organisation des structures de SSR, répondant à l'objectif de fluidité de prise en charge des patients :

o L'évaluation des besoins médicaux avant toute admission

L'orientation d'un patient dans une structure de SSR et son admission doivent répondre à un objectif thérapeutique déterminé et régulièrement réévalué. Le SSR ne doit plus être seulement reconnu comme l'aval du MCO, mais comme structure sanitaire apportant une plus-value réelle au patient car permettant une prise en charge globale destinée à lui permettre de retourner dans son lieu de vie d'origine. Ainsi toute admission en SSR doit être précédée d'une évaluation des besoins médicaux (Cf. article D. 6124-177-5) permettant de valider ou non l'adéquation de son orientation. L'[annexe 1](#) apporte des conseils pratiques aux établissements sur les modalités d'organisation de cette évaluation des besoins médicaux. Vous veillerez à ce que les établissements assurent cette procédure.

o La mise en place de coordination en SSR

Compte tenu de la diversité des prises en charge en SSR, de la nécessité d'avoir une lisibilité précise de l'offre pour améliorer la fluidité et la pertinence de la prise en charge des patients, il est indispensable d'organiser des coordinations territoriales de l'offre de soins en SSR. Ces coordinations doivent permettre le rapprochement fonctionnel entre les services de court séjour et de SSR. Ces coordinations doivent jouer un rôle d'animation du réseau (quelque soit sa formalisation) réunissant les professionnels concernés et qui en assurent le pilotage. L'[annexe 2](#) vous apporte des précisions sur ces coordinations, dont je vous demande de veiller à la mise en place.

o L'inscription dans les réseaux particuliers ou filières de prise en charge

L'exercice de l'activité de soins de suite et de réadaptation ne peut en aucun cas être isolé.

Il s'inscrit naturellement dans certaines filières de prise en charge (gériatrie, addiction, brûlés,...). A ce titre, vous veillerez à la bonne articulation entre les circulaires d'organisation des filières de soins et la présente circulaire.

Il s'inscrit également dans un réseau de partenariat, voire un réseau de santé, destiné à garantir aux patients un accès aux compétences ou plateaux techniques indispensables et à assurer son accompagnement jusque dans son milieu habituel de vie, familial, social ou professionnel. Les établissements de santé autorisés au titre du SSR doivent donc développer les coopérations notamment avec les structures médico-sociales (établissements, CLIC, MDPH, UEROS...). C'est à ce titre également que les décrets prévoient que les compétences d'assistante sociale sont nécessaires à toute structure de SSR et qu'il doit être possible que certains professionnels des services de SSR interviennent sur le lieu de vie des patients, pour évaluation, propositions, adaptations, transfert des acquis dans la réalité de vie, en liaison avec les acteurs sanitaires et/ou sociaux qui prendront le relais.

o La mission d'expertise et de recours

Les établissements souhaitant obtenir une mention spécialisée ont l'obligation d'assurer une mission d'expertise et de recours auprès des autres structures SSR polyvalentes ou non, notamment pour l'accès des patients au plateau technique et à des avis spécialisés. Vous vous assurerez donc qu'ils sont en mesure de remplir cette mission ; les fiches techniques (cf. annexe 3) ont vocation à vous aider dans cet exercice. Le SROS ou le SIOS, en fonction des activités considérées, pourront identifier les structures dont la mission d'expertise et de recours relève du niveau régional ou interrégional.

o L'inscription dans le Répertoire opérationnel de ressources (ROR)

Les établissements autorisés en SSR précisent dans le cadre du réseau des urgences, quelles sont leurs

compétences, le profil des patients qu'ils peuvent prendre en charge ainsi que les modalités de cet accueil.

III – Les modalités d'élaboration des volets des SROS relatifs aux SSR

La structuration des SSR sur un territoire doit permettre d'assurer une meilleure lisibilité de l'offre. Le SROS est le premier outil qui permette cette lisibilité. Conformément aux dispositions du décret n° 2008-377 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation, vous réviserez les dispositions des SROS en vigueur dans un délai de dix huit mois à compter du 22 avril 2008, soit au plus tard avant le 22 octobre 2009.

Vous veillerez à ce que cette organisation de l'offre de soins de suite et de réadaptation prenne en compte le besoin de soins en SSR et l'optimisation des structures autorisées. A cet égard, vous vous appuyerez notamment sur les projections du vieillissement de la population et du dimensionnement des capacités d'aval du MCO. L'évaluation du besoin de santé doit également mettre l'accent sur les besoins non couverts : post-aigu, AVC, patients lourds, avec dépendance vitale, « en impasse hospitalière », blocage de filières, maladies rares, etc. Le besoin de soins se décline ensuite dans les projets médicaux de territoire : ceux-ci permettent aux structures de se positionner, au titre du tronc commun en SSR et/ou au titre d'une ou plusieurs offres spécifiques. A ce titre, vous pourrez vous appuyer sur les fiches de prises en charge spécialisées en SSR ci-annexées, dont je vous rappelle qu'elles ne revêtent pas un caractère opposable.

Ces besoins devront atteindre une certaine masse critique en volume pour justifier l'implantation géographique et le degré de technicité des plateaux techniques, afin de maintenir des seuils d'activité suffisants et la présence d'une compétence médicale et paramédicale conforme aux décrets. L'organisation de l'offre s'inscrit là également dans un principe de gradation, à la fois parce que les structures spécialisées ont un rôle de recours et d'expertise vis-à-vis des autres structures autorisées en SSR et pour des raisons d'équilibre économique des plateaux techniques mobilisés. Les structures de SSR doivent être développées sur l'ensemble du territoire à un bon niveau de proximité, au sein d'établissements de santé publics et privés, y compris en CHU et en hôpital local, afin de servir au mieux les objectifs de rééducation, de réadaptation et de réinsertion. Néanmoins, les structures de SSR assurant des prises en charge spécifiques doivent pouvoir desservir un territoire et une population dont la dimension permette d'optimiser le fonctionnement du plateau technique et humain de la structure.

Au niveau national, les objectifs quantifiés de l'offre de soins en SSR globaliseront désormais les OQOS « soins de suite » et OQOS « rééducation et réadaptations fonctionnelles ». Il vous est possible, au niveau régional, de distinguer des OQOS par catégories de prises en charge pour plus de lisibilité.

Enfin, vous veillerez à prendre en compte l'évolution des modes de prise en charge vers le secteur ambulatoire.

IV. Traitement des autorisations dans l'attente de la diffusion du SROS révisé

La nouvelle rédaction de l'article R.6122-25 s'appliquera à la date de publication du SROS révisé (échéance fin octobre 2009).

La publication des décrets n'entraîne pas un gel des demandes d'autorisation pendant la période transitoire.

- Les demandes de création ou d'extension en soins de suite et de RRF pourront être instruites jusqu'à la publication du SROS révisé, sur la base du SROS actuel et des objectifs quantifiés en soins de suite et en RRF. Les autorisations délivrées pendant cette période transitoire ne peuvent pas prendre en compte la structuration de l'activité de SSR telle que prévue par les décrets du 17 avril 2008 et notamment les mentions spécialisées.
- Les autorisations de soins de suite ou de RRF qui arrivent à expiration avant la publication du SROS révisé et l'ouverture de la fenêtre pour le dépôt des demandes d'autorisation en SSR, voient leur autorisation tacitement prolongées jusqu'au traitement de leur demande d'autorisation en SSR. La prolongation tacite de leur autorisation n'entraîne pas une transformation tacite de leur autorisation de soins de suite ou de RRF en SSR.

Dans ces deux cas, les établissements devront cependant déposer un dossier de demande tel que prévu par l'article R.6122-28 pour obtenir une autorisation de SSR.

Un fonds documentaire sur l'activité de SSR sera consultable sur le site PARTHAGE. Ce fonds, à vocation purement informative, comportera notamment la synthèse des recommandations des groupes de travail adulte et enfant sur les soins de suite et de réadaptation.

Je vous prie de bien vouloir assurer la diffusion de cette circulaire et de ses annexes aux établissements de santé et me faire part des difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer dans sa mise en œuvre, en prenant contact le cas échéant avec Laëtitia CHEVALIER, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, Sous-direction de l'organisation du système de soins, Bureau de l'organisation générale de l'offre régionale des soins, au 01.40.56.74.34, ou par mél : laetitia.chevalier@sante.gouv.fr.

Pour la Ministre de la santé,
de la jeunesse, des sports et de la vie associative
et par délégation,

Annie PODEUR
Directrice de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins

Annexe 1 - L'ADMISSION EN STRUCTURE DE SSR

Il convient d'accueillir en SSR uniquement le patient pour lequel un projet thérapeutique pourra être défini en termes d'objectifs de soins médicaux, de rééducation et de réadaptation. L'orientation et l'admission en structure de SSR doivent être pertinentes et adéquates, c'est à dire réfléchies et non le résultat du hasard des disponibilités, de façon à correspondre au projet thérapeutique et social.

Chaque admission en structure de SSR doit donc faire l'objet d'une évaluation des besoins médicaux préalable synthétisée sous forme de « fiche de pré-admission médicale » 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 SSR.

Les admissions en structures de SSR en provenance du court séjour

L'admission en structure de soins de suite et de réadaptation est préparée dès le court séjour. Outre l'information verbale, un document d'information et d'accueil est remis au patient et/ou à son entourage. De façon générale, il est indispensable d'améliorer les échanges d'informations entre structures de court séjour et de SSR, d'enrichir leurs articulations, de façon à ce que l'arrivée du patient puisse être préparée, tant en aval qu'en amont, afin également de prévoir des éventuels retours en court séjour en cas de complication et de dégradation de l'état de santé.

Les admissions directes en structure de SSR

Les admissions directes du domicile, sans passage par le court séjour, apparaissent de deux ordres : en situation d'urgence, sur prescription du médecin traitant, 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. L'admission directe peut également répondre à un besoin d'expertise, de bilans, ou de suivi d'un patient au long cours.

Cependant, il convient de s'assurer qu'une évaluation des besoins a été faite en amont. L'admission directe en SSR répond aux critères suivants : le diagnostic est posé et le traitement établi. L'admission directe en structure de SSR fait également l'objet d'une fiche de pré-admission.

Les modalités d'organisation de l'évaluation préalable à l'admission

En vertu de l'article D.6124-177-5, tous les établissements autorisés en SSR doivent mettre en place un outil permettant d'évaluer l'adéquation de l'orientation du patient aux prises en charge qu'ils offrent. Cet outil est un document établi de façon partagée entre le médecin prescripteur et le médecin de la structure SSR.

Il doit comporter les rubriques minimales suivantes :

- Renseignements administratifs sur le prescripteur de SSR (service hospitalier, médecin libéraux)
- Renseignements administratifs sur le patient
- Renseignements sur l'environnement social du patient
- Renseignements sur l'état du patient : état somatique (stabilisation ou pas, état cutané, infection à BMR,...) / capacités fonctionnelles, appareillage / communication : vision, audition, expression, compréhension / état psychologique
- Contenu de la prescription médicale de SSR : pathologies, ressources requises, objectifs de réadaptation, date intervention chirurgicale,...
- Traitement médicamenteux en cours
- Soins infirmiers nécessaires (ventilation, aspiration,...)
- Prises en charge assurées dans l'établissement :
 - o évaluation
 - o examens
 - o soins médicaux (spécifiques ou non)
 - o introduction / suivi / arrêt traitement médicamenteux
 - o éducation thérapeutique
 - o réadaptation – réinsertion sociale / professionnelle
 - o rééducation (spécifiques ou non)
 - o soins palliatifs

Si l'établissement met en place un recueil informatisé de ces données, il doit au préalable faire les démarches nécessaires auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL).

Annexe 2 - COORDINATION TERRITORIALE EN SSR

Pour développer une plus grande efficacité à la fois dans l'organisation territoriale, les filières et les flux des patients, l'adéquation des orientations et les articulations avec les autres secteurs, il est très souhaitable de favoriser la mise en place de coordinations des SSR sur des territoires identifiés. Cela permettra d'éviter que chaque établissement ou service de SSR ait à répondre, isolément, à l'ensemble des enjeux d'une coordination avec tous les acteurs d'un territoire.

Ces coordinations ont pour missions :

- d'aider à recenser et référencer l'offre de SSR accessible à partir d'un territoire donné, d'identifier les besoins et les lacunes, de rendre lisible le fonctionnement de filières de prise en charge, de contribuer à l'élaboration des projets médicaux de territoire et au suivi de la réalisation du SROS, de favoriser les échanges et la communication inter établissements et services entre professionnels des SSR pour construire une dynamique de réseau ;
- de favoriser le rapprochement fonctionnel entre les services de court séjour et les SSR, d'animer le réseau ainsi constitué, de développer les outils et supports de transmission et d'échanges (fiches d'admission communes, supports informatiques, site internet, ...) d'être force d'appui, d'expertise et de conseil auprès des services d'amont, de faciliter la souplesse des interventions des professionnels pour répondre à des besoins ponctuels, d'être force de proposition pour mettre en place des réponses adaptées aux besoins sur le plan sanitaire ;
- d'être l'interlocuteur privilégié des dispositifs et acteurs des secteurs d'aval (personnes âgées, personnes handicapées, enfance, médecine de ville, services de soins à domicile, associations...) pour faire part des besoins issus de la sortie des personnes de SSR et contribuer à la mise en place de réponses adaptées sur le plan social et médico-social.

Ces missions pourront donner lieu à la définition d'un cahier des charges de la coordination des SSR. Enfin, selon la taille et l'importance des territoires concernés, ces coordinations interviennent sur l'ensemble des champs soulignés, ou peuvent s'organiser sur des champs particuliers.

Ces coordinations reposent sur la mise en place d'un dispositif léger. Elles peuvent s'appuyer sur un organisateur formé aux techniques d'analyse de données, au management des équipes et apte à animer la conception et la mise en œuvre d'une politique en SSR conforme au SROS. Les coordinations des SSR ont ainsi été développées en région Rhône-Alpes¹.

La mise en place d'outils web est recommandée pour aider les établissements MCO et SSR dans leur travail d'orientation et de transfert d'un patient dans la structure de SSR la plus adaptée à son projet de rééducation et réadaptation. Cet outil doit offrir les services suivants :

- standardisation des demandes,
- annuaire des structures SSR,
- aide au choix de la structure SSR la plus appropriée,
- le recours à la télématique,
- la proposition de réseaux.

¹ Site internet de la coordination des SSR Rhône-Alpes : www.rhonereadapt.com et <http://trajectoire.sante-ra.fr>

Annexe 3 – FICHES DE PRISES EN CHARGE SPECIALISEES EN SSR

Les fiches de prise en charge spécialisées en SSR 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 SSR.

*Pour les ARH 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 SSR.

Ces fiches ont pour objectif de décrire de façon synthétique les **principaux éléments discriminants des prises en charge spécialisées en SSR par rapport à une prise en charge en SSR polyvalent**. A cet effet, elles abordent :

1. Les critères d'orientation pour une prise en charge spécialisée en SSR

2. Les services attendus au titre de la spécialisation

* En termes de **patients** pris en charge : c'est-à-dire quelles sont les caractéristiques des patients les plus « lourds » qui doivent pouvoir être pris en charge (et non l'ensemble des patients pris en charge dans les établissements autorisés en SSR avec une mention complémentaire).

* En termes de **pathologies** spécifiques prises en charge : c'est-à-dire quelles sont les grands groupes de pathologies que l'établissement doit notamment être en capacité de prendre en charge car relevant plus particulièrement d'une prise en charge spécialisée (et non la liste de l'ensemble des pathologies susceptibles d'orientation SSR spécialisés). **Cette liste est non limitative.**

* En termes de **compétences** : c'est-à-dire quelles sont les compétences que l'établissement doit être en mesure d'apporter (et non l'ensemble des compétences disponibles dans les SSR spécialisés).

3. Les moyens matériels

* Eléments obligatoires tels que prévus dans le décret relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de SSR.

* 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 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 SSR avec une mention complémentaire).

PREAMBULE

Certains éléments communs aux prises en en SSR méritent d'être rappelés ici en préalable.

1. Les objectifs généraux des programmes de rééducation, de réadaptation et de réinsertion, sont les suivants :

- ◇ *Lorsque le programme de rééducation, réadaptation et réinsertion s'inscrit dans le traitement curatif d'une déficience dont la récupération complète est espérée :*
 - 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, s'ajoutent les objectifs suivants qui relèvent plus particulièrement des structures de prise en charges spécialisées :*
 - Evaluer et limiter les conséquences fonctionnelles de l'aggravation dans le cas de pathologies évolutives, prévenir les déformations, maintenir les fonctions.
 - Assurer 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 réadaptation 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.
 - Contribuer régulièrement au suivi médical ou rééducatif, aux traitements médicaux.

2. Les modes de prise en charge dépendent de :

- l'état clinique du patient,
- son degré d'autonomie,
- son environnement familial,
- et de la proximité du domicile.

Il s'agit d'hospitalisation complète, de semaine ou d'hôpital de jour ou de traitement et de cure ambulatoires ou d'hospitalisation à domicile. Ces différents modes de prise en charge peuvent se succéder selon l'évolution du besoin.

La ré-hospitalisation directe dans la structure doit être possible pour des bilans d'expertise, ajustements thérapeutiques et traitements de complications.

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 assurées au sein de la structure de SSR ou en relation directe avec celle-ci.

3. Les objectifs communs aux structures autorisées avec la mention « enfants/ adolescents » sont les suivants :

- 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.
- La structure prenant en charge des enfants ayant des déficiences et handicaps chroniques doit pouvoir assurer l'organisation du relais avec une structure adulte le moment venu.

FICHE A) LA PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR EN SSR

Les objectifs spécifiques de la prise en charge

Outre les objectifs généraux précisés en page 2, la prise en charge spécialisée des affections de l'appareil locomoteur en SSR a pour objectif la mise en œuvre des procédures permettant de prévenir ou de réduire au minimum les conséquences des traumatismes ou des affections de l'appareil locomoteur sur l'état physique, fonctionnel, mental et social du patient. Elle doit lui permettre de retrouver des aptitudes de posture, d'équilibre et de coordination gestuelle, nécessaires à une mobilité, des transferts et des déplacements réalisés de façon autonome et qui soient compatibles avec ses habitudes de vie.

L'orientation

L'orientation d'un patient pour une prise en charge spécialisée en SSR « locomoteur » 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 stabilisé, mais que les explorations quant au diagnostic principal soient effectuées.

Les services attendus au titre de la spécialisation

▪ 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 multidisciplinaire d'au moins deux heures par jour pour l'adulte et d'au moins une heure par jour pour l'enfant ;
- la mise en place, le suivi et / ou l'adaptation d'appareillage ou d'aides techniques ;
- 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...).

▪ Les pathologies spécifiques prises en charge

Certaines pathologies relèvent plus particulièrement d'une prise en charge spécialisée. A ce titre, la structure autorisée doit être capable de prendre en charge une ou plusieurs des pathologies / situations suivantes¹ : polytraumatismes ; traumatologie du rachis ; suites d'amputations ; scoliose évolutive ; affections neuromusculaires ; chirurgie du handicap ; ostéochondrite et épiphysiolyse pour les SSR autorisés avec la mention enfants/ adolescents.

▪ Les compétences

Compétences médicales obligatoires : MPR ou médecin justifiant d'une formation attestée en MPR,

Compétences non médicales obligatoires : IDE, assistant de service social, masseur-kinésithérapeute et ergothérapeute.

Compétences recommandées : chirurgien orthopédiste et rhumatologue notamment.

La structure peut également apporter une prise en charge par : ortho-prothésiste, podologue, équipe d'insertion sociale et professionnelle, éducateur, enseignant en activité physique adaptée, diététicien, 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 infectiologue, psychiatre, douleur,...).

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

▪ Eléments obligatoires² :

En complément des articles D.6124-177-7 et D.6124-177-8 (conditions générales des espaces de rééducation), la structure doit disposer sur place d'équipement d'électrophysiothérapie et d'installation de balnéothérapie.

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.

▪ Eléments spécifiques minimaux souhaitables:

- Plateau de kinésithérapie avec appareils d'isocinétisme, différentes techniques de physiothérapie notamment pour le traitement de la douleur (chaleur, électrostimulation, protoxyde d'azote ...), équipements pour la rééducation de l'équilibre et de la marche, le réentraînement à l'effort (cycloergomètre, tapis roulant, ...).
- Salle de sport
- Plateau d'ergothérapie avec équipements pour la rééducation analytique et globale du geste et de la fonction, la réalisation de petits appareillages et la réadaptation au milieu familial et éventuellement professionnel.
- Accès à un EMG sur place ou par convention
- Accès à un atelier fauteuil roulants (adaptations spécifiques et maintenance)

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.

¹ Liste non limitative.

² Cf. Décret relatif aux conditions techniques de fonctionnement des activités de SSR

FICHE B) LA PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS DU SYSTEME NERVEUX EN SSR

Les objectifs spécifiques de la prise en charge

Outre les objectifs généraux précisés en page 2, la prise en charge spécialisée des affections du système nerveux en SSR 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, que ce soit au décours d'une hospitalisation en court séjour ou depuis le domicile dans le cadre du suivi d'affections neurologiques.

L'orientation

L'orientation d'un patient pour une prise en charge spécialisée des affections du système nerveux en SSR 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 stabilisé, mais que les explorations quant au diagnostic principal soient effectuées.

Les services attendus au titre de la spécialisation

▪ 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 multidisciplinaire d'au moins deux heures par jour pour l'adulte et d'au moins une heure par jour pour l'enfant ;
- la mise en place, le suivi et/ou l'adaptation de l'appareillage ou d'aides techniques ;
- une surveillance médicale et/ou un traitement médical important, en raison de facteurs de co-morbidité, ou de risques clinique / 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

Certaines pathologies relèvent plus particulièrement d'une prise en charge spécialisée. A ce titre la structure autorisée doit être capable de prendre en charge une ou plusieurs des pathologies/ situations suivantes³ : AVC avec troubles cognitifs, traumatismes crânio-encéphaliques graves ; pathologies médullaires ; affections démyélinisantes et pathologies neuro-musculaires quand un problème spécifique se surajoute (perte de marche/ spasticité/ troubles ventilatoires) ; maladies musculaires (dystrophies musculaires et myopathies) et neuro-dégénératives, paralysie cérébrale, polyhandicaps lourds.

▪ Les compétences

Compétences médicales obligatoires : accès à un MPR et un neurologue.

Compétences non médicales obligatoires : IDE, assistant de service social, masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste et psychologue.

Compétences recommandées : neurochirurgien, orthopédiste, orthoprothésiste, podologue, diététicien, animateur, enseignant en activité physique adaptée, éducateur, équipe d'insertion sociale et professionnelle, psychiatre, algologue, urologue, sexologue.

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

Les moyens matériels

▪ Eléments obligatoires ⁴ :

En complément des conditions générales prévues aux articles D.6124-177-7 et D.6124-177-8, la structure doit avoir accès (sur place ou par convention) à un plateau technique permettant de réaliser des examens d'électromyographie et d'électroencéphalographie ainsi qu'à un laboratoire d'urodynamique et un laboratoire d'analyse du mouvement.

▪ Eléments spécifiques minimaux souhaitables:

- Plateau de kinésithérapie avec équipements d'isocinétisme, différentes techniques d'électro-physiothérapie notamment pour le traitement de la douleur, la reprogrammation neuromusculaire, stimulation électrique fonctionnelle, rééducation de l'équilibre et de la marche, le réentraînement à l'effort...
- Plateau d'ergothérapie : équipé pour la rééducation analytique et globale du geste et de la fonction, la réalisation de petits appareillages, la réadaptation au milieu familial et éventuellement professionnel (avec cuisine, salle de bain, voire chambre non médicalisée)
- Plateau d'orthophonie et neuropsychologie équipé de matériels de rééducation neuropsychologique, du langage, de la communication et en particulier avec support informatique.
- Accès à un atelier d'appareillage et/ou d'ajustement d'aides techniques ou technologiques (communication, interaction avec l'environnement, informatique)
- Accès à un atelier de fauteuil roulant
- Salle de sport
- L'accès à une unité de réanimation médicale ou de soins intensifs.

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.

³ Liste non limitative.

⁴ Cf. Décret relatif aux conditions techniques de fonctionnement des activités de SSR

FICHE C) LA PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES EN SSR

Les objectifs spécifiques de la prise en charge

Outre les objectifs généraux précisés en page 2, la prise en charge spécialisée des affections cardio-vasculaires en SSR a pour objectif la réadaptation cardiovasculaire. La réadaptation cardiovasculaire est 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, mentale et sociale possible.

L'orientation

L'orientation d'un patient pour une prise en charge spécialisée en SSR « cardio-vasculaire » est liée à l'existence d'un risque élevé de complication et/ ou de décompensation au cours de la réadaptation cardiovasculaire. Son état est stabilisé.

Pour l'adulte, il existe trois niveaux de risque (faible, intermédiaire et élevé) définis par la société française de cardiologie (voir ci-après les critères pour la stratification du risque évolutif) et permettant de déterminer les modalités de la prise en charge et de la surveillance.

Les services attendus au titre de la spécialisation

▪ Les patients pris en charge

La structure autorisée doit être capable de prendre en charge des patients à risque élevé et pouvant nécessiter :

- une rééducation complexe et intensive ; c'est à dire multidisciplinaire d'au moins 3 heures par jour ;
- une surveillance médicale et/ou un traitement médical important, en raison de facteurs de co-morbidité, ou de risques clinique / 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

Certaines pathologies relèvent plus particulièrement d'une prise en charge spécialisée. A ce titre, la structure autorisée doit être capable de prendre en charge une ou plusieurs des pathologies/ situations suivantes⁵ : cardiopathie avec ischémie résiduelle sévère, insuffisances cardiaques sévères, rééducation post greffe ou chirurgie cardiaque ; les complications de la chirurgie cardiaque ; les cardiopathies congénitales pour les SSR autorisés avec la mention enfants/ adolescents.

▪ Les compétences

Compétences médicales obligatoires : cardiologue (présent sur site pendant les phases de réadaptation).

Compétences non médicales obligatoires : IDE, assistant de service social, masseur-kinésithérapeute et diététicien.

Compétences médicales recommandées : MPR, diabétologue ou médecin nutritionniste, psychiatre, pneumologue, tabacologue.

L'équipe paramédicale peut comporter d'autres spécialités telles qu'un ergothérapeute, un enseignant en activité physique adaptée, un psychologue. Il est impératif que ce personnel soit formé aux gestes d'urgence et à la réadaptation cardiaque.

La continuité des soins

Elle 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.

Une intervention médicale en urgence doit être possible à tout moment. La possibilité d'un transfert à tout moment des patients vers une unité de soins intensifs doit être organisée par convention.

Les moyens matériels

▪ Eléments obligatoires⁶ :

En complément de l'article D.6124-177-7 (conditions générales sur les espaces de rééducation), la structure doit disposer sur place de :

- Matériel pour échographie cardiaque
- Equipement pour test d'effort
- Equipement pour monitoring par télémétrie
- Chariot d'urgence et de réanimation cardiaque situé à proximité du plateau technique
- 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)

▪ Eléments spécifiques minimaux souhaitables

- Plateau de reconditionnement à l'effort (bicyclette, tapis roulant, autres types d'ergomètres adaptés aux handicaps des patients pris en charge...)
- Fluides médicaux en salle d'épreuve d'effort et de rééducation
- Système d'épreuve d'effort cardio-respiratoire avec analyse de la consommation d'oxygène
- Saturomètre
- Système de surveillance électro-cardiographique ambulatoire continue des patients avec mémorisation des événements
- Cardio-fréquencemètres
- Salle de sport

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.

⁵ Liste non limitative.

⁶ Cf. Décret relatif aux conditions techniques de fonctionnement des activités de SSR

**CRITERES UTILISES POUR LA STRATIFICATION DU RISQUE EVOLUTIF DU PATIENT CARDIAQUE
ET POUR LA PRESCRIPTION DE SON ENTRAINEMENT PHYSIQUE**

Recommandations de la Société française de cardiologie concernant la pratique de la réadaptation cardiovasculaire chez l'adulte Version 2
Archives des maladies du cœur et des vaisseaux, tome 95, n° 10, octobre 2002.

Niveau de risque	
Faible	<ul style="list-style-type: none"> - évolution clinique hospitalière non compliquée (pas de récurrence ischémique, d'insuffisance cardiaque ou d'arythmie ventriculaire ; - bonnes capacités fonctionnelles (>6 METS) à distance (3 semaines ou plus) de la phase aiguë ; - fonction ventriculaire gauche systolique conservée ; - pas d'ischémie myocardique résiduelle au repos ou à l'effort - pas d'arythmie ventriculaire sévère au repos ou à l'effort.
Intermédiaire	<ul style="list-style-type: none"> - capacités fonctionnelles moyennes (5-6 METS) à distance (3 semaines ou plus) de la phase aiguë ; seuil ischémique élevé ; - fonction ventriculaire gauche systolique modérément altérée ; - ischémie myocardique résiduelle modérée et/ ou sous-décalage du segment ST inférieur à 2 mm au test d'effort ou ischémie myocardique réversible lors des explorations isotopiques ou écho cardiographiques ; - arythmie ventriculaire peu sévère (classe I ou II de Lown) au repos ou à l'effort.
Elevé	<ul style="list-style-type: none"> - évolution clinique hospitalière compliquée (insuffisance cardiaque, choc cardiogénique et/ ou arythmie ventriculaire sévère) ; - survivants de mort subite ; - capacités fonctionnelles basses (<5 METS) à distance (3 semaines ou plus) de la phase aiguë ; - fonction ventriculaire gauche sévèrement altérée (fraction d'éjection < 30%) ; - ischémie myocardique résiduelle sévère (angor d'effort invalidant, seuil ischémique bas et/ ou sous-décalage du segment ST > 2mm à l'électrocardiogramme d'effort) ; - arythmie ventriculaire complexe (classe III, IV et V de Lown) au repos ou à l'effort. -

Tableau adapté des recommandations de la Société européenne de cardiologie et
de l'*American Association of Cardiovascular and pulmonary rehabilitation*.

FICHE D) LA PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS RESPIRATOIRES EN SSR

Les objectifs spécifiques de la prise en charge

Outre les objectifs généraux précisés en page 2, la prise en charge spécialisée des affections respiratoires en SSR consiste à accueillir les patients atteints d'affections broncho-pulmonaires, avec un handicap respiratoire transitoire ou permanent, lorsque leur état ne nécessite plus leur maintien en service aigu ou ne leur permet plus de rester à domicile, mais exige un traitement et une surveillance spécialisés avant leur retour à domicile. La réhabilitation respiratoire est un traitement basé sur des évidences, fait par une équipe multidisciplinaire, en accord avec le patient porteur d'une maladie respiratoire chronique ayant une diminution de ses activités quotidiennes et constituant un programme individualisé à partir des besoins du malade.

L'orientation

L'orientation d'un patient pour une prise en charge spécialisée en SSR «affections respiratoires» est liée à l'existence d'une insuffisance respiratoire sévère à l'origine d'un risque élevé de décompensation.

Les services attendus au titre de la spécialisation

▪ Les patients pris en charge

La structure autorisée doit être capable de prendre en charge :

- des patients insuffisants respiratoires sévères ;
- des patients sous assistance respiratoire et /ou ventilés chroniques ;
- des patients pouvant nécessiter :
 - o une rééducation complexe et intensive ; c'est-à-dire multidisciplinaire d'au moins deux heures par jour ;
 - o 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 ;
 - o 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

Certaines pathologies relèvent particulièrement d'une prise en charge spécialisée. A ce titre, la structure autorisée doit être capable de prendre en charge une ou plusieurs des pathologies/ situations suivantes⁷ : la BPCO stade 3 et 4 (chez l'adulte), l'asthme difficile, le syndrome d'apnée du sommeil, la rééducation post chirurgie thoracique, la mucoviscidose, les bronchectasies (ou les dysplasies broncho-pulmonaires pour les SSR autorisés avec la mention enfants/ adolescents), les complications respiratoires des affections neurologiques ou neuromusculaires, les complications respiratoires de l'obésité morbide, les complications respiratoires et ORL des maladies génétiques, des pathologies congénitales, et des malformations congénitales pour les SSR autorisés avec la mention enfants/ adolescents.

▪ Les compétences

Compétences médicales obligatoires : accès à un pneumologue.

Compétences non médicales obligatoires : IDE, assistant de service social, masseur-kinésithérapeute.

Compétences recommandées : MPR, ergothérapeute, psychomotricien, diététicien, psychologue, enseignant en activité physique adaptée, tabacologue pour l'adulte, algologue.

Outre la formation à la prise en charge de l'urgence respiratoire prévue à l'article D.6124-177-35, 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 :

Elle 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. L'accès à une unité de réanimation médicale ou de soins intensifs est organisé par convention.

Les moyens matériels

▪ Éléments obligatoires⁸ :

En complément de l'article D.6124-177-7 (conditions générales sur les espaces de rééducation), la structure doit disposer de :

- ventilation mécanique non invasive ;
- oxygénothérapie ;
- équipements permettant les gestes d'urgence et de réanimation respiratoire, notamment l'intubation trachéale, les nébulisations de bronchodilatateurs, l'oxygénothérapie nasale et la surveillance continue de la saturation en oxygène ;
- espaces et équipements nécessaires au drainage bronchique, aux massages et au réentraînement à l'effort ;
- accès à une unité de réanimation médicale ou de soins intensifs adaptés ;
- accès à un plateau technique d'explorations pneumologiques permettant au minimum la réalisation de radiographies du thorax, d'explorations fonctionnelles respiratoires au repos et à l'effort, de fibroscopies bronchiques et la mesure des gaz du sang.

▪ Éléments spécifiques minimaux souhaitables :

- test de marche de 6 minutes ;
- pléthysmographe ;

⁷ Liste non limitative.

⁸ Cf. Décret relatif aux conditions techniques de fonctionnement des activités de SSR

-
- salle de sport ;
 - équipement pour oxygénothérapie continue et de déambulation.

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.

FICHE E) LA PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS DES SYSTEMES DIGESTIF, METABOLIQUE ET ENDOCRINIEN EN SSR

Les objectifs spécifiques de la prise en charge

Outre les objectifs généraux précisés en page 2, la prise en charge spécialisée des affections digestives, métaboliques et endocriniennes en SSR a pour objectif d'influencer favorablement le processus évolutif des maladies et 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, mentale et sociale possible, ainsi qu'une meilleure qualité de vie.

L'orientation

L'orientation d'un patient pour une prise en charge spécialisée en SSR « digestif » 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.

Les services attendus au titre de la spécialisation

▪ Les patients pris en charge

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

- une rééducation complexe, c'est-à-dire multidisciplinaire ; et intensive, c'est-à-dire d'au moins trois heures par jour ;
- 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 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. A ce titre, la structure autorisée doit être capable de prendre en charge une ou plusieurs des pathologies/ situations suivantes⁹ : 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 dystotricités sévères pour les SSR autorisés avec la mention enfants/ adolescents.

▪ Les compétences

Compétences médicales obligatoires : accès à un endocrinologue ou gastro-entérologue ou médecin justifiant d'un DESC nutrition.

Compétences non médicales obligatoires : IDE, assistant de service social, diététicien, psychologue et masseur-kinésithérapeute.

Compétences recommandées :

La structure doit pouvoir faire appel à des spécialistes permettant la prise en charge des complications des patients (cardiologue, chirurgien viscéral, psychiatre, alcoologue, MPR, pneumologue...).

L'équipe pluridisciplinaire peut également comporter les compétences d'ergothérapeute, enseignant en activité physique adaptée.

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, par la présence d'au moins un infirmier de nuit.

Les moyens matériels

▪ Éléments obligatoires¹⁰ :

En complément du D.6124-177-7 (conditions générales des espaces de rééducation), la structure doit disposer sur place de locaux appropriés à 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 minimaux attendus :

- cuisine éducative
- locaux, mobilier et salle de réadaptation adaptés au poids des patients
- salles d'éducation de groupe
- un parc de pompes de nutrition entérale ou parentérale
- parcours marche extérieur
- salle de sport

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.

⁹ Liste non limitative.

¹⁰ Cf. Décret relatif aux conditions techniques de fonctionnement des activités de SSR

FICHE F) LA PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS ONCO-HEMATOLOGIQUES EN SSR

Les objectifs spécifiques de la prise en charge

Outre les objectifs généraux précisés en page 2, chez l'adulte, la prise en charge spécialisée en SSR des affections onco-hématologiques concerne exclusivement les hémopathies malignes. Chez l'enfant, cette prise en charge peut également concerner les affections oncologiques.

La prise en charge constitue un temps intermédiaire entre les soins aigus et le suivi ambulatoire dans la filière de soins 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 SSR « onco-hématologique » 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 services attendus au titre de la spécialisation

▪ 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 :
 - o la mise en place et/ ou la poursuite d'une antibiothérapie majeure;
 - o 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 ;
 - o 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

Les soins de suite et de réadaptation pour pathologies onco-hématologiques nécessitent une prise en charge spécialisée s'inscrivant dans le cadre d'une filière de soins hématologiques pour l'adulte ou onco-hématologiques pour l'enfant.

▪ Les compétences

Compétences obligatoires : IDE, assistant de service social

Compétence recommandée : médecin qualifié spécialiste en hématologie ou médecin présentant une expérience ou une formation attestées en onco-hématologie

L'équipe pluridisciplinaire peut comporter les compétences de psychologue, diététicien(ne), masseur-kinésithérapeute et personnel éducatif (animateur socioculturel, aide médico-psychologique...).

Lorsque la structure SSR prend en charge des enfants/ adolescents, le personnel éducatif doit être formé à leur prise en charge.

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 :

Éléments spécifiques minimaux souhaitables

- Possibilité de chambres à 1 lits

FICHE G) LA PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS DES BRULÉS EN SSR

Les objectifs spécifiques de la prise en charge

Outre les objectifs généraux précisés en page 2, la prise en charge spécialisée des brûlés en SSR 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 SSR « brûlés » est liée à l'existence d'un enjeu fonctionnel et d'un potentiel de récupération, d'un enjeu esthétique, la nécessité de soins de pansement spécialisés ou des 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 services attendus au titre de la spécialisation

▪ 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 multidisciplinaire d'au moins deux heures par jour pour l'adulte et d'au moins une heure par jour pour l'enfant ;
- 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 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...).

▪ Les pathologies spécifiques prises en charge

Certains types de brûlures relèvent plus particulièrement d'une prise en charge spécialisée (les brûlures profondes et/ ou étendues obligatoirement). A ce titre, la structure autorisée doit être capable de prendre en charge les brûlures graves (profondes et/ou étendues), les brûlures avec atteinte d'une zone vitale (face), fonctionnelle (plis de flexion, mains, thorax, face, cou) ou particulière comme le périnée, 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 de rééducation et/ ou de réadaptation¹¹.

▪ Les compétences

Compétences médicales obligatoires : MPR ou médecin brûlologue.

Compétences non médicales obligatoires : IDE, assistant de service social, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute, diététicien, psychologue, prothésiste ou orthésiste.

Compétences recommandées : MPR avec expérience ou formation attestée en brûlure, chirurgien plasticien et spécialiste de la main, algologue, psychiatre, nutritionniste, ophtalmologue, ORL, cardiologue, neurologue, pneumologue, etc.

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

Eléments obligatoires ¹² :

En complément du D.6124-177-7 (conditions générales sur les espaces de rééducation), la structure doit disposer d'installation de balnéothérapie et d'un accès (sur place 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.

Eléments spécifiques minimaux attendus :

- Au moins une douche filiforme.
- 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 permettent des soins sous antalgie (analgésie ou éventuellement anesthésie en fonction l'état du patient).
- Un atelier de couture (confection de vêtements compressifs).
- Des 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.

¹¹ Liste non limitative.

¹² Cf. Décret relatif aux conditions techniques de fonctionnement des activités de SSR

FICHE H) PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS LIEES AUX CONDUITES ADDICTIVES EN SSR

Les objectifs spécifiques de la prise en charge

Outre les objectifs généraux précisés en page 2, cette prise en charge a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, et sociales des personnes ayant une conduite addictive aux substances psychoactives, associées ou non à d'autres addictions comportementales, et de promouvoir leur réadaptation.

L'orientation

L'orientation d'un patient pour une prise en charge spécialisée en SSR « addictologie », après sevrage simple ou après des soins résidentiels complexes, est liée à une addiction avec mésusage sévère et le plus souvent une dépendance souvent avec une polyconsommation et des difficultés sociale et psychologique.

Les patients doivent être stabilisés sur le plan somatique.

Les services attendus au titre de cette spécialisation

Les patients pris en charge

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

- pouvant nécessiter une réadaptation complexe et intensive ; c'est à dire multidisciplinaire d'au moins 5 H par jour ;
- pouvant présenter au premier plan des troubles des fonctions cognitives ;
- pouvant présenter des troubles psychologiques ou psychiatriques.

Les pathologies spécifiques prises en charge

La prise en charge des conduites addictives en SSR spécialisé s'inscrit dans le cadre d'une collaboration avec tous les niveaux du dispositif de soin en addictologie, en amont et en aval du séjour, selon la circulaire n° DGS/6B/DHOS/O2/2007/203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation de la prise en charge en addictologie, les objectifs du volet addiction des SROS, ainsi que les schémas régionaux médico-sociaux en addictologie. Les structures de soins de suite et de réadaptation en addictologie sont une des composantes des structures addictologiques de recours, de niveau 2, éventuellement 3.

Les compétences

Compétences médicales obligatoires : médecin disposant d'une formation ou d'une expérience attestée en addictologie.

Compétences non médicales obligatoires : IDE, assistant de service social

Compétences recommandées : psychologue, ergothérapeute, diététicien et personnel éducatif (éducateur spécialisé, moniteur éducateur, animateur socioculturel, aide médico-psychologique...),

En fonction du projet thérapeutique, l'équipe soignante peut être complétée par les professionnels suivants : éducateur technique, moniteur d'atelier, éducateur sportif, psychomotricien, masseur-kinésithérapeute, enseignant en activités physiques adaptées,...

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

Le recours à des avis spécialisés, en particulier en psychiatrie, gagnera à être prévu.

La continuité des soins

Elle est assurée par une garde ou une astreinte médicale soit éventuellement par convention avec une garde externe et par la présence d'une infirmière la nuit.

FICHE I) LA PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS DE LA PERSONNE AGÉE POLYPATHOLOGIQUE, DÉPENDANTE OU À RISQUE DE DÉPENDANCE EN SSR

Les objectifs spécifiques de la prise en charge

Outre les objectifs généraux précisés en page 2, les objectifs de cette prise en charge sont de favoriser l'entretien ou la récupération de capacités physiques et psychiques les plus satisfaisantes possible, dans les suites d'un épisode aigu survenu chez des patients âgés souffrant d'une ou de plusieurs maladies chroniques invalidantes et présentant des risques particuliers et fréquents de décompensations organiques, susceptibles d'entraîner l'installation ou l'aggravation d'une dépendance physique ou psychique.

L'orientation

L'orientation d'un patient pour une prise en charge spécialisée SSR « gériatrique » est liée à la complexité de son état de santé. Cette complexité se caractérise par la fragilité, une polypathologie active avec des risques particuliers de décompensation, une dépendance physique et / ou des troubles cognitifs et des problèmes d'ordre psychosociaux.

Les services attendus au titre de cette spécialisation

▪ Les patients pris en charge

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

- une rééducation complexe et modérée : c'est à dire multidisciplinaire de généralement moins de 2 heures par jour ;
- 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 charge importante en soins techniques et de nursing ;
- un accompagnement et une organisation de la fin de vie.

▪ Les pathologies spécifiques prises en charge

Certaines pathologies relèvent plus particulièrement d'une prise en charge spécialisée. A ce titre la structure autorisée doit être capable de prendre en charge¹³ :

- les troubles cognitifs et démences ;
- les chutes et troubles de la marche et de l'équilibre ;
- les complications des maladies chroniques ;
- les complications de la fragilité liée à l'âge, réversibles ou non ;
- le diabète et les pathologies endocriniennes du sujet âgé.

▪ Les compétences

Compétences médicales obligatoires : gériatre.

Compétences non médicales obligatoires : IDE, assistant de service social, masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicien et psychologue.

Compétences recommandées : MPR, neurologue, pneumologue, psychomotricien, orthophoniste, pédicure-podologue, animateur.

L'ensemble de l'équipe doit être formée spécifiquement à la prise en charge des patients gériatriques. L'équipe doit être capable de réaliser une évaluation gériatrique globale (médicale, psychologique, sociale et fonctionnelle) permettant de construire un projet thérapeutique global personnalisé.

La continuité des soins est assurée par une garde ou une astreinte médicale et par la présence d'au moins un infirmier la nuit. La possibilité de transfert sur des unités de court séjour est organisée.

Le plateau technique

▪ Eléments obligatoires¹⁴ :

En complément du D.6124-177-7 (conditions générales sur les espaces de rééducation), les SSR gériatriques disposent sur place ou par convention avec un autre établissement de santé d'un accès à un plateau technique d'imagerie ou de biologie.

▪ Eléments spécifiques minimaux attendus

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

- chambres à un ou deux lits adaptés à la dépendance (lits à hauteur variable électriques, systèmes de transferts...),
- équipements fixes ou mobiles en vide et en oxygène ;
- douches avec siphon de sol et accessibles aux personnes en fauteuil roulant ou une salle de bain handicapés équipée dans le service ;
- espaces de circulation équipés de main courante, couloir de déambulation ;
- locaux de rééducation : kinésithérapie (table de verticalisation, escaliers, barres parallèles) ergothérapie, rééducation d'incontinence, psychomotricité... ;
- test de psychomotricité ;
- organisation spécifique des locaux dans les établissements ayant des lits de soins palliatifs identifiés.

¹³ Liste non limitative.

¹⁴ Cf. Décret relatif aux conditions techniques de fonctionnement des activités de SSR