



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

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

A

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

**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 :**

**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/ ou 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 sociales 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.

- **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.

- **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](mailto: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**