



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

*Liberté
Égalité
Fraternité*



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS,
DE L'AUTONOMIE
ET DES PERSONNES
HANDICAPÉES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Bulletin officiel

Santé

Protection sociale

Solidarité

N° 21

17 octobre 2022

Sommaire chronologique

29 août 2022

Arrêté du 29 août 2022 allouant une subvention à l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes (ARA) dans le cadre de la convention de financement du projet « Cadre innovant ».

13 septembre 2022

Décision du 13 septembre 2022 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique.

Décision du 13 septembre 2022 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique.

16 septembre 2022

Décision du 16 septembre 2022 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique.

Arrêté du 16 septembre 2022 portant nomination des membres du jury de l'examen organisé en 2022 pour l'obtention du certificat d'instructeur pour l'autonomie des personnes déficientes visuelles.

19 septembre 2022

Décision du 19 septembre 2022 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant autorisation de pratiquer le diagnostic préimplantatoire délivrée à un établissement en application des dispositions de l'article L. 2131-4 du code de la santé publique.

21 septembre 2022

Décision n° 2022.0532/DP/SG du 21 septembre 2022 de la présidente de la Haute Autorité de santé portant délégation de signature.

22 septembre 2022

Décision du 22 septembre 2022 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique.

27 septembre 2022

Décision du 27 septembre 2022 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique.

INSTRUCTION N° DGOS/PF5/DNS/CTO/2022/211 du 27 septembre 2022 relative au lancement opérationnel du financement forfaitaire à l'atteinte de cibles d'usage sur le volet 1 du programme Ségur Usage Numérique en Etablissement de Santé (SUN-ES).

28 septembre 2022

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.

3 octobre 2022

Décision du 3 octobre 2022 du directeur général par intérim de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique.

Décision n° 2022.0574/DP/SG du 3 octobre 2022 de la présidente de la Haute Autorité de santé portant délégation de signature.

Décision n° 2022.0575/DP/SG du 3 octobre 2022 de la présidente de la Haute Autorité de santé portant délégation de signature.

Décision du 3 octobre 2022 portant délégation de signature.

4 octobre 2022

Décision du 4 octobre 2022 du directeur général par intérim de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique.

Décision du 4 octobre 2022 du directeur général par intérim de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique.

5 octobre 2022

Arrêté du 5 octobre 2022 portant renouvellement du mandat de directeur général du Centre Paul STRAUSS, centre de lutte contre le cancer de Strasbourg.

10 octobre 2022

INSTRUCTION N° DGOS/PF5/R2/2022/201 du 10 octobre 2022 relative à la nouvelle orientation du programme SI Samu.

INSTRUCTION N° DGOS/R4/2022/217 du 10 octobre 2022 relative au nouveau cahier des charges des consultations mémoire et des centres mémoire ressources et recherche.

INSTRUCTION N° DGOS/R4/2022/219 du 10 octobre 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme de l'autorisation d'activité de soins d'hospitalisation à domicile.

Arrêté du 10 octobre 2022 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'Agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté.

Arrêté du 10 octobre 2022 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'Agence régionale de santé Grand Est.

13 octobre 2022

INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DGOS/PHARE/DGCS/SD3/2022/220 du 13 octobre 2022 relative aux mesures pour anticiper les risques d'approvisionnement en électricité et gaz pour l'hiver 2023.

Non daté

Délégation(s) de signature de la Caisse nationale de l'assurance maladie.

Liste des agents de contrôle de la branche maladie - Accidents du travail/Maladies professionnelles ayant reçu l'autorisation provisoire ainsi que l'agrément définitif d'exercer leurs fonctions en application des dispositions de l'arrêté du 5 mai 2014 et de l'arrêté du 4 novembre 2020 fixant les conditions d'agrément des agents et des praticiens-conseils chargés du contrôle de l'application des législations de sécurité sociale.

Ministère de la santé et de la prévention

**Arrêté du 29 août 2022 allouant une subvention à l'Agence régionale de santé
Auvergne-Rhône-Alpes (ARA) dans le cadre de la convention
de financement du projet « Cadre innovant »**

NOR : SPRZ2230687A

Le ministre de la santé et de la prévention,

Vu la Convention de délégation de gestion du 22 janvier 2021 entre la Direction interministérielle du numérique et la Direction du numérique des ministères sociaux relative à la gestion de crédits du programme 363 « Fonds innovation et transformations numériques » ;

Vu la convention de financement de projet du 13 janvier 2022 conclue entre l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes (ARS ARA) et la Direction interministérielle de la transformation publique (DITP),

Arrête :

Article 1^{er}

Il a été alloué à l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes pour la réalisation du projet susvisé « Cadre innovant » une seconde autorisation d'engagement de huit cent mille euros (800 000 €), portant le total en autorisation d'engagement pour ce projet à neuf cent cinquante mille euros (950 000 €).

Article 2

Conformément à cette convention de financement de projet conclue entre l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes (ARS ARA) d'une part, et la Direction interministérielle de la transformation publique (DITP), d'autre part, cette subvention fera l'objet de versements sur 2022 et 2023 :

- Un versement de huit cent mille euros (800 000 €) en 2022 ;
- Un versement de cent cinquante mille euros (150 000 €) en 2023.

Article 3

La dépense est imputée sur le programme 363 « Fonds innovation et transformation numérique » - Domaine fonctionnel (Action) : 0363-04 « Mise à niveau numérique de l'État, des territoires et des entreprises - modernisation des administrations régaliennes » - Unité opérationnelle « 07-363-DITP-CSOC ».

Article 4

Le versement de l'État est effectué sur le compte de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes.

BIC : TRPUFRP1XXX

IBAN : FR7610071690000000100513291

Article 5

L'ordonnateur de la dépense est le ministre de la santé et de la prévention. Le comptable assignataire chargé du paiement est le contrôleur budgétaire et comptable ministériel (CBCM) auprès des ministères sociaux.

Article 6

La directrice du numérique est chargée de l'exécution du présent arrêté.

Fait le 29 août 2022.

Pour le ministre et par délégation :
La directrice du numérique,
Anne JEANJEAN

Agence de la biomédecine

Décision du 13 septembre 2022 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : SPRB2230672S

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1131-3, R. 1131-2, et R. 1131-6 à R. 1131-12 ;

Vu la décision de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine n° 2021-19 du 8 décembre 2021 fixant la composition du dossier prévu à l'article R. 1131-9 du code de la santé publique à produire à l'appui d'une demande d'agrément de praticien pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales ;

Vu la délibération n° 2013-CO-45 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 21 novembre 2013 fixant les critères d'agréments des praticiens pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales en application de l'article L. 1418-4 du code de la santé publique ;

Vu la délibération n° 2021-CO-44 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 18 novembre 2021 modifiant les critères d'agréments des praticiens ;

Vu la demande présentée le 12 septembre 2022 par Madame Bénédicte GERARD aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire ;

Vu le dossier déclaré complet le 13 septembre 2022 ;

Considérant que Madame Bénédicte GERARD, pharmacienne biologiste, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale, d'un doctorat en génétique humaine et d'un master professionnel de conseil génétique et médecine prédictive ; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du laboratoire de diagnostic génétique des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg depuis 2011 ; qu'elle dispose d'un agrément pour la pratique des analyses de génétique moléculaire depuis 2007 ; que les résultats de son activité sont jugés satisfaisants et qu'elle justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1^{er}

Madame Bénédicte GERARD est agréée au titre de l'article R. 1131-6 du code de la santé publique pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire.

Article 2

Le présent agrément est délivré pour une durée de cinq ans. En cas d'urgence, il peut être suspendu à titre conservatoire, pour une durée maximale de trois mois, par le directeur général de l'Agence de la biomédecine. L'agrément peut également être retiré, selon les modalités prévues par les dispositions des articles du code de la santé publique susvisés, en cas de violation des dispositions législatives ou réglementaires applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales, ou de violation des conditions fixées par l'agrément.

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 13 septembre 2022.

Pour la directrice générale et par délégation :
La directrice juridique,
Anne DEBEAUMONT

Agence de la biomédecine

Décision du 13 septembre 2022 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : SPRB2230673S

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1131-3, R. 1131-2, et R. 1131-6 à R. 1131-12 ;

Vu la décision de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine n° 2021-19 du 8 décembre 2021 fixant la composition du dossier prévu à l'article R. 1131-9 du code de la santé publique à produire à l'appui d'une demande d'agrément de praticien pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales ;

Vu la délibération n° 2013-CO-45 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 21 novembre 2013 fixant les critères d'agréments des praticiens pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales en application de l'article L. 1418-4 du code de la santé publique ;

Vu la délibération n° 2021-CO-44 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 18 novembre 2021 modifiant les critères d'agréments des praticiens ;

Vu la demande présentée le 12 septembre 2022 par Monsieur Vincent GATINOIS aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire ;

Vu le dossier déclaré complet le 13 septembre 2022 ;

Considérant que Monsieur Vincent GATINOIS, pharmacien biologiste, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale parcours génétique et d'un diplôme universitaire européen de cytogénétique moléculaire ; qu'il exerce les activités de génétique au sein du laboratoire de génétique chromosomique du centre hospitalier universitaire de Montpellier (hôpital Arnaud de Villeneuve) depuis 2011 et en tant que praticien agréé depuis 2013 ; que les résultats de son activité sont jugés satisfaisants et qu'il justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1^{er}

Monsieur Vincent GATINOIS est agréé au titre de l'article R. 1131-6 du code de la santé publique pour pratiquer les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire.

Article 2

Le présent agrément est délivré pour une durée de cinq ans. En cas d'urgence, il peut être suspendu à titre conservatoire, pour une durée maximale de trois mois, par le directeur général de l'Agence de la biomédecine. L'agrément peut également être retiré, selon les modalités prévues par les dispositions des articles du code de la santé publique susvisés, en cas de violation des dispositions législatives ou réglementaires applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales, ou de violation des conditions fixées par l'agrément.

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 13 septembre 2022.

Pour la directrice générale et par délégation :
La directrice juridique,
Anne DEBEAUMONT

Agence de la biomédecine

Décision du 16 septembre 2022 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : SPRB2230674S

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1131-3, L. 6211-7, L. 6213-1 et suivants, R. 1131-2, et R. 1131-6 à R. 1131-12 ;

Vu la décision de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine n° 2021-19 du 8 décembre 2021 fixant la composition du dossier prévu à l'article R. 1131-9 du code de la santé publique à produire à l'appui d'une demande d'agrément de praticien pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales ;

Vu la délibération n° 2013-CO-45 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 21 novembre 2013 fixant les critères d'agréments des praticiens pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales en application de l'article L. 1418-4 du code de la santé publique ;

Vu la délibération n° 2021-CO-44 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 18 novembre 2021 modifiant les critères d'agréments des praticiens ;

Vu la demande présentée le 15 septembre 2022 par Madame Gaëlle PIERRON aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire ;

Vu le dossier déclaré complet le 16 septembre 2022 ;

Considérant que Madame Gaëlle PIERRON, personnalité scientifique, est notamment titulaire d'une maîtrise de biologie cellulaire et physiologie mention génétique cellulaire et moléculaire, d'un magistère de génétique, d'un doctorat en bases fondamentales de l'oncogenèse ainsi que d'un diplôme interuniversitaire européen de cytogénétique moléculaire ; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du service de génétique de l'Institut Curie (Paris) depuis 2003 et en tant que praticienne agréée depuis 2012 ; qu'un arrêté du ministre chargé de la santé en date du 18 septembre 2020 l'autorise à exercer les fonctions de biologiste médicale ; que les résultats de son activité sont jugés satisfaisants et qu'elle justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1^{er}

Madame Gaëlle PIERRON est agréée au titre des articles R. 1131-6 et L. 6213-2 du code de la santé publique pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire.

Article 2

Le présent agrément est délivré pour une durée de cinq ans. En cas d'urgence, il peut être suspendu à titre conservatoire, pour une durée maximale de trois mois, par le directeur général de l'Agence de la biomédecine. L'agrément peut également être retiré, selon les modalités prévues par les dispositions des articles du code de la santé publique susvisés, en cas de violation des dispositions législatives ou réglementaires applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales, ou de violation des conditions fixées par l'agrément.

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 16 septembre 2022.

Pour la directrice générale et par délégation :
La directrice juridique,
Anne DEBEAUMONT

Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées

**Arrêté du 16 septembre 2022 portant nomination des membres du jury de l'examen
organisé en 2022 pour l'obtention du certificat d'instructeur pour
l'autonomie des personnes déficientes visuelles**

NOR : APHA2230685A

La ministre déléguée auprès du ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, chargée des personnes handicapées,

Vu le décret n° 2020-1065 du 17 août 2020 relatif au certificat d'instructeur pour l'autonomie des personnes déficientes visuelles ;

Vu l'arrêté du 18 novembre 2011 modifié fixant la rémunération des agents publics des administrations en charge de la santé, de la jeunesse et de la vie associative, des solidarités et de la cohésion sociale, de la ville et des sports participant à titre d'activité accessoire à des activités de formation et de recrutement ;

Vu l'arrêté du 21 septembre 2020 modifié relatif au certificat d'instructeur pour l'autonomie des personnes déficientes visuelles ;

Vu l'arrêté du 15 octobre 2020 relatif au certificat d'instructeur pour l'autonomie des personnes déficientes visuelles assorti des pièces annexées ;

Vu l'arrêté du 12 juillet 2022 portant ouverture au titre de l'année 2022 d'une session d'examen pour l'obtention du certificat d'instructeur pour l'autonomie des personnes déficientes visuelles,

Arrête :

Article 1^{er}

Le jury de l'examen pour l'obtention du certificat d'instructeur pour l'autonomie des personnes déficientes visuelles (CIADV) organisé au titre de l'année 2022 est composé ainsi qu'il suit :

Président :

Monsieur Pascal AYMARD, inspecteur pédagogique et technique des établissements et services pour les personnes déficientes visuelles, représentant la ministre chargée des personnes handicapées (75 Paris).

Membres titulaires :

- Monsieur Marc ANTELME, instructeur pour l'autonomie des personnes déficientes visuelles, service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés de l'association de réadaptation et de réinsertion pour l'autonomie des déficients visuels (13 Marseille) ;
- Madame Alexia BAILLY, instructrice de locomotion, formatrice à la fédération des aveugles de France Access-formation (75 Paris) ;

- Monsieur Patrick COLIN, psychologue, responsable de service à l'institut Michel Fandre (51 Reims) ;
- Madame Agnès GUIBORA, psychologue, directrice adjointe du centre d'éducation pour déficients visuels Santifontaine (54 Nancy) ;
- Madame Béatrice LE BAIL, docteure ophtalmologue, institut médico-éducatif Jean-Paul (91 Évry) ;
- Madame Fanny LEVESQUE, instructrice de locomotion et instructrice en autonomie dans les actes de la vie journalière à l'institut national des jeunes aveugles (75 Paris).

Article 2

Cet examen est classé dans le groupe 2.

Article 3

Le directeur général de la cohésion sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 16 septembre 2022.

Pour la ministre et par délégation :
L'adjointe au directeur général
de la cohésion sociale,
Florence ALLOT

Agence de la biomédecine

Décision du 19 septembre 2022 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant autorisation de pratiquer le diagnostic préimplantatoire délivrée à un établissement en application des dispositions de l'article L. 2131-4 du code de la santé publique

NOR : SPRB2230675S

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 2131-4, R. 2131-13, R. 2131-22-2, ainsi que les articles R. 2131-27 à R. 2131-30 ;

Vu la décision n° 2014-16 du directeur général par intérim de l'Agence de la biomédecine en date du 7 juillet 2014 fixant la composition du dossier de demande d'autorisation prévu à l'article R. 2131-28 du code de la santé publique ;

Vu la demande présentée le 18 mai 2022 par le centre hospitalier universitaire de Grenoble Alpes aux fins d'obtenir le renouvellement de l'autorisation de pratiquer les activités de prélèvement cellulaire sur l'embryon obtenu par fécondation *in vitro*, de cytogénétique, y compris moléculaire, sur la ou les cellules embryonnaires, et de génétique moléculaire sur la ou les cellules embryonnaires ;

Vu les informations complémentaires apportées par le demandeur ;

Vu l'avis du conseil d'orientation en date du 15 septembre 2022 ;

Considérant que les modalités de fonctionnement du centre sont conformes aux dispositions réglementaires et les locaux, matériels, équipements et procédures adaptés à l'activité envisagée ;

Considérant que l'ensemble des dispositions législatives et réglementaires sont respectées,

Décide :

Article 1^{er}

L'autorisation de pratiquer le diagnostic préimplantatoire, portant à la fois sur l'activité de prélèvement cellulaire sur l'embryon obtenu par fécondation *in vitro*, sur les analyses de cytogénétique, y compris moléculaire sur la ou les cellules embryonnaires et sur les analyses de génétique moléculaire sur la ou les cellules embryonnaires est accordée au centre hospitalier universitaire de Grenoble Alpes ; les activités sont exercées sur le site de l'hôpital Nord (La Tronche).

Article 2

L'autorisation est délivrée pour une durée de 5 ans.

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 19 septembre 2022.

La directrice générale,
Emmanuelle CORTOT-BOUCHER

Haute Autorité de santé

**Décision n° 2022.0532/DP/SG du 21 septembre 2022 de la présidente
de la Haute Autorité de santé portant délégation de signature**

NOR : HASX2230668S

La présidente de la Haute Autorité de santé,

Vu l'article R. 161-79 du code de la sécurité sociale ;

Vu le décret du président de la République du 4 décembre 2017 portant nomination de la présidente de la Haute Autorité de santé ;

Vu la décision n° 2009.03.007/DAGRI du collège de la Haute Autorité de santé du 18 mars 2009 relative à la détermination des conditions générales de passation des contrats, conventions et marchés ;

Vu la décision n° 2021.0105/DC/SG du 8 avril 2021 du collège de la Haute Autorité de santé relative aux frais occasionnés par les déplacements temporaires des agents, des membres du collège et des collaborateurs non permanents ;

Vu le marché de prestations de services d'agence de voyages,

Décide :

Article 1^{er}

Délégation permanente est donnée à Madame Naïma EL ASRI à l'effet de signer, au nom de la présidente de la Haute Autorité de santé, les réservations d'hébergement et de transport effectuées auprès de l'agence de voyage HAVAS, pour les agents, collaborateurs occasionnels et membres du collège, dans le respect des dispositions prévues dans la décision n° 2021.0105/DC/SG, et pour un montant maximum de 5 000,00 € HT par engagement.

Article 2

La présente décision prendra fin le 21 mars 2023 et sera publiée sur le site internet de la Haute Autorité de santé ainsi qu'au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 21 septembre 2022.

La présidente de la Haute Autorité de santé,
Pr Dominique LE GULUDEC

Agence de la biomédecine

Décision du 22 septembre 2022 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : SPRB2230676S

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1131-3, R. 1131-2, et R. 1131-6 à R. 1131-12 ;

Vu la décision de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine n° 2021-19 du 8 décembre 2021 fixant la composition du dossier prévu à l'article R. 1131-9 du code de la santé publique à produire à l'appui d'une demande d'agrément de praticien pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales ;

Vu la délibération n° 2013-CO-45 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 21 novembre 2013 fixant les critères d'agréments des praticiens pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales en application de l'article L. 1418-4 du code de la santé publique ;

Vu la délibération n° 2021-CO-44 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 18 novembre 2021 modifiant les critères d'agréments des praticiens ;

Vu la demande présentée le 21 septembre 2022 par Madame Nadia BOUTRY-KRYZA aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire ;

Vu le dossier déclaré complet le 22 septembre 2022 ;

Considérant que Madame Nadia BOUTRY-KRYZA, médecin qualifiée, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale et d'un master recherche en sciences, technologies et santé mention biologie cellulaire et moléculaire et oncologie ; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du laboratoire de génétique constitutionnelle des Hospices civils de Lyon (centre de biologie Est) en tant que praticienne agréée depuis 2012 ; que les résultats de son activité sont jugés satisfaisants et qu'elle justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1^{er}

Madame Nadia BOUTRY-KRYZA est agréée au titre de l'article R. 1131-6 du code de la santé publique pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire.

Article 2

Le présent agrément est délivré pour une durée de cinq ans. En cas d'urgence, il peut être suspendu à titre conservatoire, pour une durée maximale de trois mois, par le directeur général de l'Agence de la biomédecine. L'agrément peut également être retiré, selon les modalités prévues par les dispositions des articles du code de la santé publique susvisés, en cas de violation des dispositions législatives ou réglementaires applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales, ou de violation des conditions fixées par l'agrément.

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 22 septembre 2022.

Pour la directrice générale et par délégation :
La directrice juridique,
Anne DEBEAUMONT

Agence de la biomédecine

Décision du 27 septembre 2022 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : SPRB2230677S

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1131-3, R. 1131-2, et R. 1131-6 à R. 1131-12 ;

Vu la décision de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine n° 2021-19 du 8 décembre 2021 fixant la composition du dossier prévu à l'article R. 1131-9 du code de la santé publique à produire à l'appui d'une demande d'agrément de praticien pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales ;

Vu la délibération n° 2013-CO-45 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 21 novembre 2013 fixant les critères d'agréments des praticiens pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales en application de l'article L. 1418-4 du code de la santé publique ;

Vu la délibération n° 2021-CO-44 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 18 novembre 2021 modifiant les critères d'agréments des praticiens ;

Vu la demande présentée le 26 septembre 2022 par Madame Géraldine JOLY-HELAS aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire ;

Vu le dossier déclaré complet le 27 septembre 2022 ;

Considérant que Madame Géraldine JOLY-HELAS, médecin qualifiée, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale et de certificats de maîtrise des sciences biologiques et médicales de génétique et cytogénétique ; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du laboratoire de cytogénétique du centre hospitalier universitaire de Rouen en tant que praticienne agréée depuis 2008 ; que les résultats de son activité sont jugés satisfaisants et qu'elle justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1^{er}

Madame Géraldine JOLY-HELAS est agréée au titre de l'article R. 1131-6 du code de la santé publique pour pratiquer les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire.

Article 2

Le présent agrément est délivré pour une durée de cinq ans. En cas d'urgence, il peut être suspendu à titre conservatoire, pour une durée maximale de trois mois, par le directeur général de l'Agence de la biomédecine. L'agrément peut également être retiré, selon les modalités prévues par les dispositions des articles du code de la santé publique susvisés, en cas de violation des dispositions législatives ou réglementaires applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales, ou de violation des conditions fixées par l'agrément.

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 27 septembre 2022.

Pour la directrice générale et par délégation :
La directrice juridique,
Anne DEBEAUMONT


**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION**
*Liberté
Égalité
Fraternité*

INSTRUCTION N° DGOS/PF5/DNS/CTO/2022/211 du 27 septembre 2022 relative au lancement opérationnel du financement forfaitaire à l'atteinte de cibles d'usage sur le volet 1 du programme Ségur Usage Numérique en Etablissement de Santé (SUN-ES)

Le ministre de la santé et de la prévention

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Référence	NOR : SPRH2226962J (numéro interne : 2022/211)
Date de signature	27/09/2022
Emetteurs	Ministère de la santé et de la prévention Direction générale de l'offre de soins Délégation ministérielle au numérique en santé
Objet	Lancement opérationnel du financement forfaitaire à l'atteinte de cibles d'usage sur le volet 1 du programme Ségur Usage Numérique en Etablissement de Santé (SUN-ES).
Commande	Actualiser le jalon de la fenêtre 1 de financement du programme SUN-ES et mettre en œuvre la nouvelle règle de gestion sur les reports de fenêtres de financement.
Actions à réaliser	Mettre en application le nouveau jalon qui marque la fin de la 1 ^{ère} fenêtre de financement du programme. Mettre en application la nouvelle règle de gestion concernant les reports d'atteinte de cibles d'usage.
Echéance	Octobre 2022
Contacts utiles	Sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins Bureau des systèmes d'informations des acteurs de l'offre de soins Caroline LE GLOAN Tél. : 01 40 56 55 45 Mél. : Caroline.LEGLOAN@sante.gouv.fr Inès GHOUIL Tél. : 01 40 56 58 89 Mél : ines.GHOUIL@sante.gouv.fr

	Délégation ministérielle au numérique en santé (DNS) Jean-Baptiste LAPEYRIE Tél : 01 40 56 47 93 Mél : jean-baptiste.LAPEYRIE@sante.gouv.fr Clara MORLIERE, Directrice de Projets Mél : clara.MORLIERE@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexe	4 pages et aucune annexe
Résumé	Actualisation de l'instruction N° DGOS/PF5/DNS/CTO/2021/167 du 26 juillet 2021 avec le nouveau jalon de la fin de la 1 ^{ère} fenêtre de financement du programme et la nouvelle règle de gestion concernant les reports d'atteinte de cibles d'usage.
Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle Calédonie, et de Wallis et Futuna.
Mots-clés	Systèmes d'information, établissement de santé, Ségur de la santé, soutien financier, cibles d'usage.
Classement thématique	Etablissement de santé
Texte de référence	Néant
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Instruction N° DGOS/PF5/DNS/CTO/2021/167 du 26 juillet 2021
Rediffusion locale	Directeurs des établissements de santé ; Directeurs des systèmes d'information hospitalier dans les établissements de santé.
Validée par le CNP le 16 septembre 2022 - Visa CNP 2022-102	
Document opposable	Oui
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

La présente instruction vient actualiser [l'instruction N° DGOS/PF5/DNS/CTO/2021/167 du 26 Juillet 2021](#) qui présente et décrit les modalités de mise en œuvre du volet 1 du programme SUN-ES (Ségur Usage Numérique en Etablissement de Santé).

Les mises à jour apportées concernent :

- La 1^{ère} fenêtre de financement de programme SUN-ES dont la date de fin évolue ;
- La nouvelle règle de gestion concernant les établissements qui souhaitent bénéficier d'un report quant à leur date d'atteinte des cibles d'usage dans le cadre du programme SUN-ES.

1 Evolution du jalon qui clôture la 1^{ère} fenêtre de financement du programme SUN-ES

Le programme SUN-ES est organisé autour de 4 fenêtres de financement. Une fenêtre de financement correspond à une période durant laquelle un établissement candidat s'engage à atteindre des cibles d'usage s'il souhaite bénéficier d'un financement.

Dans le cadre de l'instruction N° DGOS/PF5/DNS/CTO/2021/167 du 26 juillet 2021, les dates encadrant la 1^{ère} fenêtre de financement étaient les suivantes : **du 1^{er} janvier 2022 au 30 juin 2022.**

Courant mai 2022, un nombre important d'établissements ont signalé à leurs fédérations hospitalières ainsi qu'aux agences régionales de santé (ARS) leurs difficultés à respecter le jalon d'atteinte des cibles d'usage fixé au 30 juin 2022. Par ailleurs, le calendrier de création automatique des profils « Mon espace santé » a évolué, avec comme conséquence une généralisation des dossiers médicaux partagés (DMP) ouverts sur tout le territoire à la mi-juillet.

Ces évolutions de contexte ont conduit à acter la nécessité de faire évoluer le jalon de la 1^{ère} fenêtre de financement, afin d'éviter toute démobilitation des établissements qui se sont fortement engagés dans le programme. **Ainsi, les dates qui encadrent la 1^{ère} fenêtre de financement sont désormais fixées entre le 1^{er} janvier et le 30 septembre 2022**, soit un délai supplémentaire de 3 mois.

Ce nouveau jalon s'applique à l'ensemble des conventions passées entre les établissements engagés dans la 1^{ère} fenêtre de financement et les ARS.

2 Une nouvelle règle de gestion pour gérer les reports d'atteinte de cibles d'usage

En fin de fenêtre de financement, l'établissement peut ne pas avoir atteint les cibles d'usage sur le(s) domaine(s) et bonus concerné(s).

L'instruction N° DGOS/PF5/DNS/CTO/2021/167 du 26 juillet 2021 autorisait les établissements candidats à bénéficier d'un unique report de fenêtre de financement pour atteindre les cibles d'usage. Cette règle évolue de la manière suivante : l'établissement peut bénéficier d'autant de reports qu'il y a de fenêtres de financement. Il doit au préalable informer l'ARS de la non-atteinte des cibles et de son souhait d'atteindre les cibles sur la fenêtre suivante – et ce autant de fois qu'il y a de reports souhaités.

Un établissement qui a été accepté préalablement et qui demande un report n'a pas à re-candidater aux domaines concernés sur la plateforme de candidature (démarches simplifiées).

Le report sur la fenêtre suivante donne lieu à un avenant à la convention entre l'établissement et l'ARS qui précise les nouvelles exigences en matière de cibles à atteindre et le(s) nouveau(x) montant(s) forfaitaire(s) associé(s) à la nouvelle fenêtre de financement du programme.

Cette règle de gestion sur les reports de fenêtre de financement s'applique à toutes les conventions passées entre les établissements engagés dans le programme SUN-ES et les ARS.

L'ensemble des documents relatifs au programme SUN-ES est disponible sur le site du ministère de la santé, accessible via le lien : <https://solidarites-sante.gouv.fr/sun-es>

Pour tous compléments d'information ou questions, les ARS tout comme les établissements de santé peuvent s'adresser à : dgos-sun@sante.gouv.fr

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

A black, stylized signature that reads "signé" in a bold, italicized font, slanted upwards to the right.

Cécile LAMBERT

Pour le ministre et par délégation :
Le responsable ministériel du numérique
en santé,

A black, stylized signature that reads "signé" in a bold, italicized font, slanted upwards to the right.

Raphaël BEAUFRET

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

A black, stylized signature that reads "signé" in a bold, italicized font, slanted upwards to the right.

Pierre PRIBILE


**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

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

Résumé	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.
Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle Calédonie, et de Wallis et Futuna.
Mots-clés	Soins de suite et de réadaptation (SSR) - soins médicaux et de réadaptation (SMR) - autorisation, projet régional de santé.
Classement thématique	Etablissements de santé - organisation
Textes de référence	- 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.
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Etablissements de santé, établissements sociaux et médico-sociaux.
Validée par le CNP le 16 septembre 2022 - Visa CNP 2022-103	
Document opposable	Non
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	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 médicotéchniques 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^{er} 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'intervenant 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 :
 - o Mention « enfants et adolescents »,
 - o Mention « jeunes enfants, enfants et adolescents ».
- Modalité « cancers » comprenant les mentions suivantes :
 - o Mention « oncologie »,
 - o 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'événements 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 dédiée¹.

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 ;

¹ 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) ²

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).

² 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-sant%C3%A9-et-d-accompagnement-m%C3%A9dicosocial-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'HAD³, 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^{er} novembre 2023.

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

³ 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^{er} 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^{er} juin 2023 et le 1^{er} 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^{er} 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,



Pierre PRIBILE

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



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 « GÉRIATRIE »**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 polypathologie 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 polypathologie, 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 motrice¹ ;

¹ Par exemple : rétropulsion, 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 dénutrition² (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.

² 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 Maladie³.

³ <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 médical 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 sensorielles 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)⁴ ;
- 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.

⁴ 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

Eléments 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-syndrôme 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.

Eléments 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 « SYSTÈME 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 psychiatrie).
- 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**⁵, 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.

⁵ 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, cancérologie, 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^{er} et 2nd 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, cancérologie, troubles spécifiques des apprentissages, neuro-orthopédie, polyhandicaps... ;
- Locomoteur et traumatologie : traumatologies complexes, scolioses, ostéochondrites, pathologies inflammatoires type arthrite juvénile idiopathique, douleurs, cancérologie (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.

Agence de la biomédecine

Décision du 3 octobre 2022 du directeur général par intérim de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : SPRB2230678S

Le directeur général par intérim de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1131-3, L. 6211-7, L. 6213-1 et suivants, R. 1131-2, et R. 1131-6 à R. 1131-12 ;

Vu la décision de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine n° 2021-19 du 8 décembre 2021 fixant la composition du dossier prévu à l'article R. 1131-9 du code de la santé publique à produire à l'appui d'une demande d'agrément de praticien pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales ;

Vu la délibération n° 2013-CO-45 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 21 novembre 2013 fixant les critères d'agréments des praticiens pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales en application de l'article L. 1418-4 du code de la santé publique ;

Vu la délibération n° 2021-CO-44 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 18 novembre 2021 modifiant les critères d'agréments des praticiens ;

Vu la demande présentée le 2 octobre 2022 par Madame Sonia BOUQUILLON aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire ;

Vu le dossier déclaré complet le 3 octobre 2022 ;

Considérant que Madame Sonia BOUQUILLON, médecin qualifiée, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de génétique médicale et d'un master recherche en biologie-santé spécialité génétique et microbiologie ; qu'elle exerce les activités de génétique au sein de l'institut de génétique médicale du centre hospitalier régional universitaire de Lille (hôpital Jeanne de Flandre) depuis 2010 et en tant que praticienne agréée depuis 2013 ; que les résultats de son activité sont jugés satisfaisants et qu'elle justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1^{er}

Madame Sonia BOUQUILLON est agréée au titre des articles R. 1131-6 et L. 6213-2 du code de la santé publique pour pratiquer les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire.

Article 2

Le présent agrément est délivré pour une durée de cinq ans. En cas d'urgence, il peut être suspendu à titre conservatoire, pour une durée maximale de trois mois, par le directeur général de l'Agence de la biomédecine. L'agrément peut également être retiré, selon les modalités prévues par les dispositions des articles du code de la santé publique susvisés, en cas de violation des dispositions législatives ou réglementaires applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales, ou de violation des conditions fixées par l'agrément.

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 3 octobre 2022.

Pour le directeur général par intérim et par délégation :
La directrice juridique,
Anne DEBEAUMONT

Haute Autorité de santé

**Décision n° 2022.0574/DP/SG du 3 octobre 2022 de la présidente
de la Haute Autorité de santé portant délégation de signature**

NOR : HASX2230669S

La présidente de la Haute Autorité de santé,

Vu les articles L. 161-43 et R. 161-79 du code de la sécurité sociale ;

Vu le décret du président de la République du 4 décembre 2017 portant nomination de la présidente de la Haute Autorité de santé ;

Vu la décision n° 2009.03.007/DAGRI du collège de la Haute Autorité de santé en date du 18 mars 2009 relative à la détermination des conditions générales de passation des contrats, conventions et marchés,

Décide :

Article 1^{er}

En cas d'absence ou d'empêchement du chef du service Certification des établissements de santé, délégation est donnée à Monsieur Patrick MECHAIN, son adjoint, à l'effet de signer, au nom de la présidente de la Haute Autorité de santé, tout acte relatif au fonctionnement et l'activité de son service, dans la limite d'un montant maximum de 19 999 euros hors taxes par engagement.

Article 2

La présente décision prend effet le 3 octobre 2022 et sera publiée sur le site internet de la Haute Autorité de santé ainsi qu'au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 3 octobre 2022.

La présidente de la Haute Autorité de santé,
Pr Dominique LE GULUDEC

Haute Autorité de santé

**Décision n° 2022.0575/DP/SG du 3 octobre 2022 de la présidente
de la Haute Autorité de santé portant délégation de signature**

NOR : HASX2230670S

La présidente de la Haute Autorité de santé,

Vu les articles L. 161-43 et R. 161-79 du code de la sécurité sociale ;

Vu le décret du président de la République du 4 décembre 2017 portant nomination de la présidente de la Haute Autorité de santé ;

Vu la décision n° 2009.03.007/DAGRI du collège de la Haute Autorité de santé en date du 18 mars 2009 relative à la détermination des conditions générales de passation des contrats, conventions et marchés ;

Vu la décision n° 2022.0543/DP/SG du 22 septembre 2022 de la présidente de la Haute Autorité de santé portant nomination d'un adjoint au chef de service,

Décide :

Article 1^{er}

En cas d'absence ou d'empêchement du chef du service Evaluation des dispositifs, délégation est donnée à Madame Camille MARGUERITE, son adjointe, à l'effet de signer au nom de la présidente de la Haute Autorité de santé tout acte relatif au fonctionnement et l'activité de son service, dans la limite d'un montant maximum de 19 999 euros hors taxes par engagement.

Article 2

La présente décision prend effet le 3 octobre 2022 et sera publiée sur le site internet de la Haute Autorité de santé ainsi qu'au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 3 octobre 2022.

La présidente de la Haute Autorité de santé,
Pr Dominique LE GULUDEC

Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales

Décision du 3 octobre 2022 portant délégation de signature

NOR : SPRX2230681S

Le directeur de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales,

Vu les articles L. 1142-22 et R. 1142-52 du code de la santé publique ;

Vu le décret du 15 juin 2020 portant nomination de Monsieur Sébastien LELOUP comme directeur de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales publié au Journal officiel du 16 juin 2020 ;

Vu l'article 27 du règlement intérieur de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales adopté par délibération du conseil d'administration dans sa séance du 14 mars 2018,

Décide :

Article 1^{er}

Monsieur JOLIVEL (Cyrille), directeur adjoint de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, reçoit délégation permanente à l'effet de signer tous les protocoles transactionnels, les actes, les décisions, les contrats, les marchés, les conventions et les avenants, ainsi que toutes les propositions d'engagement et d'ordonnances de paiement, de virement, toutes pièces justificatives de dépenses, tous ordres de reversement et toutes demandes de titre de perception. Sont exclus de la délégation de signature de Monsieur JOLIVEL (Cyrille) la conclusion des contrats d'objectifs et de performance et les décisions de licenciement.

Article 2

Monsieur CASANOVA (Denis), directeur des ressources de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, reçoit délégation permanente à l'effet de signer dans le périmètre des trois services supports de l'établissement (Service ressources humaines, Service budget, finances, marchés publics et moyens généraux, Service informatique, système d'information et statistiques) tous les actes, les décisions, les contrats, les marchés, les conventions et les avenants, ainsi que toutes les propositions d'engagement et d'ordonnances de paiement, de virement, toutes pièces justificatives des dépenses, tous ordres de reversement et toutes demandes de titre de perception. En cas d'absence du directeur et du directeur adjoint, Monsieur CASANOVA (Denis) reçoit délégation à effet de signer tous les protocoles transactionnels.

Article 3

La précédente décision du 10 juin 2022 portant délégation de signature est abrogée.

Article 4

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité et sur le site internet de l'ONIAM.

Fait le 3 octobre 2022.

Le directeur de l'Office national
d'indemnisation des accidents
médicaux, des affections iatrogènes
et des infections nosocomiales,
Sébastien LELOUP

Agence de la biomédecine

Décision du 4 octobre 2022 du directeur général par intérim de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : SPRB2230679S

Le directeur général par intérim de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1131-3, R. 1131-2, et R. 1131-6 à R. 1131-12 ;

Vu la décision de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine n° 2021-19 du 8 décembre 2021 fixant la composition du dossier prévu à l'article R. 1131-9 du code de la santé publique à produire à l'appui d'une demande d'agrément de praticien pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales ;

Vu la délibération n° 2013-CO-45 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 21 novembre 2013 fixant les critères d'agréments des praticiens pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales en application de l'article L. 1418-4 du code de la santé publique ;

Vu la délibération n° 2021-CO-44 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 18 novembre 2021 modifiant les critères d'agréments des praticiens ;

Vu la demande présentée le 1^{er} septembre 2022 par Monsieur Anthony FOURIER aux fins d'obtenir un agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire ;

Vu le dossier déclaré complet le 8 septembre 2022 ;

Considérant que Monsieur Anthony FOURIER, pharmacien biologiste, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale ; qu'il exerce les activités de génétique au sein du service de biochimie et biologie moléculaire du centre de biologie et pathologie Est (Hospices civils de Lyons, Hôpital femme, mère, enfant à Bron) depuis 2014 ; qu'il justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1^{er}

Monsieur Anthony FOURIER est agréé au titre de l'article R. 1131-6 du code de la santé publique pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire.

Article 2

Le présent agrément est délivré pour une durée de cinq ans. En cas d'urgence, il peut être suspendu à titre conservatoire, pour une durée maximale de trois mois, par le directeur général de l'Agence de la biomédecine. L'agrément peut également être retiré, selon les modalités prévues par les dispositions des articles du code de la santé publique susvisés, en cas de violation des dispositions législatives ou réglementaires applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales, ou de violation des conditions fixées par l'agrément.

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 4 octobre 2022.

Pour le directeur général par intérim et par délégation :
La directrice juridique,
Anne DEBEAUMONT

Agence de la biomédecine

Décision du 4 octobre 2022 du directeur général par intérim de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : SPRB2230680S

Le directeur général par intérim de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1131-3, L. 6211-7, L. 6213-1 et suivants, R. 1131-2, et R. 1131-6 à R. 1131-12 ;

Vu la décision de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine n° 2021-19 du 8 décembre 2021 fixant la composition du dossier prévu à l'article R. 1131-9 du code de la santé publique à produire à l'appui d'une demande d'agrément de praticien pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales ;

Vu la délibération n° 2013-CO-45 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 21 novembre 2013 fixant les critères d'agrément des praticiens pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales en application de l'article L. 1418-4 du code de la santé publique ;

Vu la délibération n° 2021-CO-44 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 18 novembre 2021 modifiant les critères d'agrément des praticiens ;

Vu la demande présentée le 18 août 2022 par Madame Edwige KASPER-LE GUENNEC aux fins d'obtenir un agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire ;

Vu le dossier déclaré complet le 19 août 2022 ;

Considérant que Madame Edwige KASPER-LE GUENNEC, pharmacienne, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées en innovations pharmaceutiques et recherche et d'un doctorat d'université sur les aspects moléculaires et cellulaires de la biologie ; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du laboratoire de génétique moléculaire du centre hospitalier universitaire de Rouen depuis 2017 ; qu'elle dispose d'une autorisation d'exercice de la biologie médicale délivrée par arrêté du ministre chargé de la santé en date du 7 juillet 2022 ; qu'elle justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1^{er}

Madame Edwige KASPER-LE GUENNEC est agréée au titre des articles R. 1131-6 et L. 6213-2 du code de la santé publique pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire.

Article 2

Le présent agrément est délivré pour une durée de cinq ans. En cas d'urgence, il peut être suspendu à titre conservatoire, pour une durée maximale de trois mois, par le directeur général de l'Agence de la biomédecine. L'agrément peut également être retiré, selon les modalités prévues par les dispositions des articles du code de la santé publique susvisés, en cas de violation des dispositions législatives ou réglementaires applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales, ou de violation des conditions fixées par l'agrément.

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 4 octobre 2022.

Pour le directeur général par intérim et par délégation :
La directrice juridique,
Anne DEBEAUMONT

Ministère de la santé et de la prévention

**Arrêté du 5 octobre 2022 portant renouvellement du mandat de directeur général
du Centre Paul STRAUSS, centre de lutte contre le cancer de Strasbourg**

NOR : SPRH2230682A

Le ministre de la santé et de la prévention,

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 6162-10 ;

Vu le décret n° 2021-1645 du 13 décembre 2021 relatif au personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires ;

Vu l'arrêté du 16 juin 2005 modifié fixant la liste des centres de lutte contre le cancer ;

Vu l'arrêté du 15 novembre 2017 portant nomination du directeur général du Centre Paul STRAUSS, centre de lutte contre le cancer à Strasbourg ;

Vu l'avis du conseil d'administration du Centre Paul STRAUSS en date du 23 juin 2022 ;

Vu l'avis de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer du 25 juillet 2022 ;

Vu la candidature présentée par l'intéressé,

Arrête :

Article 1^{er}

Le mandat de directeur général du Centre Paul STRAUSS, centre de lutte contre le cancer de Strasbourg, de Monsieur Xavier PIVOT, professeur des universités-praticien hospitalier au Centre hospitalier et universitaire de Strasbourg, est renouvelé pour une durée de cinq ans à compter du 20 novembre 2022.

Article 2

La directrice générale de l'offre de soins est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 5 octobre 2022.

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

La présente décision peut faire l'objet soit :

- d'un recours gracieux devant le ministre chargé de la santé (Direction générale de l'offre de soins) dans le délai de deux mois suivant sa notification. Un recours contentieux sera possible en cas de rejet explicite ou implicite de l'administration ;
- d'un recours contentieux devant la juridiction administrative compétente (tribunal administratif ou Conseil d'État pour les professeurs des universités-praticiens hospitaliers) dans les deux mois suivant la notification ou les deux mois suivant les décisions de rejet du recours gracieux.


**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION**
*Liberté
Égalité
Fraternité*
INSTRUCTION N° DGOS/PF5/R2/2022/201 du 10 octobre 2022 relative à la nouvelle orientation du programme SI Samu

Le ministre de la santé et de la prévention

à

 Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Référence	NOR : SPRH2224853J (numéro interne : 2022/201)
Date de signature	10/10/2022
Emetteur	Ministère de la santé et de la prévention Direction générale de l'offre de soins
Objet	Nouvelle orientation du programme SI Samu
Commande	Accompagner les Samu-Centre 15 dans le positionnement sur le programme SI Samu d'ici fin 2024.
Action à réaliser	Identifier les Samu-Centre 15 susceptibles de déployer le bandeau national de communication du programme SI Samu d'ici fin 2024.
Echéance	30 décembre 2022 pour les Samu-Centre 15 souhaitant adopter le bandeau de communication du programme SI Samu avant fin 2024
Contacts utiles	Sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins Bureau des systèmes d'information (PF5) Marielle GONZALEZ-GOMEZ Tél : 01 40 56 78 84 Mél : marielle.gonzalez-gomez@sante.gouv.fr Sous-direction de la régulation de l'offre de soins Bureau du premier recours (R2) Julie SOMBIE Tél. : 01 40 56 49 53 Mél. : julie.sombie@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	4 pages + 2 annexes (2 pages) Annexe 1 : Présentation des services maintenus du programme national SI-Samu Annexe 2 : Présentation de la gouvernance du programme national SI-SAMU
Résumé	Instruction engageant les ARS à informer les Directions des établissements de santé sièges de SAMU-Centre15 de la nouvelle orientation du programme SI Samu et de l'identification des SAMU-Centre 15 candidats pour le déploiement du bandeau de communication du programme SI Samu jusqu'en 2024.

Mention Outre-mer	Ces dispositions ne s'appliquent pas aux Outre-mer, ni à la Polynésie française, à la Nouvelle-Calédonie, et à Wallis et Futuna.
Mots-clés	Centres de réception et de régulation des appels d'urgence – SAMU – Centre15 – Programme national SI Samu.
Classement thématique	Etablissements de santé - Organisation
Texte de référence	Néant
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Etablissements de santé sièges de SAMU-Centre 15
Validée par le CNP le 30 septembre 2022 - Visa CNP 2022-106	
Document opposable	Non
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

1. Nouvelle orientation du programme SI Samu

La nouvelle orientation du programme SI-Samu a été arrêtée le 28 février 2022 par le Premier ministre. Cette nouvelle orientation consiste en la conservation des actifs déjà développés, à savoir, le portail SI-Samu, le Bloc-Notes, le service dit OTN (opérateur télécom national), le bandeau de communication et l'infrastructure de télécommunications associée (pour le détail fonctionnel, se reporter à l'annexe 1). La construction du logiciel de régulation médicale (LRM) national est quant à elle arrêtée, au profit d'une logique dite « d'Etat Plateforme ».

La réorientation prévoit ainsi d'une part, de développer des interfaces avec des outils déjà existants pour accélérer la mise à disposition de services fonctionnels auprès des métiers, dont notamment une interface entre le bandeau national et les LRM éditeurs, et d'autre part de faire évoluer fonctionnellement les actifs existants selon les besoins des métiers. Il est également identifié la mise en place d'une interopérabilité entre les logiciels de régulation médicale pour pallier, en partie, l'abandon du LRM national. Enfin, il est également prévu de travailler sur les opportunités de mutualisation d'infrastructures techniques avec les autres forces du secours et de l'urgence tout en maintenant les spécificités métiers de chacune.

2. Modalités de mise en œuvre

Le programme a pour objectif, pour les années 2022 et 2023, la mise en service de nouvelles fonctionnalités :

- L'interfaçage entre l'application SIVIC et le portail SI-Samu (décembre 2022) ;
- L'interfaçage entre le bandeau de communication national et les LRM des éditeurs (mars 2023) ;
- La mise en œuvre de la régulation à distance dans le bandeau de communication national (janvier 2023) ;
- Diverses améliorations fonctionnelles sur le portail et le bandeau au cours du second semestre 2022 ;
- La mise à disposition des rapports d'activité téléphoniques via la gestion électronique documentaire (GED) du portail (mars 2023).

Une partie de l'année 2023 sera également consacrée à la réversibilité de la solution, c'est-à-dire le transfert de l'hébergement et de l'exploitation vers de nouveaux industriels, le marché arrivant à son terme au quatrième trimestre 2023.

Parallèlement à ces travaux, de nouveaux objectifs d'évolutions fonctionnelles seront définis par les représentants des utilisateurs (Samu et médecine libérale) dès les prochains mois dans le cadre de la reprise des groupes de travail thématiques (GTT) métier animés par le Centre d'Expertise Fonctionnel (CEF) du programme SI-Samu, dont notamment les adaptations liées à l'organisation du SAS (Service d'Accès aux Soins) à apporter au bandeau de communication national du programme SI Samu et la spécification de l'interopérabilité entre les logiciels de régulation médicale.

3. Trajectoire de déploiement

En terme de trajectoire de déploiement du bandeau de communication national dans les Samu, dix-sept Samu devront l'avoir déployé d'ici fin 2024. Cet objectif est une étape cruciale dans le programme. La DGOS, en lien avec l'Agence du numérique en santé (ANS), travaille à une augmentation de la capacité de déploiement, tout particulièrement dès l'année 2024.

A ce jour, trois Samu bénéficient du bandeau téléphonique national : le Samu de Mulhouse, le Samu de Laval et le Samu de Rodez. Un autre Samu bénéficiera du déploiement en 2022, le Samu de Beauvais (octobre).

Cinq nouveaux Samu sont entrés dès juin 2022 en phase de cadrage (Privas, Troyes, Mende, Nîmes et Tarbes) et un Samu (Avignon) débutera d'ici la fin de l'année 2022 la phase de cadrage. Ces Samu ont été retenus sur la base de différents critères portant notamment sur le niveau de fragilité et d'obsolescence des infrastructures téléphoniques et applicatives, la difficulté de l'établissement à assurer la maintenance et l'évolution d'un système complexe en propre ou de l'abandon d'une plate-forme commune avec le SDIS.

Après avoir commencé à construire la trajectoire de déploiement du bandeau de communication pour les années 2022 et 2023, suite à la décision du Premier ministre du début de l'année 2022, **nous vous consultons pour recueillir les attentes de vos Samu concernant la trajectoire de déploiement de l'année 2024.**

Il s'agit de nous faire connaître tous les Samu volontaires pour rejoindre le programme national pour un déploiement au cours de l'année 2024.

La priorisation des Samu sera décidée lors du comité de programme du SI Samu planifié en février 2023, qui est l'instance de pilotage. Une attention particulière sera accordée aux Samu concernés par des fragilités techniques au niveau des infrastructures et systèmes concourant à la prise des appels d'urgence, aux Samu qui nécessiteraient des investissements sur ces infrastructures et systèmes dans la période 2023-2025 ou les Samu concernés par des fins de marchés de prestataires participants au maintien en condition opérationnelle de ces infrastructures et systèmes dans la période 2023-2025.

4. Stratégie de modernisation des LRM des Samu

Une stratégie de modernisation des LRM des Samu est en cours de définition pour l'accompagnement des Samu dans l'amélioration de leurs outils. Deux axes sont identifiés : un axe financier et un axe d'accompagnement à la modernisation des LRM éditeurs actuels.

Concernant **l'axe financier**, nous proposons deux modalités d'accompagnement via une délégation de crédits FMIS :

- D'une part, un **soutien financier pour la période 2022-2024** :
 - Pour apporter aux **Samu qui mettent en place le bandeau de communication national**, le financement leur permettant **d'acquérir une version de LRM interfacée avec le bandeau.**
 - Le cas échéant, un **soutien financier ponctuel** pourra être consenti pour assurer le **maintien en condition opérationnelle des infrastructures et systèmes concourant à la prise d'appels pour attendre la mise en service du bandeau national dans leur Samu.**
 - Un **montant financier pourra être accordé pour contribuer au financement des prestations engagées par le Samu pour le déploiement du bandeau**, lorsque ce déploiement ne peut pas être assuré par les équipes internes de l'établissement de santé.

La condition pour bénéficier d'un financement, selon les situations précitées, est que le Samu soit inscrit dans la trajectoire de déploiement du bandeau national SI Samu pour la période 2022-2024.

- D'autre part, pour la période 2022-2024, période de transition avant la modernisation des LRM éditeurs (cf. *infra*), **un financement aux Samu en situation de fragilités techniques sur les infrastructures concourant au fonctionnement des LRM**, lorsque le maintien en condition opérationnelle ne peut pas être complètement assuré par le financement existant du Samu (MIG SAMU).

Concernant **l'axe d'accompagnement de la modernisation des LRM éditeurs actuels**, le constat a été fait que les Samu ne sont actuellement pas tous équipés de solutions technico-fonctionnelles qui répondent à leurs besoins. De plus, des projets nationaux, ministériels comme le SAS (Service d'Accès aux Soins), ou interministériels comme le RRF (Réseau Radio du Futur), le CISU (Cadre d'Interopérabilité entre les Services d'Urgence), la modernisation de la PFLAU (PlateForme de Localisation des Appels d'Urgence) ou de la géolocalisation AML (Advanced Mobile Location), vont nécessiter des évolutions fonctionnelles des LRM éditeurs au cours des années 2023-2024. **Enfin, les besoins d'interopérabilité et de partage de données entre les Samu demeurent et la construction de référentiels nationaux sur l'activité des Samu reste nécessaire.**

Pour identifier, partager et prioriser l'ensemble des chantiers à mener, il est proposé de s'appuyer sur les GTT métier du programme SI-Samu. Les GTT métier pourront être élargis, selon les thèmes à traiter, à des représentants de Samu ou de médecine libérale utilisateurs des cinq éditeurs de LRM, à des représentants d'ARS, aux éditeurs de LRM et aux porteurs des projets connexes. L'une des conditions de réussite sera la concertation au sein de la communauté des métiers et avec les éditeurs de LRM.

5. Consultation des ARS

Nous vous remercions de faire connaître à la DGOS (dgos-pf5@sante.gouv.fr) pour le 30 décembre 2022 la liste des Samu candidats pour déployer le bandeau de communication national du programme SI Samu au cours de l'année 2024.

Au fil de l'eau pour la **période 2022-2024**, vous pouvez adresser à la DGOS (dgos-pf5@sante.gouv.fr) les besoins de financement des Samu relatifs aux modalités d'accompagnement précisées *supra*. Le besoin de financement devra être détaillé. Un contact dans chaque Samu et ARS à l'origine d'une demande de financement devra être indiqué.

6. Validation de la trajectoire de déploiement du bandeau de communication du programme SI Samu pour l'année 2024

La trajectoire de déploiement pour l'année 2023 est quasiment définie et sera validée avant la fin de l'année 2022 dans le cadre du comité de programme élargi, associant la DGOS, l'ANS, la DNS et les représentants de la médecine d'urgence et de la médecine libérale. Cette trajectoire a été construite par l'ANS, en lien avec la DGOS, sur la base des fragilités techniques déjà connus de ces Samu.

La trajectoire de déploiement pour l'année 2024 sera validée en février 2023 par le comité de programme.

La gouvernance du programme a été adaptée et est présentée en annexe 2, pour information.

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

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



Pierre PRIBILE



Cécile LAMBERT

Annexe 1 : Présentation des services maintenus du programme national SI-Samu



LE PORTAIL : LE POINT D'ENTRÉE VERS LE SI-SAMU ♦ Déploiement actuel : 83 Samu et 10 ARS

- Un outil collaboratif avec la **main courante** pour partager simultanément une information avec tous les utilisateurs d'un groupe (à l'intérieur d'un Samu, entre Samu, etc.) et la **messaging instantanée** pour échanger avec un autre utilisateur du SI-Samu
- Un outil de gestion de crise. Les **événements** pour partager des informations utiles entre entités (à travers une main courante et une cartographie partagées) pendant la gestion d'un événement, programmé ou non



L'OPÉRATEUR TELECOM NATIONAL (OTN) : SÉCURISATION DES ACCÈS TÉLÉPHONIQUES ♦ Déploiement actuel : 28 Samu

- Un premier niveau de sécurisation des appels entrants pour gérer des pannes ou des interventions programmées
- Les rapports statistiques produits par le SI-Samu sur l'ensemble des appels entrants permettent d'apporter une vue unifiée de l'activité téléphonique



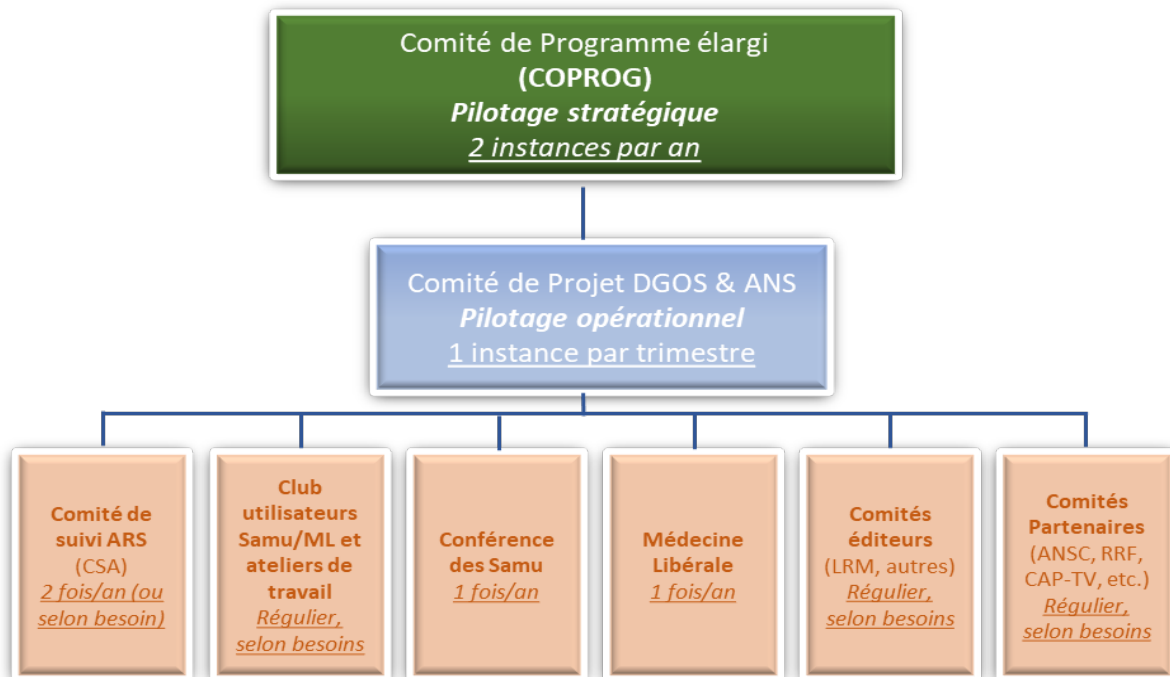
LE BANDEAU DE COMMUNICATION : SOLUTION DE TÉLÉPHONIE AVANCÉE ♦ Déploiement actuel : 2 Samu

- Une solution centralisée de téléphonie avancée permettant un pilotage graphique des appels
- Une architecture hautement disponible et résiliente de bout en bout du traitement de l'appel
- L'enregistrement de l'ensemble des séquences d'appels

La trajectoire fonctionnelle 2022 prévoit l'apport des fonctionnalités suivantes aux actifs existants du programme :

- **Sur le Portail SI-Samu** : la mise en place d'une interface avec le Portail SIVIC (traitement des événements en commun, synchronisation et partage des données patients) ;
- **Sur le Bandeau de communication national** : la mise en place d'une interface pour les solutions des éditeurs de LRM (partage du numéro de l'appelant avec le LRM ; possibilité de composer un appel depuis le LRM) ; la possibilité d'usages du Bandeau de communication hors CRRA (régulation à distance) ;
- **Statistiques** : l'industrialisation de la production des statistiques d'appels et l'extension du périmètre fonctionnel des statistiques proposées ;
- **Sur l'ensemble des actifs** : la prise en compte d'évolutions permettant de répondre aux demandes terrain qui favorisent le déploiement de nouveaux Samu.

Annexe 2 : Présentation de la gouvernance du programme national SI-Samu



La nouvelle gouvernance du programme vise à renforcer l'efficacité et la proximité avec les besoins métiers dans les prises de décision :

- **Sur le plan stratégique :**

- Un *Comité de Programme* élargi semestriel : instance de pilotage stratégique, réunissant DGOS, DNS, ANS, représentants « Médecine d'Urgence » et représentants « Médecine Libérale » ;
- Ce comité a pour objectif de rapprocher les représentants métiers, institutionnels et opérationnels du programme afin de faciliter les arbitrages stratégiques sur le programme.

- **Sur le plan opérationnel :**

- *Comité de Projet* MSP et ANS pour le pilotage opérationnel, réuni tous les trois mois ;
- *Comité de Suivi ARS* (pour information et consultation sur la construction de la trajectoire de déploiement et de modernisation des SI des Samu et l'avancement du programme national) ;
- Création d'un *Comité Editeurs* pour construire une nouvelle collaboration entre les éditeurs et le programme ;
- Maintien des *Comités Partenaires* avec les acteurs institutionnels du secours et de l'urgence (ministère de l'intérieur, ANSC, CCED, etc.) ;
- Simplification des comités métier pour ne conserver que les instances de construction des spécifications (*Centre d'Expertise Fonctionnelle (CEF)*, *Groupe de Travail thématique (GTT)* et ateliers de travail) et les instances de communication vers les communautés professionnelles (*Conférence des Samu*, *Médecine Libérale*). Les GTT métier permettent d'identifier les évolutions fonctionnelles à apporter au programme et de cadrer les besoins d'évolution et d'interopérabilité des logiciels de régulation médicale notamment.



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

*Liberté
Égalité
Fraternité*

INSTRUCTION N° DGOS/R4/2022/217 du 10 octobre 2022 relative au nouveau cahier des charges des consultations mémoire et des centres mémoire ressources et recherche

Le ministre de la santé et de la prévention

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Référence	NOR : SPRH2227923J (numéro interne : 2022/217)
Date de signature	10/10/2022
Emetteur	Ministère de la santé et de la prévention Direction générale de l'offre de soins
Objet	Nouveau cahier des charges des consultations mémoire et des centres mémoire ressources et recherche
Commande	Labellisation des consultations mémoire de territoire, de proximité et des centres mémoire ressources et recherche.
Actions à réaliser	Labellisation des consultations mémoire de territoire et des centres mémoire ressources et recherche sur la base de leur nouveau cahier des charges. Identification des consultations mémoire de proximité selon les besoins en région.
Echéance	Action menée jusqu'au 30 novembre 2023
Contact utile	Sous-direction de la régulation de l'offre de soins Bureau des prises en charge post-aigües, pathologies chroniques et santé mentale Anne-Noëlle Machu Tél. : 01 40 56 45 97 Mél. : anne-noelle.machu@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	6 pages + 9 annexes (20 pages) Annexe 1 – Stratégie diagnostique - schéma Annexe 2 – Rôle des acteurs de la prise en soins et place du médecin traitant Annexe 3 – Cahier des charges des consultations mémoire de territoire Annexe 4 – Cahier des charges des consultations mémoire de proximité Annexe 5 – Cahier des charges des centres mémoire ressources et recherche

	Annexe 6 – Critères de labellisation des CM de territoire et des CMRR Annexe 7 – Rapport d'activité des consultations mémoire de proximité Annexe 8 – Rapport d'activité des consultations mémoire de territoire Annexe 9 – Rapport d'activité des centres mémoire ressources et recherche
Résumé	En application de la mesure 2 de la feuille de route sur les maladies neurodégénératives 2021-2022, la présente instruction vise à engager une relabellisation des 422 consultations mémoire (CM) et des 28 centres mémoire ressources et recherche (CMRR) constituant l'offre diagnostic, d'expertise et de recherche sur la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées en France. Le nouveau cahier des charges vise à renforcer l'accessibilité et la qualité de cette offre, déployer leur appui aux acteurs de proximité intervenant auprès des personnes et leurs aidants, et renforcer la coordination de ce réseau d'acteurs.
Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle-Calédonie, et de Wallis et Futuna.
Mots-clés	Maladie d'Alzheimer ; maladies apparentées à la maladie d'Alzheimer ; consultations mémoire de territoire ; consultations mémoire de proximité ; centres mémoire ressources et recherche ; personnes âgées.
Classement thématique	Etablissements de santé – Organisation
Textes de référence	- Arrêté du 17 juin 2022 fixant la liste des structures, des programmes, des actions, des actes et des produits financés au titre des missions d'intérêt général mentionnées aux articles D. 162-6 et D. 162-7 du code de la sécurité sociale, ainsi que la liste des missions d'intérêt général financées au titre de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-8 ; - CIRCULAIRE N° DGOS/R1/2013/415 du 13 décembre 2013 relative à la campagne tarifaire 2013 des établissements de santé.
Circulaire / instruction abrogée	CIRCULAIRE N° DGOS/DGS/DSS/R4/MC3/2011/394 du 20 octobre 2011 relative à l'organisation de l'offre diagnostique et de suivi pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Etablissements de santé
Validée par le CNP le 30 septembre 2022 - Visa CNP 2022-109	
Document opposable	Oui
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

L'un des objectifs majeurs de la politique nationale portant sur les maladies neurodégénératives (feuille de route 2021-2022) est de garantir une prise en soins adaptée et un parcours sans rupture en tout point du territoire.

S'agissant de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, l'offre de diagnostic et d'appui au parcours construite au fil des plans Alzheimer repose sur un maillage essentiellement hospitalier composé de consultations mémoire (CM) et de centres mémoire de ressources et de recherche (CMRR) labellisés.

La prévalence de ces pathologies va s'amplifier dans les années à venir avec le vieillissement de la population. Elles concernent également près de 55 000 personnes de moins de 65 ans en France, dites personnes malades jeunes. Une prise en charge rapide, adaptée et de qualité implique un positionnement de ces centres sur des missions pleinement tournées et articulées avec les acteurs du parcours en proximité, au premier chef desquels le médecin traitant, et en lien avec les personnes malades et leur entourage.

L'enjeu, sur l'ensemble du territoire, est de parvenir à un diagnostic précoce et à un parcours facilité et structuré pour la personne et son entourage. Ce parcours s'organise grâce à l'association renforcée entre le médecin traitant et les centres mémoire, de manière à réduire les délais d'accès aux consultations, à maintenir un diagnostic de qualité et à organiser un suivi personnalisé sans rupture de parcours.

La présente instruction vise à adapter l'offre de diagnostic et d'appui aux parcours aux enjeux de vieillissement de la population et d'augmentation du nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Cette adaptation est traduite au travers d'un nouveau cahier des charges des consultations mémoire (CM) et des centres mémoire, ressources et recherche (CMRR) afin de garantir l'accessibilité et la qualité de l'offre diagnostique dans les territoires. L'enjeu est également de pouvoir anticiper et mettre à disposition les innovations notamment thérapeutiques au travers de l'accès au diagnostic le plus tôt possible tout en étant accompagné et la mise à disposition de l'expertise et de bonnes pratiques et d'une activité de recherche.

1. Construire une entrée dans le parcours à partir des acteurs du premier recours

Le médecin traitant tient un rôle central dans le repérage des troubles neurocognitifs, l'orientation et la prise en soins des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Il constitue le pivot de la prise en soins des personnes et de leur entourage, avec les acteurs sociaux, médico-sociaux et associatifs permettant de déployer des réponses pour un parcours alliant l'aide et le soin.

Un diagnostic posé au plus tôt est bénéfique et conditionne l'entrée dans un parcours de soins et d'accompagnement médico-social, adapté, coordonné et pluridisciplinaire, synonyme d'une meilleure qualité de vie. Il constitue un enjeu important pour les personnes et leur entourage.

La gradation diagnostique à partir des acteurs de premier recours constitue le cadre dans lequel s'inscrivent les CM et les CMRR. Cette gradation associe les neurologues libéraux. Elle repose sur la stratégie de diagnostic gradué à partir du repérage par le médecin traitant mise au point dans l'action conjointe européenne et les travaux conduits nationalement par la Fédération des centres mémoire et le Collège de médecine générale. Elle figure à ce titre en annexe 1 de la présente instruction. [Vers une stratégie nationale de diagnostic des troubles cognitifs. Approche commune du Collège de médecine générale et des spécialistes des troubles neurocognitifs \(francealzheimer.org\).](#)

Egalement, le guide parcours publié par la Haute Autorité de santé en date de 2018 est l'élément de référence de cette entrée dans le parcours et son déroulé : [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2851128/fr/maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparentees-diagnostiquer-tot-pour-mettre-en-place-un-parcours-de-soins-et-d-accompagnement-adapte.](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2851128/fr/maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparentees-diagnostiquer-tot-pour-mettre-en-place-un-parcours-de-soins-et-d-accompagnement-adapte)

2. Mobiliser les CM et les CMRR pour un accès renforcé au diagnostic et un appui au parcours coordonné

Pour mieux répondre dans l'avenir aux besoins des personnes et des acteurs qui interviennent dans leur prise en charge et leur accompagnement, les missions des centres mémoire et leur maillage doivent répondre à quatre objectifs à travers un nouveau cahier des charges (Annexes 3, 4 et 5) :

- Renforcer un diagnostic de qualité ;
- Favoriser l'accessibilité au diagnostic et maintenir un délai raisonnable au travers d'un accès à des consultations de proximité et d'une diversité d'accès au diagnostic qui peut être hospitalier ou libéral à travers un maillage fonctionnel ;
- Développer les liens et l'appui aux médecins traitants et aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux tout au long d'un parcours renforcé, fluide et gradué, garantissant un plan de soins et d'aide personnalisé et continu, pour les personnes et leur entourage dans une approche éthique ;
- Faciliter l'accès à la recherche.

Le juste positionnement des CM et des CMRR par rapport aux médecins traitants en fonction des situations et diagnostics rencontrés, les rôles des différents acteurs sont, dans cette perspective, précisés en annexe 2 à la présente instruction.

Afin d'optimiser les consultations mémoire, la HAS a mis à disposition un outil de liaison des médecins généralistes vers ces dernières. [Haute Autorité de santé \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr/).

En vue de déployer et de contribuer aux plans de soins et d'aide personnalisés au bénéfice des personnes et de leur entourage, les CM et les CMRR mettent leur expertise à disposition des acteurs du territoire (informations, accès à la formation, appui à des programmes d'éducation thérapeutique, de connaissance sur la prévention, accès à la recherche, etc.). Ils s'appuient sur des outils de coordination partagés (numéro accessible, messagerie sécurisée, télémedecine) afin de proposer des parcours de soins coordonnés et pluriprofessionnels.

Ils mettent à disposition la connaissance des ressources spécialisées sur les territoires avec lesquelles ils entretiennent des collaborations étroites et notamment : les ressources médico-sociales (équipes spécialisées Alzheimer (ESA), pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) des EHPAD ou des unités de soins de longue durée (USLD), les plateformes d'accompagnement et de répit, les unités d'hébergement renforcées (UHR), et les ressources sanitaires comme les unités cognitivo-comportementales (UCC) ou autres.

Les CM et CMRR interviennent en partenariat avec d'autres appuis experts comme la filière gériatrique, les acteurs de la psychiatrie de la personne âgée et les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes (DAC). Ils constituent une expertise que ces derniers doivent pouvoir solliciter. Enfin, ils devront s'articuler avec les centres de ressources territoriaux mis en place dans le cadre des articles L. 312-1, L. 313-1-3 et L. 313-12-3 du code de l'action sociale et des familles instaurés par l'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022.

3. Un maillage lisible et intégré des CM et de CMRR

L'objectif est de renforcer le maillage territorial gradué en région composé :

- Des centres mémoire de ressources et de recherche labellisés ;
- Des consultations mémoires de territoire ;
- Des consultations mémoire de proximité, identifiées par les ARS en fonction des besoins. Elles sont rattachées par convention aux consultations mémoires de territoire. Elles sont implantées dans les établissements de santé ou en médecine de ville (consultations mémoire libérales).

Ce maillage a vocation à permettre un accès au diagnostic des patients et de leurs familles dans un délai raisonnable et à composer un ensemble de consultations et de centres mémoire structurés, et intégrés, rattachés de manière fonctionnelle les uns avec les autres. Il renforce ainsi le soutien mutuel et assure sa lisibilité pour les acteurs. Cette intégration permet la diffusion des protocoles, des pratiques et de la recherche.

Chaque consultation mémoire de territoire sera rattachée fonctionnellement à un CMRR, en charge de coordonner et d'animer leur réseau regroupant également les CM de proximité (régional ou infra-régional dans les régions disposant de plusieurs CMRR).

Les consultations mémoires de proximité seront rattachées fonctionnellement à une consultation mémoire de territoire afin de bénéficier d'un recours à un plateau technique et des compétences dont elle ne disposerait pas (par exemple en neuropsychologues). La consultation de territoire sera également chargée d'appuyer les consultations de proximité dans leurs missions au travers de formations.

Le rôle d'animation par chaque CMRR des CM (y compris de proximité) sur leur territoire constitue une mission fondamentale à renforcer, au travers notamment de réunions annuelles d'information et d'échanges de pratiques.

Les CMRR ont également pour vocation d'animer le réseau des référents des CM pour le remplissage de la Banque Nationale Alzheimer (BNA) dont la refonte, à partir de fin 2022, vise à la fois à renforcer son caractère d'outil de surveillance épidémiologique (qualité et sécurité des données, appariement des données du système national des données de santé, implémentation des UCC) et de pilotage de l'activité des CM et des CMRR. En effet, l'export des données patients vers la BNA par les CM et les CMRR constitue un objectif essentiel qui s'inscrit dans un enjeu de cohérence et de sécurité des systèmes d'information.

Enfin, les CMRR et les CM font partie du collectif composé des centres experts en région sur les maladies neurodégénératives. La réalisation d'échanges, de partenariats et de projets communs, notamment de recherche, constituent des enjeux de ce maillage.

4. Les conditions de la nouvelle labellisation des CM et des CMRR

A compter de la publication de la présente instruction, il convient de procéder jusqu'au 30 novembre 2023 à la nouvelle labellisation des CM de territoire et des CMRR de votre région dans le respect du cahier des charges respectivement en annexes 3 et 5 de la présente instruction.

Cette nouvelle labellisation devra s'appuyer sur une analyse territoriale des besoins de la population et de l'organisation médico-sociale et des soins.

Cela permettra également la reconnaissance par l'ARS des CM de proximité sur la base de leur cahier des charges en annexe 4 de la présente instruction.

La labellisation s'effectuera au niveau de l'entité géographique d'une entité juridique. Lorsqu'une consultation mémoire de territoire ou un CMRR est organisé sur plusieurs sites géographiques de cette entité, elle est dite multisite. L'un des sites est le porteur de la CM ou du CMRR. La décision de labellisation de l'ARS précisera les sites géographiques concernés et le site porteur.

Les critères de labellisation figurent en annexe 6 de la présente instruction.

La décision de labellisation de l'ARS sera prise au plus tard le 31 décembre 2023. A cette date, la liste des CM et des CMRR labellisés en vertu du nouveau cahier des charges sera transmise à la DGOS à l'adresse : DGOS-R4@sante.gouv.fr.

Pour les CMRR, la labellisation comporte l'obligation de produire annuellement un rapport d'activité transmis à l'ARS. Un modèle de rapport d'activité est proposé en annexe 9. A compter de 2023, cette transmission s'effectue via le système d'information Piramig, qui complètera les données de la BNA, dont la refonte a vocation à faciliter l'extraction de ces données.

Les modalités de financement des CMRR feront l'objet d'une nouvelle modélisation de la dotation Mission d'intérêt général (MIG F01) afférente pour 2025 (sur la base des données 2023 et 2024).

Les CM labellisées de territoire doivent également transmettre à l'ARS un rapport d'activité annuel. Un modèle de rapport d'activité est proposé en annexe 8.

Ces données d'activité servent au financement des CM labellisées par l'ARS par des crédits du fonds d'intervention régional (FIR) et par la DGOS par les crédits MIG F01. Ce financement MIGAC a vocation à compenser les surcoûts de la structure liés à ses missions, en complément de financements au titre de son activité de consultation ou d'autres activités. Les ARS adaptent leur financement en fonction de l'activité de chaque consultation mémoire et donc des besoins de leur territoire.

Je vous saurais gré de nous tenir informés de toutes difficultés dans la mise en œuvre de la présente instruction. Les équipes de la DGOS et de la Mission Maladies neurodégénératives se tiennent à votre disposition pour tout complément d'information.

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

A black ink signature that reads "signé" in a stylized, cursive font.

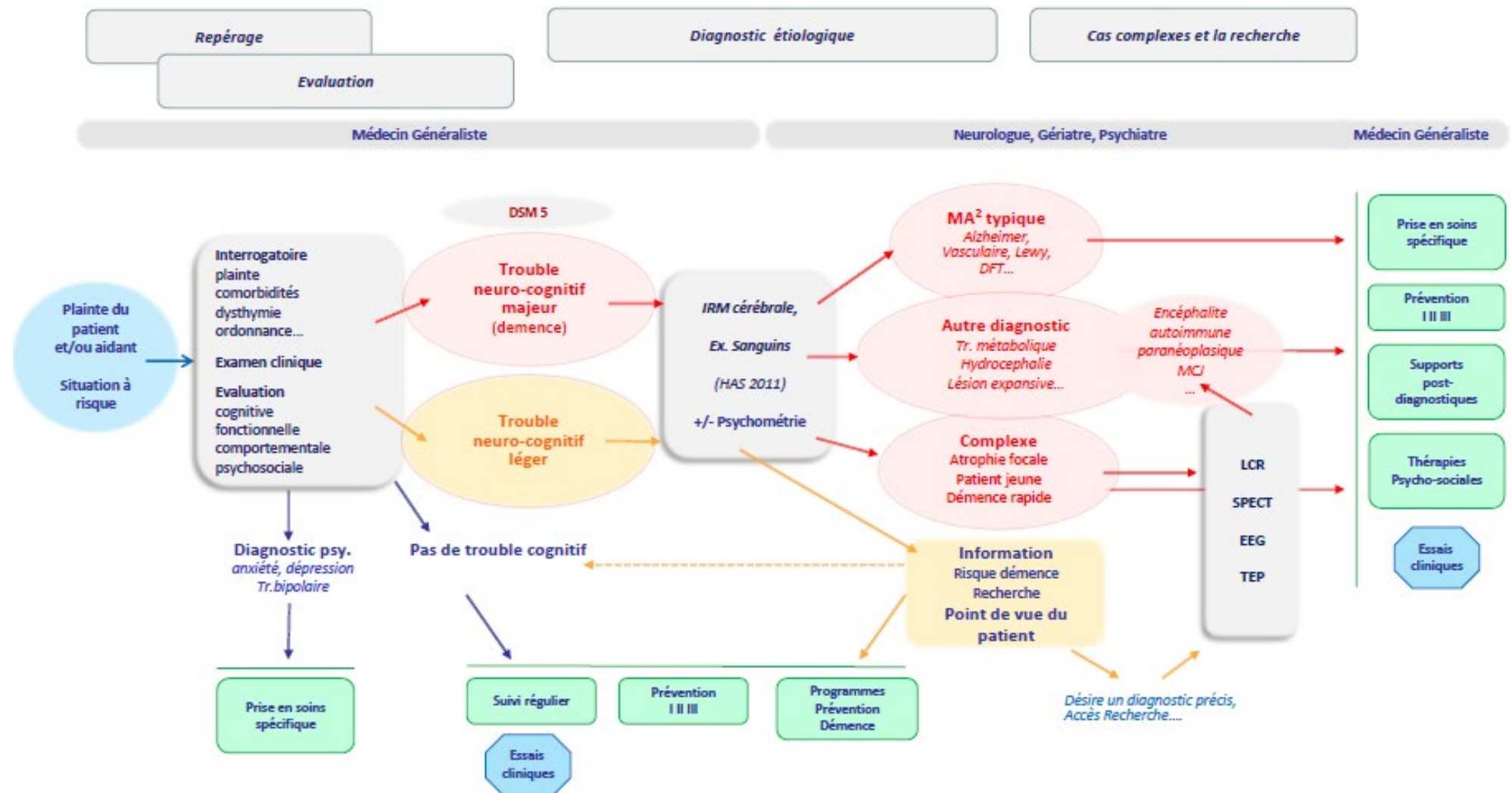
Pierre PRIBILE

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

A black ink signature that reads "signé" in a stylized, cursive font.

Cécile LAMBERT

Annexe 1 – Stratégie diagnostique - schéma



Annexe 2 - Rôle des acteurs de la prise en soins et place du médecin traitant

Le médecin traitant tient un rôle central dans la prise en soins des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Le rôle des différents acteurs peut être résumé comme suit :

	Consultation de diagnostic	Annonce du diagnostic	Elaboration et mise en place d'un plan d'aide et de soins	Organisation du suivi
Médecin traitant	Initie	Première annonce et reprise d'annonce	Organise en concertation avec la consultation mémoire (CM) ou le centre mémoire ressources et recherche (CMRR) ainsi que les ressources sur les territoires	Met en œuvre en s'appuyant sur les autres acteurs concernés Suit en concertation avec le CMRR ou la CM
Consultation mémoire	Affine et confirme	Première annonce	Elabore et propose	Préconise et appuie le premier recours et les acteurs du plan de soins Suit en concertation avec le médecin traitant Facilite l'accès à la recherche clinique de ses patients en lien avec le CMRR
Centre mémoire ressources et recherche	Affine et confirme	Première annonce	Elabore et propose	Préconise et appuie le premier recours, les acteurs du plan de soins et les consultations mémoires Suit en concertation avec le médecin traitant Facilite l'accès à la recherche clinique Participe à la formation des acteurs de la prise en charge

Annexe 3 – Cahier des charges des consultations mémoire de territoire

1. Missions

Prise en soins :

- Affirmer ou infirmer le diagnostic de trouble neuro-cognitif (et le cas échéant son étiologie) des personnes qui viennent consulter ;
- Adresser au centre mémoire ressources et recherche (CMRR) les cas requérant son expertise pour un diagnostic complexe ou atypique ou pour une prise en soins de ces situations complexes, ainsi que les patients jeunes et les patients présentant des formes génétiques ;
- Elaborer et préconiser le plan personnalisé de soins et d'aide du patient (incluant son entourage et son aidant), pour lequel la consultation mémoire a effectué un diagnostic et contribuer à son suivi réalisé par le médecin traitant et d'autres contributeurs des secteurs sanitaire, social et médico-social ;
- Transmettre le résultat du diagnostic au médecin traitant, et le cas échéant au médecin coordonnateur en établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD) dans le respect des recommandations de la Haute Autorité de santé. Cette transmission intègre les informations nécessaires à la continuité des soins et du plan d'aide de la personne, avec un diagnostic de troubles neurocognitifs liés à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée ;
- Remettre à la personne les informations nécessaires à la continuité des soins et le cas échéant à son aidant ;
- Organiser une orientation des personnes et de leur entourage vers les autres acteurs du parcours et notamment les associations de patients ;
- Organiser un appui spécialisé aux médecins traitants et spécialistes et aux professionnels et établissements et services sociaux et médico-sociaux de leur territoire, notamment les EHPAD, les équipes spécialisées Alzheimer (ESA) et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les autres établissements et service médico-sociaux (ESMS) et les unités de soins de longue durée (USLD), en mettant un accès à l'expertise au travers d'une possibilité de télémedecine (télé-expertise), des outils numériques (messagerie sécurisée notamment) et une connaissance des ressources spécialisées ;
- Contribuer au suivi des patients en proximité adressés par le CMRR ;
- Participer à l'organisation du parcours en région des personnes présentant un diagnostic de maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, et à l'animation du réseau de son territoire concernant ces pathologies (ESA, EHPAD, unité cognitivo-comportementale (UCC), autres services sanitaires...). Cette organisation s'effectue en lien avec les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexe et les autres acteurs intervenant sur ces parcours sur les territoires. Cette mission s'effectue en partenariat avec des filières gériatriques de territoire et l'offre de soins de psychiatrie ;
- Le cas échéant, coordonner et animer les consultations mémoire de proximité qui lui sont rattachées par convention sur un territoire défini, mettre à leur disposition son plateau technique et ses compétences, et assurer des réunions pluridisciplinaires au besoin.

Banque Nationale Alzheimer (BNA) :

La CM de territoire assure le renseignement de la BNA, transmet les données/items du corpus minimal des informations Alzheimer (CIMA), dans le respect du règlement général de protection des données (RGPD).

Formation :

- Participer à la formation des professionnels du premier recours et des professionnels des secteurs sanitaires et médico-sociaux qui contribuent au suivi et à l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées ;
- Possibilité de participer à des actions de formation grand public ;
- Participer aux formations proposées par le CMRR.

Recherche :

- Participer directement à la recherche et/ou adresser au CMRR les patients susceptibles de bénéficier d'un essai thérapeutique ou d'un protocole de recherche clinique, ou organiser l'accès à ces essais et ces études en lien avec le CMRR.
- Les CM peuvent participer à des essais cliniques en tant qu'investigateurs si elles sont en mesure de garantir que ceux-ci se déroulent conformément aux bonnes pratiques cliniques et aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Recours :

La consultation mémoire (CM) de territoire est le recours des consultations mémoire de proximité et met ses compétences (par exemple neuropsychologiques prescrits) à disposition des CM de proximité dans les conditions prévues par la convention liant ces centres.

2. Organisation de la consultation mémoire de territoire

Elle peut être organisée sur un seul site ou plusieurs sites géographiques (Finess géographique) d'un établissement de santé d'implantation (Finess juridique).

Dès lors qu'elle est organisée sur plusieurs sites, un des sites est identifié comme le « porteur de consultation mémoire de territoire ». Il accueille le coordonnateur de la consultation mémoire de territoire. En cas d'une organisation multi-site, une coordination ou gouvernance est organisée. La consultation mémoire élabore un projet médical. Ce dernier intègre les partenariats.

Dans le cadre d'une convention, des professionnels d'une consultation mémoire de territoire peuvent exercer, hors les murs de son établissement de santé (entité juridique) sur le site d'une consultation mémoire de proximité.

Fonctionnement :

Le lieu de consultation doit être adapté au public accueilli.

La CM de territoire doit être facilement identifiable au sein de l'établissement de santé quelle que soit son organisation (le cas échéant multi-site). Elle rend visible ses horaires, son organisation ainsi que ses modalités d'accès pour les patients et leurs aidants et les acteurs du territoire (procédure formalisée notamment) et de réponse experte aux sollicitations des professionnels.

La CM de territoire participe aux réunions organisées annuellement par le CMRR qui couvre le territoire dont elle relève.

3. Les partenariats

La consultation mémoire de territoire est le partenaire sur son territoire des acteurs du parcours des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées et notamment des :

- Associations de personnes et de leurs aidants et les plateformes d'accompagnement et de répit ;
- Organisations de soins de premier recours coordonnées (notamment les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ;
- Acteurs sanitaires tels que les UCC, les acteurs sociaux et médico-sociaux du parcours ;
- Dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes (DAC) (évaluation, avis et conseil sur des situations individuelles, appui à l'orientation, participation à l'animation du territoire dans leur domaine, etc.) ;
- Centres de ressources territoriaux (dans ses deux missions : ressources sur le territoire dans le champ de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées et suivi renforcé des personnes âgées au domicile) ;
- Etablissements et services sociaux et médico-sociaux (ESA, EHPAD, accueil de jour) et des USLD accueillant des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées.

Elle désigne un professionnel référent pour les EHPAD, les ESA et les USLD de son territoire. Elle assure son rôle avec les acteurs de la filière gériatrique et la filière neurologique de territoire dont elle est un des partenaires privilégiés.

4. Les moyens

Equipe pluridisciplinaire :

La consultation mémoire de territoire est composée d'une équipe pluridisciplinaire comportant au moins :

- 0,5 ETP médical
 - Avec des compétences médicales en neurologie et/ou gériatrie, et/ou psychiatrie ;
 - Au moins deux des trois disciplines doivent être représentées au sein des personnels médicaux affectés à la CM ou, le cas échéant, un accès rapide à une de ses disciplines doit être formalisé par convention et organisé ;
 - Pour les compétences non représentées, un accès formalisé est organisé (convention).
- 0,5 ETP de neuropsychologue, assuré par un neuropsychologue ou, par défaut, par un psychologue ou un orthophoniste formés à la psychométrie et aux tests neuropsychologiques validés, aux modalités de réadaptation et au soutien aux patients et aux aidants.
- 0,5 ETP de secrétariat assurant entre autres l'accueil des patients et le recueil des données d'activité de la BNA.
- Un temps infirmier de consultation est préconisé en fonction de la file active. L'infirmier formé peut intervenir par exemple dans la consultation d'annonce, l'évaluation des troubles psycho-comportementaux et l'évaluation de l'aidant, l'élaboration et la coordination du plan de soins et d'aide élaboré par la CM s'appuyant sur la filière « Alzheimer » du territoire, en collaboration avec le médecin spécialiste et le médecin traitant.

Ces effectifs sont calculés sur une base de 125 nouveaux patients par an et tiennent compte de l'activité propre à la consultation mémoire et, le cas échéant, de celle induite par les CM de proximité rattachées à la CM de territoire.

Accès à un plateau technique :

La consultation mémoire est dotée d'un accès organisé au plateau technique sur site en propre (de manière dérogatoire par voie de convention) suivant :

- imagerie cérébrale (scanner et IRM) ;
- examens biologiques.

5. Implantation

Une consultation mémoire de territoire peut être implantée sur un site géographique (selon la nomenclature FINESS) ou sur plusieurs sites géographiques du même établissement de santé (entité juridique). La consultation mémoire dessert le territoire définit lors de sa labellisation par l'agence régionale de santé (ARS).

6. Activité cible

La CM de territoire doit avoir pour cible une file active annuelle d'au moins 125 nouveaux patients ayant fait l'objet d'une évaluation neurocognitive constatée.

7. Financements

La CM de territoire est financée par le Fonds d'Intervention Régional (FIR) au regard des surcoûts liés à ses missions. De plus, la CM reçoit un financement au titre de son activité de consultation ou d'une activité d'hôpital de jour. L'établissement ne peut facturer d'acte technique codé ALQP006 (bilan cognitif), réalisé par des neuropsychologues financés sur les crédits FIR attribués.

Annexe 4 - Cahier des charges des consultations mémoire de proximité

Dans certains territoires, des consultations mémoire de proximité peuvent faire l'objet d'une reconnaissance par les agences régionales de santé (ARS) afin de combiner une accessibilité au diagnostic et une facilitation du plan de soins et d'aide partagé avec les professionnels prenant en charge des personnes présentant des troubles neurocognitifs liés à la maladie d'Alzheimer.

Elles peuvent être implantées dans des établissements de santé ou relever du secteur libéral.

Elles se différencient des consultations mémoire de territoire par une absence de plateau technique complet ou de compétences de neuropsychologues. Une convention les lie aux consultations mémoire de territoire afin de définir leurs modalités d'accès aux ressources humaines et plateau techniques de ces dernières.

Ainsi et afin d'assurer leur qualité, le présent cahier des charges définit leurs missions et conditions de leur articulation avec une consultation mémoire de territoire.

I - Consultations mémoire de proximité – conditions générales

1. Missions

La consultation mémoire de proximité assure les missions suivantes :

- Confirmer ou infirmer le diagnostic de trouble neurocognitif ;
- Réaliser un diagnostic étiologique soit au sein de la consultation de proximité ou par adressage à la consultation mémoire de territoire à laquelle elle a passé convention ;
- Contribuer au suivi des patients de sa file active (appui au médecin traitant, équipes des EHPAD parcours de soin...) ;
- Contribuer au suivi de proximité de patients adressés par la consultation mémoire de territoire ou le CMRR à la suite du diagnostic établi relevant de son bassin sanitaire ;
- Participer à l'animation du réseau de son territoire (établissements et services médico-sociaux (dont EHPAD, ESA, accueil de Jour), services sanitaires...).

2. Conditions de fonctionnement

La CM de proximité conventionne avec une consultation mémoire labellisée de territoire dans le cadre d'une convention qui organise l'accès à son plateau technique et aux compétences de la consultation labellisée de territoire, notamment de neuropsychologue.

A minima, elle bénéficie de réunions pluridisciplinaires communes organisées avec la consultation mémoire (CM) labellisée de territoire de rattachement.

Elle participe aux réunions organisées annuellement par le centre mémoire ressource et recherche (CMRR) avec l'ensemble des CM de son territoire.

3. Formation

Les praticiens identifiés s'engagent à participer à au moins une réunion annuelle d'information et de formation assurée par le CMRR.

4. Renseignement de la Banque nationale Alzheimer (BNA)

La reconnaissance par l'ARS d'une consultation mémoire de proximité inclut l'obligation de renseigner la BNA pour les patients qu'elle reçoit. Ce renseignement peut s'effectuer avec l'appui de la consultation mémoire de territoire dans le respect du règlement général de protection des données (RGPD).

Les conditions de cet appui seront précisées dans la convention liant les deux entités.

5. Critères d'activité

La CM de proximité doit avoir une file active d'au moins 50 nouveaux patients ayant fait l'objet d'une évaluation neurocognitive constatée au cours des douze mois de l'année précédant la reconnaissance par l'ARS.

6. Financement

Les consultations mémoire de proximité sont financées par la facturation de leurs activités de consultation.

II – Consultations mémoire de proximité en établissement de santé : conditions spécifiques

La consultation mémoire de proximité en établissement de santé est implantée dans un établissement de santé qui ne dispose pas de tout le plateau technique (IRM et scanner) ou des moyens humains de neuropsychologue.

Elle est implantée dans un établissement de santé (entité juridique) distinct de celui auquel est rattachée la consultation mémoire de territoire à laquelle elle est rattachée.

Moyens

La consultation mémoire de proximité en établissement de santé doit disposer à minima de 0,5 ETP médical (neurologue ou gériatre ou psychiatre).

Le praticien assurant la consultation est soumis aux mêmes exigences de qualification et de formation que les médecins des consultations mémoire de territoire. Il est incité à suivre des formations spécialisées (ex : diplôme inter-universitaire (DIU). Il participe à des formations continues sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées.

III - Consultations mémoire de proximité libérales : conditions spécifiques

Critères de spécialisation et de qualification

Pourront demander à faire l'objet d'une reconnaissance individuellement au titre des consultations mémoire libérales :

- les spécialistes en neurologie ;
- les spécialistes en gériatrie ;
- les spécialistes en psychiatrie ;
- les médecins spécialistes ou qualifiés en médecine générale titulaires d'une capacité de gériatrie, diplôme d'université de médecine de la personne âgée.

Annexe 5 - Cahier des charges des centres mémoire ressources et recherche (CMRR)

1- Les missions des CMRR

Les missions spécifiques du CMRR sont :

- Le recours pour les diagnostics et les prises en soins complexes ;
- L'expertise et l'appui ;
- La coordination territoriale et l'animation du réseau des consultations mémoire ;
- La formation ;
- La recherche.

Le CMRR assure par ailleurs les missions d'une consultation mémoire de territoire pour le secteur géographique qu'il dessert. Il répond alors au cahier des charges des consultations mémoire (CM) de territoire.

a) Une mission de recours pour les diagnostics et les prises en soins complexes

- Assurer une mission de recours pour les CM de territoire ou de proximité et les médecins spécialistes (neurologues, psychiatres, etc.) pour les diagnostics complexes, atypiques (patients présentant des maladies psychiatriques et/ou des symptômes psychiatriques rendant difficile le diagnostic de troubles neurocognitifs, des formes non amnésiques, atrophie corticale postérieure, formes langagières, des formes précoces, patients jeunes ou rapidement progressives). Pour les malades jeunes, il assure cette mission en lien avec le centre malade jeune Alzheimer avec lequel il a passé convention. Pour cette mission de recours, ils collaborent avec les centres maladies rares.

- Élaborer et préconiser, en lien avec les consultations mémoire de territoire, un plan d'aide et de soins informant les personnes et leurs aidants ainsi que les professionnels du premier recours sur les ressources présentes sur les territoires et susceptibles d'être mobilisées pour la prise en soins et l'accompagnement des personnes.

- Contribuer au suivi de la mise en œuvre de ce plan d'aide et de soins qui sera assuré par le médecin traitant, avec les autres professionnels de santé et les acteurs sociaux et médico-sociaux. Dans le cadre de ce suivi, il peut proposer des rendez-vous de suivi, des consultations spécialisées post-annonce diagnostique, des consultations comportement de semi-urgence, de neuro-génétique, de screening pour des études de prévention et des essais thérapeutiques...

- Organiser un appui spécialisé au médecin traitant, spécialistes et aux équipes des ESMS pour le suivi des personnes présentant un diagnostic complexe et atypique : accès à des protocoles, hotline utilisant notamment des outils numériques et de la télémédecine (télé-expertise et téléconsultation).

- Mettre en œuvre des réunions pluridisciplinaires autour de situations individuelles avec des professionnels (professionnels des CM et du premier recours, offre de soins spécialisée) pour les diagnostics complexes et atypiques. Dans ces cas, le CMRR peut être sollicité par le dispositif d'appui à la coordination des parcours de santé complexe (DAC).

- Développer des actions d'éducation thérapeutique spécifiques pour les situations atypiques.

Renseignement de la banque nationale Alzheimer (BNA)

Le CMRR exporte les données relatives aux patients qu'il reçoit vers la BNA dans le respect du règlement général de protection des données (RGPD).

Par ailleurs et de manière facultative :

Le CMRR peut porter une offre de soins, notamment une équipe mobile spécialisée et d'expertise lui permettant d'assurer sur l'ensemble d'un territoire géographique une mission de recours pour les cas complexes et/ou atypiques des troubles psycho-comportementaux sur les lieux de vie des personnes, domicile ou EMS et les autres services des établissements de santé. La mise en œuvre de cette équipe mobile fait l'objet d'une reconnaissance préalable par l'agence régionale de santé. Elle n'émarge pas sur la dotation MIG des CMRR.

Sous réserve de leur capacité à prendre en charge de nouvelles missions sans porter préjudice à celles décrites ci-dessus qui doivent être prioritaires, les CMRR contribuent au développement de l'évaluation des troubles neuro-cognitifs non liés à une maladie d'Alzheimer et une maladie apparentée (personnes handicapées vieillissantes, oncologie, pathologies chroniques d'organe, traumatismes sportifs ...).

b) L'expertise et l'appui

- Appuyer et conseiller sur la prise en soins et l'accompagnement sur son territoire les professionnels du premier recours ou spécialistes (neurologues libéraux, professionnels de la psychiatrie) du secteur sanitaire ou médico-social pour les situations atypiques et complexes, en s'appuyant sur la messagerie sécurisée, la télémedecine (téléconsultation, télé-expertise). Ils diffusent en lien avec les centres maladies rares, la connaissance des publics présentant des démences plus rares ou atypiques qui sont en situation de précarité, migrants ou à la rue ou en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), souvent en forte errance diagnostique.

- Apporter de manière spécifique un appui expert en matière de prévention et de prise en soins des troubles psycho-comportementaux, à destination des médecins traitants ou spécialistes et des médecins coordonnateurs et professionnels d'EHPAD, et des autres intervenants auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées (service de soins infirmiers à domicile SSIAD, ESA, service d'aide à domicile (SAAD), etc.) et de leur entourage, en partenariat avec l'offre de psychiatrie de la personne âgée ou de psychogériatrie.

- Apporter des conseils et de prise en soins des intervenants des complications des maladies neuro-évolutives tels que l'épilepsie, le syndrome parkinsonien, etc... en lien avec les autres lieux d'expertise.

Constituer un lieu ressource

- Elaborer et mettre à disposition des protocoles de soins et des informations sur les thérapeutiques mises en œuvre.

- Mettre à disposition de l'ensemble des acteurs, les ressources présentes sur les territoires (notamment les centres de ressources territoriaux) pour faciliter l'orientation vers les dispositifs de soins et d'aide sur son territoire, mettre à disposition une liste des ressources territoriales.

- Mettre à disposition des CM, des neurologues libéraux et des médecins traitants les dispositifs innovants et les projets de recherche.

- Contribuer au niveau régional à la conception et la mise en œuvre d'actions de prévention de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées dans le cadre d'un plan d'action régional.

- Participer au développement de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) sur les territoires pour les personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer et apparentées et de leur entourage.

- Contribuer au niveau régional, à la diffusion des réflexions et questionnements éthiques, à leur appropriation par les acteurs de la prise en soins en établissement et à domicile, en s'appuyant sur les travaux de l'Espace national de réflexion éthique sur les maladies neurodégénératives (EREMAND) et en complémentarité avec l'espace éthique régional. Il peut notamment organiser un groupe de réflexion éthique associant des professionnels de terrain (sanitaire, médico-social) pour traiter de cas pratiques.

Appui de l'agence régionale de santé (ARS)

Le CMRR intervient en appui de l'ARS pour l'organisation d'un parcours des personnes atteintes de maladies d'Alzheimer et des maladies apparentées et de leurs aidants dans la région.

A leur demande, il peut appuyer l'ARS dans le processus de labellisation des CM du territoire, selon des modalités à co-définir localement ou apporter un appui en cas de difficultés.

A la demande de l'ARS, le CMRR coordonne des travaux et enquêtes sur l'organisation de la prise en soins au niveau régional. Il peut contribuer à l'évaluation de certains dispositifs à la demande des ARS.

c) La coordination territoriale et l'animation du réseau des consultations mémoire

- Assurer un rôle d'animation des CM (CM de territoire et CM de proximité) du territoire qu'il couvre en fonction des configurations régionales et qui lui sont rattachées, notamment par l'organisation de réunions d'information et de partage des données.

Pour ce faire, il anime une à deux réunions annuelles d'information, associant l'ensemble des CM de leur région (ou sous-région lorsque la région compte plusieurs CMRR). Ces réunions incluent une sensibilisation des CM aux enjeux du renseignement de la BNA.

- Animer le réseau des correspondants des CM en charge d'alimenter la BNA et en assurer la formation dans un objectif de qualité des données renseignées.

- Assurer une coordination régionale pour les malades jeunes et les maladies génétiques. Dès lors qu'une région comporte plusieurs CMRR, ils désignent un référent régional spécifique.

- Promouvoir la coordination et la mutualisation avec les autres centres experts et centres de référence pour les autres maladies neurodégénératives (exemples : DPC, actions communes de formation des personnels des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), actions d'éducation thérapeutique communes, projets de recherche en commun, ...).

- Mettre en œuvre un partenariat avec des associations de personnes malades et de leurs proches et veiller à établir des liens privilégiés avec ces associations en proposant notamment des temps d'échange sur l'activité du CMRR et les partenariats développés. Il vient en appui des associations et de leurs actions de communication dans la région.

d) La formation

- Contribuer à la formation des professionnels de santé du premier recours ou hospitaliers de manière générale, des professionnels et dispositifs spécifiques intervenant auprès des personnes et de leur entourage, des personnels des services et établissements sociaux et médico-sociaux.

La mission de formation des CMRR vis-à-vis des professionnels de santé vient en appui ou en complément des actions développées dans le cadre du DPC. Il veille à mobiliser des patients experts et aidants experts dans les formations proposées. Ces formations s'adressent également aux malades ou à leurs représentants et à leurs aidants.

- Assurer des formations universitaires.

e) La recherche

- Assurer une mission de recherche, en complémentarité des missions des autres acteurs de la recherche (par exemple : centres d'excellence pour les maladies neurodégénératives dans les régions où ces centres sont implantés ainsi que, le cas échéant, d'autres centres de référence et de compétences notamment les centres de compétences maladies rares et maladie de Huntington).

- Collaborer et formaliser des partenariats avec des autres équipes de recherche (épidémiologiques, fondamentales, transactionnelles et/ou sciences humaines et sociales).

- Organiser, animer et faciliter l'accès à la recherche clinique, le cas échéant avec un autre CMRR, pour l'ensemble des personnes venues consulter au CMRR ou en CM et organise dans cette perspective des parcours d'accès à la recherche pour l'ensemble des consultations mémoire.

A cet égard :

- il fait connaître les essais thérapeutiques et autres études (interventionnelles, non interventionnelles, pharmacologiques, non pharmacologiques) en cours dans la région auprès des CM, des spécialistes libéraux et des médecins généralistes, des associations de familles et des patients et leurs proches ;

- il crée les conditions d'un accès facilité aux essais conduits dans la région.

- Mener et participer à des projets de recherche :

- Participation comme centre investigateur associé dans des études académiques et/ou industriels.
- Mener en tant qu'investigateur coordinateur des études académiques et/ou industriels.
- Production scientifique : publications dans des revues internationales et/ou à comité de lecture et participation aux communications dans des congrès.
- Rattachement à un établissement public scientifique et technique (EPST) : Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), Centre national de la recherche scientifique (CNRS), etc.

Chaque CMRR est partie prenante à au moins un réseau de recherche national européen ou international (Réseau Recherche Alzheimer...).

Lorsqu'une région comporte plusieurs CMRR, ils se coordonnent pour l'exercice de leurs missions spécifiques de CMRR.

2- Les moyens et l'organisation

Organisation du CMRR

Il peut être organisé sur un seul site ou plusieurs sites géographiques (Finess géographique) d'un établissement de santé d'implantation (Finess juridique).

Dès lors qu'il est organisé sur plusieurs sites, un des sites est identifié comme le « porteur de consultation mémoire de territoire ». Il comporte le coordonnateur du CMRR (qui couvre l'activité de la CMT du CMRR). En cas d'une organisation multi-site, une coordination ou gouvernance est organisée. Le CMRR élabore un seul projet médical en distinguant son projet en qualité de consultation mémoire et de CMRR. Ce dernier intègre les partenariats.

Le coordonnateur assure les fonctions suivantes : il organise l'activité au sein du CMRR et est l'interlocuteur privilégié de l'ARS pour toutes les missions visant à organiser la prise en soins et le parcours des personnes atteintes de MAMA en lien avec les consultations mémoire et les professionnels du premier recours et spécialisés et les structures participant aux soins et l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et apparentées.

Des professionnels d'un CMRR peut exercer, hors les murs de son établissement de santé, (entité juridique) sur le site d'une consultation mémoire de proximité dans le cadre d'une convention.

Moyens humains

Le CMRR est composé d'une équipe pluridisciplinaire dédiée au centre et comprenant à minima :

- Un équivalent temps plein (ETP) médical :
 - Avec des compétences médicales en neurologie, gériatrie, psychiatrie (de préférence de psychiatrie de la personne âgée) ;
 - Au moins deux des trois disciplines doivent être représentées au sein des personnels médicaux affectés au CMRR ;
 - Pour les compétences non représentées, un accès formalisé est organisé (convention).
- Un équivalent temps plein (ETP) de neuropsychologue.
- Des compétences d'infirmier, d'orthophoniste, d'assistante sociale, de secrétaire, d'attaché de recherche clinique.

Il peut avoir recours à d'autres compétences notamment d'ergothérapeute, de psychologue clinicien ou un technicien d'études cliniques ou autres.

Le CMRR peut s'appuyer sur des infirmiers de pratiques avancées (IPA).

L'un des médecins du CMRR assure les fonctions de coordonnateur.

3- Plateau technique

Le CMRR doit disposer d'un accès organisé :

- aux examens biologiques et à la possibilité de réaliser des analyses du liquide cébro-spinal pour les cas qui le justifient ;
- à l'imagerie par résonance magnétique ;
- à l'imagerie fonctionnelle (tomographe à émission de positons) ;
- à d'autres examens spécialisés, en fonction de l'état de l'art.

4- Implantation

Le CMRR est implanté au sein d'un centre hospitalier universitaire (CHU).

A titre dérogatoire, dans certains territoires dépourvus de CHU, il peut être implanté dans un centre hospitalier. Dans cette hypothèse, les conditions d'exercice des missions de recherche sont effectuées dans le cadre d'une convention avec un autre CMRR.

Pour les régions qui ne disposent pas de CMRR (Outre-mer), un CMRR est identifié afin d'assurer une fonction de référent pour les CM concernées.

Le rôle et les modalités d'intervention de ce CMRR de référence seront définis de manière adaptée au regard notamment de l'éloignement géographique.

5- Identification

L'activité du CMRR doit être facilement identifiable au sein de l'établissement de santé quelle que soit son organisation (le cas échéant multi-site). Cette identification s'accompagne de la création d'une unité fonctionnelle.

Le CMRR doit disposer d'un espace internet dédié, soit spécifique, soit sur le site du CHU.

Annexe 6 – Critères de la labellisation des consultations mémoire (CM) de territoire et des centres mémoire de ressource et de recherche (CMRR)

Ces critères de labellisation ont vocation à constituer un socle qui peut être complété par l'agence régionale de santé.

Critères de labellisation des CM de territoire

- Exporter les données du corpus d'information maladie d'Alzheimer (CIMA) vers la banque nationale Alzheimer (BNA) ;
- Interagir en réseau avec les CM de proximité et les CMRR (notamment pour les diagnostics complexes et/ou précoces et l'accès aux protocoles d'essai thérapeutique) ;
- Constituer le partenariat sur son territoire avec les acteurs du parcours des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées ;
- Désigner un référent pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), les USLD et les équipes spécialisées Alzheimer (ESA) de leurs territoires ;
- Offrir un accès direct pour les médecins généralistes et/ou d'autres spécialités ;
- Participer à la formation des professionnels de son territoire ;
- Favoriser la formation des professionnels de la CM ;
- Participer aux réunions organisées par les CMRR de rattachement ;
- Donner accès aux compétences et plateaux techniques aux CM de proximité lorsqu'il en existe sur leur territoire.

Critères de labellisation des CMRR

- Exporter les données du corpus d'information maladie d'Alzheimer (CIMA) vers la BNA ;
- Coordonner et interagir en réseau avec les CM de territoire et les CM de proximité : 1) organisation d'une réunion annuelle, 2) tenir une liste actualisée des CM, 3) utiliser un moyen de communication (ex mailing) ;
- Mettre à disposition l'expertise du CMRR auprès des acteurs, notamment sur les diagnostics précoces et complexes et les troubles psycho-comportementaux liés à ces pathologies, sur la prévention, à l'attention des CM et des médecins de premier recours et des services et établissements médicaux-sociaux et des associations : mise à disposition de protocoles de prise en charge, recours à la télémédecine (télé-expertise, RCP, téléconsultation), mise à disposition d'actions de prévention de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées,
- Etablir un partenariat avec les établissements disposant d'une expertise en psychiatrie notamment en psychiatrie de la personne âgée et les centres de compétence sur les maladies rares : formalisation d'une convention au-delà des relations habituelles, projet collaboratif (interne au CHU) ;
- Participer à la formation des professionnels : CM, professionnels des EHPAD, en lien avec les filières gériatriques de territoire : formation initiale et continue ;
- Contribuer au niveau régional, à la diffusion des réflexions et questionnements éthiques : réunions régionales, information, etc ;
- Désigner un référent pour les centres pour les malades jeunes Alzheimer ;

- Collaboration et formalisation des partenariats avec des autres équipes de recherche (épidémiologiques, fondamentales, transactionnelles et/ou sciences humaines et sociales) ;
- Animer et faciliter un réseau d'accès à la recherche avec les CM, les professionnels du premier recours et les patients : information sur les projets de recherche, nombre de patients inclus, contacts pris avec les associations et les professionnels du premier recours ;
- Mener et participer à des projets de recherche :
 - Participation comme centre investigateur associé dans des études académiques et/ou industriels ;
 - Mener en tant qu'investigateur coordinateur des études académiques et/ou industriels ;
 - Production scientifique : publications dans des revues internationales et/ou à comité de lecture et participation aux communications dans des congrès ;
 - Rattachement à un établissement public scientifique et technique (EPST) : INSERM, CNRS, etc.

Annexe 7 – Rapport d’activité des consultations mémoire de proximité**Descriptif de la consultation mémoire de proximité**

- Raison sociale/établissement de santé (Finess juridique et géographique)/consultation libérale.
- Nom du responsable ou du professionnel libéral/spécialité (neurologie, gériatrie, psychiatrie).
- Personnels (Equivalent temps plein) : médecins, secrétaire, autres.
- Nom de la consultation mémoire de territoire à laquelle la consultation mémoire de proximité est rattachée.

Activités de soins : Data set généré automatiquement à partir de la Banque nationale Alzheimer (année n-1)

- File active.
- Nombre de nouveaux patients.
- Nombre total d’actes (consultations et autres).
- Nombre de consultations de recours (adressage vers la consultation mémoire de territoire/centre mémoire ressource et recherche (CMRR)).
- Participation à des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) avec le CMRR /consultation mémoire de territoire et nombre de dossiers présentés.

Activités d’enseignement et/ou de formations

(Différencier la formation des personnels et la participation à des formations à visée d’autrui).

- Participation à des cours, colloques, formations, séminaires oui/non ; nombre/an.
- Participation aux journées organisées par la consultation mémoire de territoire/centre mémoire ressource et recherche (CMRR)).

Activités de recherche

- Nombre de patients suivis ou adressés à la consultation mémoire de territoire/centre mémoire ressource et recherche (CMRR)) pour participer à la recherche.

Activités d’animation et de coordination

- Liens /partenariats avec les acteurs du médico-social oui/non (réunions, etc.).
- Participation à des réunions avec la consultation mémoire de territoire.

Annexe 8 – Rapport d'activité des consultations mémoire de territoire

Descriptif de la consultation mémoire de territoire

- Raison sociale/établissement de santé (Finess juridique et géographique).
- Si consultation mémoire de territoire multisite : identifier les sites géographiques et le porteur de la consultation mémoire de territoire.
- Nom du responsable /spécialité (neurologie, gériatrie, psychiatrie).
- Personnels (Equivalent temps plein) : médecins, psychologues, secrétaire, infirmier, le cas échéant infirmier de pratique avancée, autres professionnels.

Activités de soins : Data set généré automatiquement à partir de la banque nationale Alzheimer (année n-1)

- File active.
- Nombre de nouveaux patients.
- Nombre total d'actes (consultations et autres).
- Nombre de consultations de recours (adressage par la consultation mémoire de proximité).
- Nombre de patients adressés en recours au centre mémoire ressource et recherche (CMRR) :
 - Adressage par les médecins généralistes
 - Adressage par des médecins spécialistes
 - Adressage par les consultations mémoire de proximité
 - Adressage par les EHPAD ...
- Participation à des réunions de concertation pluridisciplinaires avec le CMRR/ nombre de dossiers présentés.
- Activité d'éducation thérapeutique oui/non et nombre de patients suivis autorisé par les ARS.
- Nombre de téléconsultation/téléexpertise (par téléphone ou visio).

Activités d'enseignement et/ou de formations

(Différencier la formation des personnels de la consultation mémoire de territoire et l'animation de formations).

- Participation des professionnels de la consultation mémoire de territoire à des cours, colloques, formations, séminaires – oui/non.
- Participation aux réunions organisées par le CMRR – oui/non.
- Professionnels concernés : catégorie de professionnels formés.

Activités de recherche

- Participation à des études en tant qu'investigateur associé – oui/non.
- Nombre de patients suivis ou adressés au CMRR pour la participation à la recherche.

Activités d'animation et de coordination

- Nombre de consultations mémoire de proximité liées fonctionnellement à la consultation mémoire de territoire.
- Liens avec les acteurs du social et médico-social oui/non et nombre (réunions, etc...).

Annexe 9 – Rapport d'activité des centres mémoire ressources et recherche (CMRR)

Le présent rapport d'activité couvre pour la partie des RH et financière l'activité totale du CMRR (de recours, expertise, ressources et recherche ainsi que l'activité de consultation mémoire).

La partie financière distingue le montant de la dotation MIG (Mission d'Intérêt Général) afférente au CMRR et FIR (Fonds d'intervention Régional) de la CM du CMRR.

Renseigner le rapport d'activité pour tous les sites géographiques du CMRR (si CMRR multisite).

1. Descriptif du CMRR

- Etablissement de santé - Nom/CHU – Raison sociale – FINESS géographique et juridique.
- Coordonnateur du CMRR : Nom/prénom/Statut (PUPH, MCUPH PH).
- Spécialité du coordonnateur du CMRR : neurologie/gériatrie/psychiatrie ; mixte neurogériatrie/neuropsychiatrie/gérontopsychiatrie.
- Indication des sites géographiques (si CMRR multisite) :
- Indication du site géographique porteur du CMRR.
- Rattaché à un établissement public scientifique et technique (INSERM, CNRS, etc.) oui/non.
- Est-ce que la totalité des ressources et des charges de votre centre sont retracées dans une unité de gestion/unité fonctionnelle dédiée ?
- Existence et présence d'un référent maladies jeunes Alzheimer ; d'un référent démence rares oui/non.
- Nombre des Consultations Mémoire de territoire liées fonctionnellement au CMRR.
- Nombre des Consultations Mémoire de proximité liées fonctionnellement au CMRR.

2. Personnels (ETP) spécifiquement dédiés au CMRR

- Médecins (spécialités),
- Infirmier,
- Le cas échéant, infirmier en pratique avancée,
- Psychologues, neuropsychologues
- Orthophonistes,
- Secrétaires,
- Autres

3. Activité du CMRR

- **Activités de soins :** (Data set généré automatiquement à partir de la banque nationale Alzheimer avec tableau historique)

- Cf. fiche de data (année n-1 et tableau récapitulatif), notamment :
 - File active
 - Nombre de nouveaux patients
 - Nombre de consultations médicales
 - Nombre de consultations de recours – critères de la BNA

- **Adressage**
 - Nombre de patients adressés au centre par des médecins généralistes.
 - Nombre de patients adressés par des neurologues libéraux.
 - Nombre de patients adressés par d'autres spécialités.
 - Nombre de patients adressés par une autre consultation mémoire.
 - Nombre de patients venus spontanément.
- **Accès**
 - Une procédure formalisée pour l'adressage a-t-elle été mise en place par le CMRR ? Si oui préciser ; distinctes pour les cas complexes et atypiques (oui/non).
 - Des horaires/jours spécifiques (soirée, week end ...) ou rendez-vous spécifiques ont-ils été mis en place ? Si oui préciser ; distinctes pour les cas complexes et atypiques (oui/non).
 - Des modalités d'accès en urgence au CMRR (hors service des urgences) ont-ils été mis en place ? Si oui préciser.
- **Activité spécifique**
 - Consultations familles : oui/non.
 - Réunion de groupes de paroles pour les aidants : oui/non : si oui : nombre/an.
 - Consultations d'information à la recherche : oui/non.

4. Activité de ressources et expertises

- Réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) : oui/non ; nombre ; X par mois (réunions de synthèse - cas complexes avec autres spécialistes gériatres, soins palliatifs, psychiatrie et CM de territoire, MAIA/DAC, MG).
- TLC/ : réalisation de TLC – oui/non - créneaux existants identifier le recours.
- TLE de recours – réalisation oui/non – créneaux.
- Education thérapeutique (ETP) :
 - Programme ETP existant au sein du CMRR pour les patients du CMRR - oui/non ; programme déclaré ARS oui/non.
 - Nombre de patients participants à ces programmes d'ETP.
- Participation à des réunions formalisées d'éthique : oui/non ; nombre ; X par an (participation à des réunions des ERRERI /ERMAND).
- Partenariat avec des dispositifs d'appui aux aidants.
- Elaboration de protocoles de soins ? Oui/non. Si oui quelles thématiques ?
- Diffusion de protocole de soins ? Oui/non : thématiques.
- Participation à la conception et mise en œuvre d'actions de prévention de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : oui/non.

5. Activités d'animation et coordination des CM

- Réunions annuelles (oui/non) et nombre : dans le rôle d'animation des CM rattachées fonctionnellement au CMRR.

6. Activités de pédagogie et d'enseignement (différencier participation et/ou organisation)

- Organisation des formations par le CMRR : oui/non nom, type (DIU, DU, Master, CU...) et public cible.
- Nombre de cours, colloques, séminaires, formations : oui/non ; nombre d'heures/an :
 - Formation continue : par ex DIU, DU ; oui/non formation porteurs oui/non ; formation qualifiante pour paramédicaux, DPC (volume horaire de l'ensemble de l'équipe du CMRR) sur les MND.
 - Formation continue réalisée par le CMRR auprès des EHPAD, médecins généralistes, paramédicaux (volume horaire de l'ensemble de l'équipe du CMRR).
 - Nombre de stagiaires accueillis au sein du CMRR.
 - Internes, externes.
 - Etudiants en licence, master1 et/ou 2, thèse d'université, postdoctorant.
 - Infirmier, psychologue, orthophoniste, autre.
 - Personnel recherche.

7. Activités de recherche (concerne l'année n-1)

A/ THEMATIQUES DE RECHERCHE clinique, translationnelle et/ou fondamentale
(n'indiquez que vos thématiques de recherche principales maximum 5).

B/ PRODUCTION SCIENTIFIQUE

- Nombre de publications en lien avec l'activité de la structure dans des revues internationales et/ou à comité de lecture.
- Nombre de points SIGAPS sur les 5 dernières. (Mettre le tableau SIGAPS).
- Nombre de communications orales et invitation en congrès.

C/ RECHERCHE CLINIQUE

- **Recherche clinique académique**
- Nombre d'études (et noms) en cours en tant que centre investigateur associé (préciser si multicentriques, nationales, internationales et le financement etc.).
- Nombre (et noms) d'études en cours en tant que centre investigateur principal en précisant multicentriques, monocentriques et le financement.
- Nombre total de patients inclus dans les études en cours.
- **Recherche clinique industrielle**
- Nombre d'études en tant que centre investigateur associé (indiquez les phases des essais 1,2,3,4, le caractère mono ou multicentrique, national ou internationale et le nom de la maladie) :
- Nombre (et noms) d'études en tant que centre investigateur coordonnateur indiquez les phases des essais 1,2,3,4, le caractère mono ou multicentrique, national ou internationale et le nom de la maladie) :
- Nombre total de patients inclus dans les essais.

D/ RECHERCHE FONDAMENTALE ET/OU TRANSLATIONNELLE

Modèles et méthodes utilisées (de façon synthétique).

Nombre de protocoles et/ou de financements en cours (précisez si national, international, académique ou industrielles).



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

*Liberté
Égalité
Fraternité*

INSTRUCTION N° DGOS/R4/2022/219 du 10 octobre 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme de l'autorisation d'activité de soins d'hospitalisation à domicile

Le ministre de la santé et de la prévention

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Référence	NOR : SPRH2227929J (numéro interne : 2022/219)
Date de signature	10/10/2022
Emetteur	Ministère de la santé et de la prévention Direction générale de l'offre de soins
Objet	Mise en œuvre de la réforme des autorisations d'activité de soins d'hospitalisation à domicile
Commande	Mettre en œuvre le nouveau régime des autorisations d'activité de soins d'hospitalisation à domicile.
Actions à réaliser	Prendre en compte dans les travaux de rédaction des Projets régionaux de santé (PRS) 2023-2028 le futur régime d'autorisation des activités de soins ; Accompagner les évolutions de l'offre issues du nouveau régime.
Echéances	Mise en œuvre dans le cadre de la publication des projets régionaux de santé 2023-2028 au plus tard au 1 ^{er} novembre 2023 et poursuite des actions les années suivantes
Contact utile	Sous-direction de la régulation de l'offre de soins Bureau des prises en charge post-aigües, pathologies chroniques et santé mentale (R4) Marc BEFFA Tél. : 01 40 56 67 36 Mél. : marc.beffa-gorse@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	12 pages + 2 annexes (6 pages) Annexe 1 – Conventions relatives à la mise en œuvre de l'autorisation d'HAD Annexe 2 – Conventions relatives à l'articulation entre HAD et établissement et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS)

Résumé	La présente instruction précise les modalités de mise en œuvre de la réforme de l'activité de soins d'hospitalisation à domicile et détaille les orientations à retenir pour la rédaction des schémas régionaux de santé dans leur versant relatif à l'hospitalisation à domicile en vue de la délivrance des nouvelles autorisations d'activité de soins.
Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle-Calédonie et de Wallis et Futuna.
Mots-clés	Hospitalisation à domicile (HAD), domicile, autorisation.
Classement thématique	Etablissements de santé - Organisation
Textes de référence	- Ordonnance n° 2021-583 du 12 mai 2021 portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds ; - Article L. 6122-13 du code de la santé publique ; - Articles R. 6122-32 et R. 6122-35 du code de la santé publique ; - Articles D. 6124-204 et D. 6124-205 du code de la santé publique ; - Décret n° 2021-1954 du 31 décembre 2021 relatif aux conditions d'implantation de l'activité d'hospitalisation à domicile ; - Arrêté du 11 février 2022 modifiant l'arrêté du 1^{er} juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire et les arrêtés des 14 octobre et 10 novembre 2021 modifiant l'arrêté du 1^{er} juin 2021.
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Etablissements de santé et établissements sociaux et médico-sociaux
Validée par le CNP le 30 septembre 2022 - Visa CNP 2022-110	
Document opposable	Oui
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

L'hospitalisation à domicile (HAD) assure une offre à part entière, capable de mettre en œuvre des soins complexes, continus et coordonnés ainsi que d'agréger des compétences autour d'un projet thérapeutique complet dans une logique de proximité. Elle constitue une réponse au souhait croissant des français d'être soignés chez eux.

Avec 155 000 patients hospitalisés en France en 2021 dans 282 établissements, l'HAD bénéficie en France d'un niveau de structuration nationale sans égal au niveau européen. Durant la crise, sa mobilisation a permis d'apporter un appui sanitaire aux EHPAD, d'éviter des hospitalisations et de fournir des solutions d'aval aux hôpitaux en tension.

En 2021, l'HAD représentait :

- ⇒ 282 établissements dont :
 - 108 établissements publics
 - 113 établissements privés non lucratifs
 - 61 établissements privés lucratifs
- ⇒ 155 000 patients en 2021 pris en charge pour 6,7 millions de journées dont :
 - 1,5 millions dans le public
 - 3,8 millions dans le privé à but non lucratif
 - 1,4 millions dans le privé lucratif
- ⇒ Prises en charge principales (en nombre de patients) : soins palliatifs (28%), pansements complexes (25%), soins de nursing lourds, (8%).

Si l'HAD dans son ensemble a fait preuve, en particulier durant la crise sanitaire, d'une capacité de mobilisation importante, l'offre nationale demeure néanmoins hétérogène. Par ailleurs, l'HAD est insuffisamment connue et prescrite et souvent insuffisamment intégrée dans les filières de soins et les parcours patients. De ce fait, la part des séjours en HAD est insuffisante au regard de son potentiel et, malgré son indéniable apport, ne permet pas de réduire la durée des séjours en hospitalisation avec hébergement ni de prévenir d'éventuelles hospitalisations conventionnelles. Pour structurer des liens de confiance pérennes avec les prescripteurs et construire des parcours patients efficaces, la réactivité des établissements d'HAD comme l'anticipation et l'organisation structurée des sorties par les établissements prescripteurs sont des éléments majeurs.

Face à ces constats, il importe d'être plus ambitieux dans le recours à l'HAD et désormais de poursuivre un double objectif, quantitatif et qualitatif.

La présente réforme fait de l'HAD une activité de soins à part entière. L'offre d'HAD doit adapter ses prises en charge et élargir son périmètre d'intervention. Les HAD doivent, à terme, être en capacité d'offrir, seules ou en partenariat, un éventail de compétences diversifiées.

Ainsi, il est attendu de l'HAD qu'elle constitue une offre de soins :

- accessible à tous sur son lieu de vie, complémentaire de la ville et de l'hôpital ;
- de qualité, répondant aux exigences de sécurité de tout établissement de santé et à même de se substituer efficacement à l'hospitalisation conventionnelle ;
- réactive, en capacité d'intervenir en aval hospitalier, en évitement de tout ou partie d'un séjour en établissement avec hébergement et en appui sanitaire sur le lieu de vie des personnes âgées, en situation de handicap ou de précarité.

Pour concrétiser cet objectif et développer cette offre de soins dans les 5 années à venir, la feuille de route HAD 2021-2026 établit des priorités partagées avec les acteurs de l'HAD. Les représentants des partenaires hospitaliers et libéraux de l'HAD ont été associés à son élaboration.

Parmi celles-ci, le développement des prises en charge spécialisées telles que la pédiatrie et la périnatalité ; la gériatrie ; la cancérologie ; la réadaptation ; la transfusion sanguine ; la prise en charge des maladies neurodégénératives et les soins palliatifs constitue un objectif particulièrement important.

Ce développement s'appuie notamment sur l'élaboration de partenariats formalisés avec les établissements d'hospitalisation avec hébergement dont il conviendra de s'assurer de l'effective opérationnalité.

La déclinaison en région de la feuille de route HAD 2021-2026 bénéficie d'un appui de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) dans le cadre de la communauté de pratiques des référents HAD en agence régionale de santé (ARS) qu'elle anime.

Les objectifs concernant le développement de l'offre d'HAD au sein du système de santé sont que :

- les établissements d'HAD poursuivent leur engagement dans les évolutions indispensables en termes de structuration, de réactivité et d'organisation ;
- les établissements de santé assurant l'hospitalisation avec hébergement, intègrent davantage l'HAD dans le parcours de soins, y compris sur de nouveaux segments d'activité et de façon plus précoce dans les parcours des patients ;
- les médecins libéraux prescrivent un recours à l'HAD quand un passage par les établissements d'hospitalisation avec hébergement peut être évité.

Vous veillerez à la mise en œuvre de cette réforme en prenant en compte ces orientations dans la rédaction des schémas régionaux de santé 2023-2028.

1. Mise en œuvre de la réforme des autorisations

La réforme des autorisations, dont l'entrée en vigueur aura lieu en 2023 fait de l'HAD, à l'instar des activités de médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique, soins de suite et de réadaptation (SSR) – soins médicaux et de réadaptation (SMR) au 1^{er} juin 2023 – ou encore de psychiatrie, une activité de soins à part entière, n'appartenant plus à un régime d'exception et disposant de conditions d'implantation (CI) et de conditions techniques de fonctionnement (CTF) propres. Elle renforce les exigences associées à l'autorisation d'HAD et simplifie le cadre de ses interventions pour en favoriser la réactivité et la bonne intégration dans les filières de soins.

1.1. Création d'une activité de soins d'HAD à part entière

[L'ordonnance n° 2021-583 du 12 mai 2021](#) portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds fait de l'HAD une activité de soins à part entière. La notion d'« établissement d'hospitalisation à domicile » disparaît désormais au profit de celle de « titulaire d'autorisation d'activité de soins d'HAD ».

Le [décret n° 2021-1954 du 31 décembre 2021 relatif aux conditions d'implantation](#) et le [décret du 31 janvier 2022 n° 2022-102 relatif aux conditions techniques de fonctionnement](#) de l'activité d'HAD définissent le régime de la nouvelle activité de soins d'HAD. Cette nouvelle activité est déclinée en quatre mentions :

- **Socle** : ensemble des prises en charge à l'exception de celles entrant dans le périmètre des autres mentions¹ ;
- **Réadaptation** : ensemble des prises en charge de réadaptation répondant aux critères définis par le décret CTF (au moins 5 actes par semaine dispensés par au moins deux professions de santé différentes) ;
- **Enfants de moins de trois ans** : ensemble des prises en charge réalisées sur les enfants de moins de trois ans, dont la néonatalogie² ;
- **Ante et post-partum** : ensemble des prises en charge réalisées dans le cadre du suivi ante et post partum intégrant une dimension pathologique.

Un même établissement peut être autorisé au titre de plusieurs mentions. Les établissements précisent, dans leur demande d'autorisation, le type de patients accueillis. Ils justifient, le cas échéant, des exigences complémentaires demandées pour certaines prises en charge, telles que l'oncohématologie pédiatrique ou la néonatalogie.

¹ Les enfants en soins palliatifs peuvent être pris en charge par une HAD de mention « socle » exclusive quel que soit leur âge, sous réserve du recours à une expertise pédiatrique.

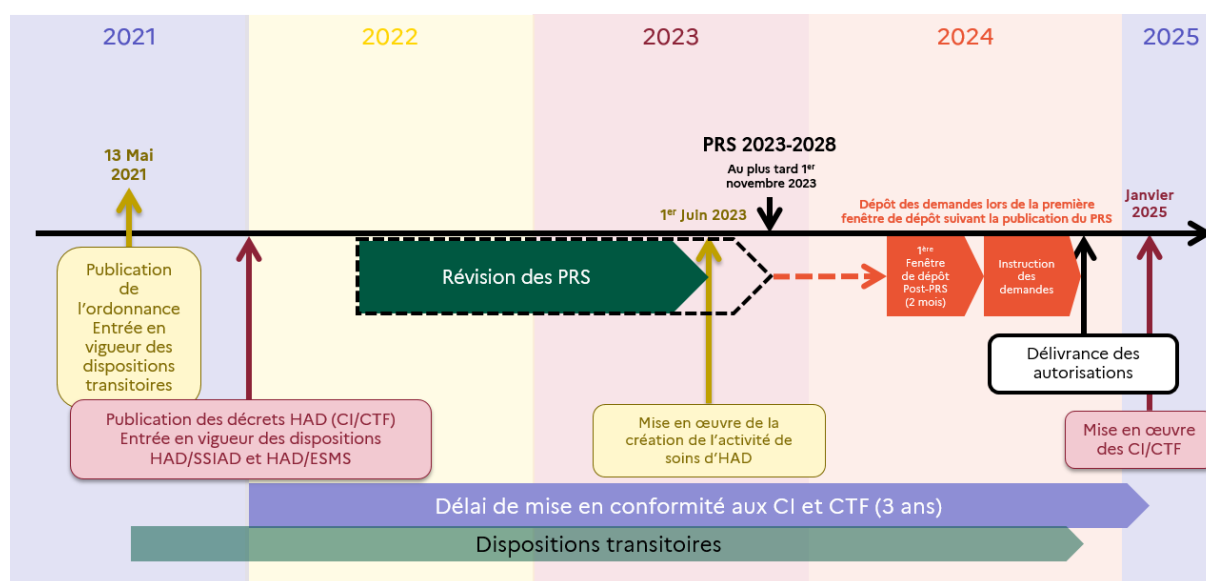
² Les nouveau-nés dont la mère est prise en charge en post partum peuvent-être pris en charge dans la même HAD que leur mère.

Concernant la prise en charge en cancérologie, les décrets relatifs au traitement médicamenteux systémiques du cancer ne modifient pas le régime de l'établissement « associé » en cancérologie. Il est nécessaire de passer convention avec les établissements autorisés avec lesquels les établissements d'HAD travaillent en collaboration et de respecter les dispositions transversales applicables aux établissements associés, qui seront reconnus contractuellement par l'ARS.

1.2. Calendrier de mise en œuvre

Les nouvelles conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement entrent en vigueur au 1^{er} juin 2023, les schémas régionaux de santé prennent en compte ces dispositions au plus tard le 1^{er} novembre 2023.

Le calendrier ci-après détaille les différentes étapes de mise en œuvre de la réforme :



1.3. Prolongation des autorisations actuelles et délivrance des nouvelles autorisations

Depuis le 13 mai 2021, date de publication de l'ordonnance n° 2021-583 portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds, les autorisations actuelles délivrées sous la forme d'HAD sont prolongées jusqu'à l'intervention d'une décision de l'ARS prenant en compte le nouveau régime d'autorisation d'activité de soin d'HAD. L'ensemble des établissements actuellement autorisés sous forme d'HAD doivent, s'ils souhaitent poursuivre leur activité, déposer un dossier répondant aux nouvelles CI et CTF, à la date de leur application, lors de la 1^{ère} fenêtre de dépôt des demandes d'autorisations qui suit la publication du SRS 2023-2028. En l'absence de dépôt de demande, leur autorisation prend fin le lendemain de la clôture de la fenêtre de dépôt.

1.4. Délai de mise en conformité

Compte tenu des obligations nouvelles introduites par la réforme et de la nécessité d'assurer une période de transition vers le nouveau régime, il est laissé aux établissements d'HAD un délai de mise en conformité de trois ans à compter de la publication des décrets conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement.

Il ne peut donc être requis des établissements d'être en conformité aux conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement à la date de délivrance de leur autorisation. L'engagement à être en conformité avec les dispositions des décrets est inscrit dans le dossier de demande d'autorisation.

1.5. Regroupement, conversion, cession, ou suspension d'autorisations d'activités de soins délivrées sous la forme d'HAD

Les dispositions relatives à la prolongation des autorisations concernent uniquement leur durée de validité. Elles ne font donc pas obstacle au regroupement ou à la conversion des activités de soins réalisées conformément à l'article R. 6122-32 ou à une cession réalisée conformément à l'article R. 6122-35 du code de la santé publique (CSP).

Les dispositions de l'ordonnance du 12 mai 2021 et des décrets s'appliquent dans ces situations de la même façon que pour l'ensemble des autorisations délivrées sous la forme d'HAD, c'est-à-dire jusqu'à l'entrée en vigueur des nouvelles autorisations d'activité de soins.

1.6. Devenir de la dérogation à l'obligation de mention socle en cas de cession ou regroupement d'autorisation

Dans l'hypothèse d'un regroupement ou d'une cession d'autorisation d'obstétrique, de soins de suite et de réadaptation ou de néonatalogie délivrée sous la forme d'HAD avant le 1^{er} janvier 2022, le nouveau titulaire de l'autorisation bénéficie de la dérogation à l'obligation de disposer d'une mention « socle » prévue à l'article 3 du décret du 31 décembre 2021.

1.7. Non-respect des engagements

En toute hypothèse, en l'absence de conformité aux engagements pris à la date d'expiration du délai, soit en janvier 2025, le régime du droit des autorisations est applicable. Les nouvelles autorisations pourront faire l'objet d'une procédure d'injonction et, le cas échéant, de suspension telle que prévue à l'article L. 6122-13 du code de la santé publique.

2. Schéma régionaux de santé

Le Projet Régional de Santé (PRS) se décline en un unique schéma régional de santé (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 objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS).

La réforme des autorisations d'activité de soins constitue, à l'occasion de la délivrance des nouvelles autorisations, une opportunité pour interroger la structuration de l'offre de soins territoriale au regard des besoins de la population du territoire. 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.

Vous veillerez particulièrement à tenir compte dans ce diagnostic des inégalités sociales et territoriales de santé et de la démographie des professionnels de santé et de sa projection. Dans cette perspective, la préservation des équilibres territoriaux existants actuellement au bénéfice du patient est souhaitable lorsque la couverture territoriale est satisfaisante.

Chaque autorisation de mention obéit à des enjeux de planification et à des objectifs distincts. Les objectifs quantifiés de l'offre de soins doivent donc être déclinés par zone, pour chacune des mentions.

2.1. Développement de l'activité

Le développement de l'HAD doit se poursuivre selon les exigences suivantes :

- favoriser l'évitement du recours à l'hospitalisation avec hébergement ;
- favoriser le positionnement de l'HAD sur les prises en charge complexes, dans une logique de complémentarité et de coopération avec l'ensemble des acteurs du domicile ;
- assurer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins inhérentes à tout établissement de santé ;
- intégrer pleinement l'HAD dans les parcours de soins territoriaux, en synergie avec les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux.

L'offre HAD pourra ainsi contribuer à mieux répondre aux attentes des patients et des aidants et à davantage fluidifier les parcours de soins.

Il est demandé aux agences régionales de santé d'engager une réflexion, au regard des nouvelles conditions d'implantation et techniques de fonctionnement, sur la capacité de chaque établissement d'HAD à répondre aux exigences précédemment rappelées. La qualité, la réactivité, la continuité des soins et la capacité à assurer des prises en charge complexes en amont et en aval hospitalier doivent constituer des éléments déterminants dans l'étude des demandes d'autorisations.

Au vu de la diversité des situations et de l'objectif de pertinence et de complémentarité qui doit guider le développement de l'HAD, il n'est pas jugé adéquat de fixer un taux cible national de recours à l'HAD pour les territoires. Pour accompagner l'analyse territoriale, les indicateurs de suivi qui intègrent les demandes de l'ensemble des prescripteurs : établissements de santé avec hébergement, établissements sociaux et médico-sociaux et premier recours sont disponibles à la maille régionale [sur le site de l'ATIH](#).

2.2. Aire d'intervention géographique

L'objectif de la réforme est de favoriser l'accès à des soins de qualité, au domicile, sur l'ensemble du territoire. Dans le cadre des travaux de rédaction du projet régional de santé et dans la perspective d'une amélioration du taux de couverture, en particulier dans les territoires où l'offre serait insuffisante d'un point de vue qualitatif comme quantitatif, les moyens d'atteindre ces objectifs à échéance du schéma régional de santé doivent être interrogés, en concertation avec les acteurs locaux.

Les autorisations d'activité d'HAD peuvent comporter une (mention « socle ») ou plusieurs mentions (une ou l'ensemble des mentions spécialisées : réadaptation ; enfants de moins de trois ans ; ante et post partum). Le dossier de demande d'autorisation sera unique, quel que soit le nombre de mentions demandé.

Une coopération entre l'HAD ou les HAD de mention socle, ne disposant pas de mention spécialisée, autorisée sur le territoire, doit être organisée avec l'HAD de mention spécialisée afin de faciliter la mise en œuvre en proximité des soins non spécialisés. Cette articulation de l'offre entre les deux structures doit obligatoirement être organisée par convention, celle-ci devant indiquer précisément, au vu des soins réalisés et des interventions effectuées, l'établissement responsable, du point de vue administratif et organisationnel, de l'ensemble des soins, spécialisés ou non, effectués lors du séjour.

Concernant les aires d'interventions :

- Une aire d'intervention déterminée est définie pour chacune des mentions dont dispose un même établissement. Les aires d'interventions peuvent être différentes entre elles (ex : un établissement peut disposer d'une aire d'intervention plus vaste pour la mise en œuvre de son autorisation d'HAD de mention « anté et post partum » que pour son autorisation de mention « socle »), sous réserve du respect des conditions préalablement rappelées ;
- La superposition d'aires d'interventions associées aux mentions « socle » ou « spécialisées » de titulaires d'autorisation d'HAD différents est possible, y compris concernant des mentions identiques.

Afin que ces situations de superposition ne déséquilibrent pas la cohérence et la lisibilité de l'offre, vous veillerez à ce que le périmètre d'action prévu par aire d'intervention soit respecté par les établissements. Toute intervention en dehors de l'aire prévue dans l'autorisation doit s'inscrire dans le cadre d'une coopération telle que décrite ci-dessus.

Vous veillerez néanmoins, dans ce contexte, à ce que le découpage géographique des aires d'intervention assure la cohérence et la lisibilité de l'offre et garantisse, dans la mesure du possible, une couverture territoriale complète par l'offre d'HAD, en particulier dans les territoires ruraux.

2.3. Dérogation à l'obligation de disposer d'une mention socle

Les établissements disposant d'autorisation de soins de suite et réadaptation, obstétrique ou de néonatalogie sous forme d'HAD au 1^{er} janvier 2022 peuvent bénéficier des dérogations prévues à l'article 3 du décret relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins d'HAD sous réserve qu'ils remplissent les conditions prévues au même article. Ils sont ainsi dispensés pour leur première demande d'autorisation de disposer d'une mention socle. Cette dérogation a pour objectif de préserver l'offre spécialisée existante sur le territoire et de ne pas imposer à ces établissements de se projeter à court terme dans un projet médical qui n'est pas en lien avec leur activité initiale. Cette dérogation est toutefois limitée à une durée de 7 ans.

Au cours de la période de mise en œuvre de la dérogation, vous serez vigilant à l'organisation, au moyen des obligations de conventionnement prévues par les décrets, de la bonne articulation entre les structures d'HAD spécialisées et les titulaires d'autorisations de mention « socle » intervenant sur un même territoire.

3. Continuité des soins

Vous serez particulièrement vigilants à la capacité des titulaires d'autorisation d'HAD à assurer la continuité des soins sur leur territoire d'intervention. Par principe, le recours à l'avis médical doit s'organiser en interne. Il peut par dérogation et avec l'accord du directeur général de l'ARS être organisé par convention avec un dispositif de permanence des soins ambulatoires.

La permanence téléphonique doit être assurée par un professionnel de santé relevant directement du titulaire. Par ailleurs, dans l'hypothèse de difficultés spécifiques au sein d'un territoire pour l'organisation de la continuité des soins, des solutions de coopérations favorisant la mise en place d'astreintes ou de permanences téléphoniques mutualisées entre HAD doivent être envisagées autant que possible en amont avec les acteurs. Vous veillerez dans ce contexte à ce que les organisations qui visent à mettre à disposition d'une autre HAD ou à mutualiser du personnel soient sécurisées par convention (cf. § 4.2 de la présente instruction).

4. Conventions et partenariats territoriaux

Il apparaît indispensable, en lien avec les orientations de la feuille de route stratégique, que les capacités et savoir-faire des établissements d'HAD soient connus des prescripteurs, notamment hospitaliers. Les partenariats avec les établissements de santé de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) et de soins médicaux et de réadaptation (SMR) présents sur le territoire constituent un levier important pour favoriser l'adressage vers l'HAD. Ces partenariats peuvent de surcroît permettre d'apporter aux établissements d'HAD les compétences qui leur permettront de développer leur activité sur de nouveaux segments.

Dans un contexte de refonte des projets médicaux partagés des groupements hospitaliers de territoire arrivant à expiration, vous vous assurerez que les dispositions du VI de l'article L. 6132-1 du code de la santé publique qui prévoient que les établissements assurant une activité de soins d'hospitalisation à domicile quel que soit leur statut soient associés de manière effective à l'élaboration du projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire situés sur leur aire géographique d'autorisation et dont ils ne sont ni parties ni partenaires, soient bien appliquées.

Ces situations doivent être abordées dans le cadre du dialogue entre titulaires d'autorisation d'HAD et établissements d'hospitalisation avec hébergement qui sera conduit afin de conclure les partenariats requis par les décrets. Vous veillerez à la bonne application de ce dialogue avec tous les établissements d'HAD du territoire concerné.

Il est donc recommandé, dans le cadre de votre dialogue de gestion avec les établissements de santé avec hébergement, d'évoquer la place du partenariat avec les HAD du territoire. Les coopérations fondées sur l'implantation de personnel de liaison appartenant à l'HAD au sein des établissements MCO constituent à cet égard un levier mobilisable afin de faciliter l'évaluation précoce des patients, en particulier en période de tension hospitalière.

Si ces partenariats sont essentiels avec tous les établissements de santé avec hébergement, ils le sont en particulier avec les hôpitaux de proximité, dont l'évolution des missions induit une relation étroite avec les HAD, ainsi qu'avec les structures médico-sociales, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les dispositifs d'appui à la coordination (DAC). Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens sont à cet égard un outil adéquat pour développer le recours à l'HAD.

4.1. Partenariats requis dans le cadre des CI-CTF

Les établissements répondent aux exigences en matière de conditions d'implantation et de conditions techniques de fonctionnement à travers leurs ressources internes ou à travers des conventions passées avec les différents acteurs du secteur. Les conventions requises pour souscrire aux conditions d'implantations et aux conditions techniques de fonctionnement sont jointes au dossier de demande d'autorisation ou transmises au directeur avant l'expiration du délai de mise en conformité laissé aux établissements : 1^{er} janvier 2025 pour les conventions mentionnées dans le décret CI et 2 février 2025 pour les conventions mentionnées dans le décret CTF.

Les établissements choisissent librement la forme conventionnelle de leur coopération. Ils peuvent notamment créer entre eux un groupement de coopération sanitaire en vue de mutualiser leurs moyens pour répondre aux exigences associées à leur autorisation. La liste des éléments devant réglementairement être formalisés par convention est disponible en annexe. Ces éléments peuvent être intégrés le cas échéant dans une seule et même convention.

4.2. Mutualisation de personnels

La multiplicité des organisations mises en œuvre actuellement par les HAD nécessite de distinguer le personnel relevant directement du titulaire, exigé pour l'équipe de coordination et la mise en œuvre de la continuité des soins 24h/24 ; 7j/7, du personnel éventuellement mis à disposition par convention pour la réalisation de l'activité quotidienne de la structure. Les organisations mises en place ne doivent pas contrevenir à l'objectif de sécurité et de continuité des soins voulu par la réforme.

Pour ce faire, le personnel relevant directement du titulaire, s'il n'est pas dans une relation de salariat avec l'HAD doit :

- relever directement de l'autorité fonctionnelle du directeur de l'établissement d'HAD ou d'un membre de l'encadrement en ce qui concerne la fixation et le contrôle des conditions d'exécution du travail (horaires d'exercice, territoire couverts) ;
- être pleinement intégré à l'organisation du travail de la structure en particulier en matière d'accès et d'utilisation des systèmes d'information ;
- être intégré à la démarche d'amélioration des pratiques.

Les conventions conclues doivent établir de façon claire les éléments permettant d'apprécier le lien réel existant entre le titulaire de l'autorisation d'HAD et le personnel concerné.

A l'inverse, sont exclues de ce champ, les conventions telles que celles mentionnées à l'article D. 6124-197 qui organisent l'intervention des professionnels de santé libéraux ou d'autres structures pour le compte de l'établissement d'HAD. Vous apprécierez, dans le cadre de l'application des décrets, le respect des obligations au regard de l'organisation générale de l'établissement et des exigences de sécurité de l'activité concernée.

De par leur fonctionnement actuel, certaines spécialités sont concernées par une intégration particulièrement forte entre les équipes des structures partenaires et celles de l'HAD.

Le cas de l'HAD de réadaptation

De par son organisation actuelle, 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 (futurs soins médicaux et de réadaptation) d'hospitalisation complète.

Dans le cadre de la création de l'activité de réadaptation en HAD, la possibilité a été laissée aux établissements autorisés à la mention réadaptation de mettre en œuvre leur équipe de coordination dans le cadre d'une convention avec un établissement 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 médecin 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 de rééducateurs.

5. Lien avec les établissements et services sociaux et médico-sociaux

Les dispositions des articles D. 6124-204 et D. 6124-205 du CSP relatives à l'intervention conjointe entre une HAD et un service de soins infirmiers à domicile ou un service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SSIAD/SPASAD), futurs services autonomie à domicile, et à l'intervention de l'HAD en établissement social ou médico-social avec hébergement sont entrées en vigueur depuis le 3 février 2022. Elles remplacent les dispositions dérogatoires prévues par le III de l'article 21 de l'arrêté du 1^{er} juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire qui sont supprimées par l'arrêté du 11 février 2022.

Vous veillerez à ce que les établissements d'HAD comme les établissements du secteur médico-social poursuivent la dynamique entreprise durant la crise sanitaire et se saisissent des leviers qui sont aujourd'hui à leur disposition. Dans ce contexte, l'articulation avec les futurs services autonomie à domicile et, le cas échéant, les équipes d'accompagnement renforcé à domicile intervenant dans le cadre des centres de ressource territoriaux pourra utilement être organisée.

En établissement social et médico-social, les évaluations anticipées des résidents d'EHPAD bénéficient d'un financement depuis 2020. De surcroît, les établissements d'HAD peuvent participer aux astreintes IDE de nuit mutualisées mises en place en 2019 et être financés à ce titre. Les leviers que constituent ces dispositifs pour anticiper la mise en place d'une HAD et éviter les passages par les services d'urgences des résidents doivent être mobilisés par les acteurs, en particulier en période de tension hospitalière.

Enfin, dans le cadre d'une intervention conjointe HAD-SSIAD, les règles relatives à cette intervention conjointe ont été assouplies et ouvrent le champ à une large coopération. Les filières d'aval de l'HAD vers une offre de SSIAD doivent être organisées par les établissements afin d'envisager l'ensemble du parcours du patient dans une logique de pertinence des soins.

6. Evolution du rôle du médecin praticien d'hospitalisation à domicile

La nécessité de permettre une réactivité accrue des HAD afin qu'elles jouent plus efficacement leur rôle en période de tension sanitaire a conduit à la pérennisation de la possibilité pour le médecin d'HAD d'être le référent du patient, en cas d'urgence ou d'indisponibilité du médecin traitant. En vue d'entériner cette évolution, la dénomination, anciennement « médecin coordonnateur », a été changée pour « médecin praticien d'hospitalisation à domicile » afin de mieux tenir compte de la réalité de son rôle auprès des patients. Vous veillerez notamment à ce que l'établissement soit en mesure si nécessaire, en cas d'urgence ou d'indisponibilité du médecin traitant, d'effectuer une intervention médicale au domicile ou une activité de télésanté.

Il est attendu des professionnels d'HAD qu'ils s'approprient cette évolution ainsi que les obligations induites par les décrets, notamment en matière de capacité d'intervention au domicile. Cette évolution s'inscrit également dans un objectif d'amélioration de l'attractivité de l'HAD en tant que lieu de formation pour les jeunes praticiens. Vous veillerez ainsi à assurer la bonne prise en compte de l'HAD comme terrain de stage possible, notamment durant les stages d'internat, lorsque les organisations le permettent.

Mes services se tiennent à votre disposition afin de faire remonter les éventuelles difficultés que vous rencontreriez dans la mise en œuvre de cette instruction.

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

A rectangular box containing a stylized, bold, black signature that reads "signé".

Pierre PRIBILE

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

A rectangular box containing a stylized, bold, black signature that reads "signé".

Cécile LAMBERT

Annexe 1

Conventions relatives à la mise en œuvre de l'autorisation d'HAD

Les éléments suivants doivent réglementairement être formalisés par convention, il n'est pas requis de la part des titulaires de conclure de nouvelles conventions lorsque les éléments suivants sont déjà intégrés à des conventions existantes, par exemple une convention constitutive de groupement de coopération sanitaire ou un projet médical partagé de groupement hospitalier de territoire.

Socle

Thème	Conditions d'obligation	Article	Partenaires	Contenu	Modalité de Transmission
Accès à une Réanimation	- Obligatoire en l'absence d'accès interne	Art. R. 6123-142- II	Structure autorisée à exercer l'activité de soins critiques	- Accès à la structure pour transfert du patient	Transmission dans le cadre du dossier d'autorisation
Accès à un service de médecine	- Obligatoire en l'absence d'accès interne	Art. R. 6123-142- II	Structure autorisée à exercer l'activité de médecine sous forme d'hospitalisation complète	- Accès à la structure pour transfert du patient	Transmission dans le cadre du dossier d'autorisation
Accès à un service de chirurgie	- Obligatoire en l'absence d'accès interne	Art. R. 6123-142- II	Structure autorisée à exercer l'activité de chirurgie sous forme d'hospitalisation complète	- Accès à la structure pour transfert du patient	Transmission dans le cadre du dossier d'autorisation
Convention avec un pharmacien gérant de PUI ou un pharmacien d'officine	- Obligatoire en l'absence de PUI autorisée en interne	Art. R. 6123-142- III	Pharmacien assurant la gérance d'une pharmacie à usage intérieur OU pharmacien titulaire d'une officine	- Pas de contenu obligatoire - Organisation du circuit du médicament conseillé	Pas de transmission requise
Recours à un dispositif de PDSA pour l'astreinte médicale	- Obligatoire et après avis du DGARS, de façon exceptionnelle et en cas de carence interne	Art. D. 6124-201	Dispositif de permanence des soins ambulatoires	- Procédure de recours - Modalités d'accès au dossier médical des patients - Modalités de rémunération	Transmission au DGARS des modalités d'organisation de la continuité des soins et transmission de toute modification de celles-ci
Recours à l'expertise pour la prise en charge des enfants en soins palliatifs	- Pas de convention obligatoire Formalisation conseillée	Art. R. 6123-147	Structure d'hospitalisation à domicile autorisée à la mention « enfants de moins de trois ans » ou d'une équipe régionale ressource de soins palliatifs	- Pas de contenu obligatoire : - Organisation du recours à l'avis médical conseillé	Pas de transmission requise
Mise en œuvre de l'équipe pluridisciplinaire	- Facultative - Obligatoire en l'absence de ressources internes	Art. D. 6124-197-III	Personne morale OU Professionnels libéraux	- Pas de contenu obligatoire	Pas de transmission requise

Réadaptation

Thème	Condition d'obligation	Article	Partenaires	Contenu	Modalité de Transmission
Mention « Réadaptation » dérogatoire	- Obligatoire en l'absence de mention « socle »	Article 3-I du décret relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soin d'hospitalisation à domicile	Un ou plusieurs titulaires d'une autorisation d'activité d'hospitalisation à domicile de mention « socle »	Modalités de la prise en charge conjointe des patients comprenant : - Modalités d'organisation des soins et de la continuité des soins - Modalités de transmission et de suivi des informations, Modalités de rémunération - Modalités d'admission directe des patients Modalités de relais	Transmission dans le cadre du dossier d'autorisation
Prise en charge conjointe en soins médicaux et de réadaptation	- Facultative - Obligatoire en l'absence de ressources internes	Art. R. 6123-144-I	Structure autorisée à exercer l'activité de soins médicaux et de réadaptation sous forme d'hospitalisation complète.	Modalités de la prise en charge conjointe des patients comprenant : - Modalités d'organisation des soins et de la continuité des soins - Modalités de transmission et de suivi des informations, les prestations pouvant être délivrée - Modalités de rémunération de ces prestations - Modalités d'admission directe des patients - Modalités de relais.	Transmission dans le cadre du dossier d'autorisation
Admission directe en SSR	- Obligatoire en l'absence de convention de prise en charge conjointe	R. 6123-144-I	Structure autorisée à exercer l'activité de soins médicaux et de réadaptation sous forme d'hospitalisation complète.	- Modalités d'admission directe du patient.	Transmission dans le cadre du dossier d'autorisation
Mise en œuvre de l'équipe pluridisciplinaire	- Facultative - Obligatoire en l'absence de ressources internes (peut être intégrée à la convention de prise en charge conjointe)	Art. D. 6124-197-III. D. 6124-206-III	Personne morale dont structure autorisée à l'activité de SMR OU professionnels libéraux	- Pas de contenu obligatoire	Pas de transmission requise

Thème	Condition d'obligation	Article	Partenaires	Contenu	Modalité de Transmission
Mise en œuvre de l'équipe de coordination	- Facultative - Obligatoire en l'absence de ressources internes (intégrée à la convention de prise en charge conjointe)	D. 6124-198-III D. 6124-207-III	Structure autorisée à l'activité de soins médicaux et de réadaptation ayant conclu la convention de prise en charge conjointe	- Mise en œuvre au moins une fois par semaine de l'évaluation par les équipes de coordination des deux structures - Organisation des modalités d'accès au système de communication à distance et des modalités de partage du dossier médical des patients	Pas de transmission requise

Ante et post-partum

Thème	Condition d'obligation	Article	Partenaires	Contenu	Modalité de Transmission
Accès à un service d'Obstétrique	- Obligatoire en l'absence d'accès interne	Art. R. 6123-146	Structure autorisée à exercer l'activité d'obstétrique sous forme d'hospitalisation complète	- Accès à la structure pour transfert du patient	Transmission dans le cadre du dossier d'autorisation
Mention « ante et post partum » dérogatoire	- Obligatoire en l'absence de mention « socle »	Article 3-II du décret relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soin d'hospitalisation à domicile	Un ou plusieurs titulaires d'une autorisation d'activité d'hospitalisation à domicile de mention « socle »	- Modalités de transmission et de suivi des informations - Modalités d'organisation de la continuité des soins sept jours sur sept et vingt-quatre heures sur vingt-quatre	Transmission dans le cadre du dossier d'autorisation
Mise en œuvre de l'équipe pluridisciplinaire	- Facultative - Obligatoire en l'absence de ressources internes	Art. D. 6124-197-III.	Personne morale OU professionnels libéraux	- Pas de contenu obligatoire	Pas de transmission requise

Enfants de moins de trois ans

Convention	Condition d'obligation	Article	Partenaires	Contenu	Modalité de Transmission
Accès à un service de réanimation néonatale et à un service de réanimation pédiatrique	- Obligatoire en l'absence d'accès interne	Art. R. 6123-148-I	Structure autorisée à l'activité de réanimation néonatale ET structure autorisée à l'activité de réanimation pédiatrique permettant le transfert du patient [provisoire - sera modifié dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme des soins critiques]	- Accès à la structure pour transfert du patient	Transmission dans le cadre du dossier d'autorisation

Convention	Condition d'obligation	Article	Partenaires	Contenu	Modalité de Transmission
Accès à une structure autorisée à l'activité de traitement du cancer	- Obligatoire si le titulaire réalise des prises en charge en oncohématologie	Art. R. 6123-148-II	Structure autorisée à l'activité de traitement du cancer sous forme d'hospitalisation complète et réalisant des actes d'oncohématologie	- Accès à la structure pour transfert du patient	Transmission dans le cadre du dossier d'autorisation
Mention « enfants de moins de 3 ans » dérogatoire	- Obligatoire en l'absence de mention « socle »	Article 3-III du décret relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soin d'hospitalisation à domicile	Un ou plusieurs titulaires d'une autorisation d'activité d'hospitalisation à domicile de mention « socle »	- Modalités de transmission et de suivi des informations - Modalités d'organisation de la continuité des soins sept jours sur sept et vingt-quatre heures sur vingt-quatre - En l'absence de ressource interne : Accès à une structure autorisée à l'activité de néonatalogie permettant le transfert du patient	Transmission dans le cadre du dossier d'autorisation
Mise en œuvre de l'équipe pluridisciplinaire	- Facultative - Obligatoire en l'absence de ressources internes	Art. D. 6124-197-III	Personne morale OU Professionnels libéraux	- Pas de contenu obligatoire	Pas de transmission requise
Prise en charge conjointe des nouveaux nés et nourrissons en aval de néonatalogie	- Facultative - Obligatoire lorsque le titulaire prend en charge des nouveau-nés et nourrissons issus d'un service de néonatalogie et en l'absence de ressources internes	Art. R. 6123-148-III	Structure autorisée à l'activité de néonatalogie sous forme d'hospitalisation complète	Modalités de la prise en charge conjointe des patients comprenant - Modalités d'organisation des soins et de la continuité des soins - Modalités de transmission et de suivi des informations - Modalités de rémunération - Organisation du recours à l'avis d'un médecin spécialisé en néonatalogie	Transmission dans le cadre du dossier d'autorisation
Mise en œuvre de l'équipe pluridisciplinaire en néonatalogie	- Facultative - Obligatoire en l'absence de ressources internes (peut être intégrée à la convention de prise en charge conjointe)	Art. D. 6124-212-III	Personne morale dont structure autorisée à l'activité de néonatalogie sous forme d'hospitalisation complète OU professionnels libéraux	- Pas de contenu obligatoire	Pas de transmission requise

Annexe 2

Conventions relatives à l'articulation entre HAD et établissements
et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS)

HAD - Etablissement social ou médico-social avec hébergement (ESMS)

Thème	Condition d'obligation	Article	Partenaires	Contenu	Modalité de Transmission
Intervention en ESMS avec hébergement autorisés par le DGARS et établissements expérimentaux	Obligatoire dans le cas d'une prise en charge en ESMS ou établissement expérimental	R. 6123-140-II D. 6124-204.	Etablissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement relevant du champ d'autorisation du DGARS (exclusif ou conjoint) et établissements relevant d'une expérimentation dérogatoire définie à l'article L. 162-31 du code de la sécurité sociale	- Conditions de l'intervention du titulaire de l'autorisation d'activité de soins d'hospitalisation à domicile dans l'établissement d'hébergement - Modalités d'élaboration et d'adaptation des protocoles de soins - Organisation de l'accès des personnels à certains éléments du dossier du patient - Organisation des circuits du médicament - Modalités d'évaluation de l'organisation ainsi définie. - Copie de l'autorisation de l'ESMS	Transmission à l'agence régionale de santé et à l'organisme local d'assurance maladie compétents au plus tard après la prise en charge en hospitalisation à domicile du 3 ^{ème} résident de l'établissement social et médico-social et au plus tard dans les 6 mois qui suivent le 1 ^{er} résident.
Intervention en ESMS avec hébergement hors champ autorisé par le DGARS et hors établissements expérimentaux	Obligatoire dans le cas d'une prise en charge en ESMS ou établissement expérimental		Etablissement d'hébergements ne relevant pas du champ d'autorisation du DGARS (exclusif ou conjoint) ou d'une expérimentation dérogatoire	- Conditions de l'intervention du titulaire de l'autorisation d'activité de soins d'hospitalisation à domicile dans l'établissement d'hébergement	Transmission à l'agence régionale de santé et à l'organisme local d'assurance maladie compétents sans délai après la prise en charge en hospitalisation à domicile du 3 ^{ème} résident de l'établissement social et médico-social et au plus tard dans les 6 mois qui suivent le 1 ^{er} résident.

HAD - Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) / Service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD)

Thème	Condition d'obligation	Article	Partenaires	Contenu	Modalité de Transmission
Intervention conjointe HAD-SSIAD/SPASAD	Obligatoire préalablement à la première intervention, En cas d'urgence, l'intervention conjointe est possible sans que la convention ne soit signée dans la limite de trois interventions	Art. D. 6124-205	service de soins infirmiers à domicile service polyvalent d'aide et de soins à domicile	Conditions d'organisation de l'intervention conjointe du titulaire de l'autorisation d'activité de soins d'hospitalisation à domicile et du service de soins infirmiers à domicile ou du service polyvalent d'aide et de soins à domicile Modalités d'organisation des soins, en particulier en cas d'aggravation de l'état du patient Modalités de transmission et de suivi des informations entre les équipes des deux structures et les modalités de traçabilité des actes Modalités d'information et de recueil du consentement du patient Organisation du circuit du médicament Modalités de signalement et de gestion des événements indésirables, ainsi que les procédures afférentes Modalités d'évaluation de l'organisation ainsi définie	Dès signature, transmission à l'agence régionale de santé et à l'organisme local d'assurance maladie compétents

Ministère de la santé et de la prévention
Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées

**Arrêté du 10 octobre 2022 portant nomination des membres du conseil de surveillance
de l'Agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté**

NOR : SPRZ2230683A

Le ministre de la santé et de la prévention et le ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1432-11 et D. 1432-15 à D. 1432-17 ;

Vu l'ordonnance n° 2015-1620 du 10 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé et les unions régionales de professionnels de santé à la nouvelle délimitation des régions ;

Vu le décret n° 2015-1650 du 11 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé à la nouvelle délimitation des régions et prorogeant le mandat des unions régionales de professionnels de santé regroupant les infirmiers ;

Vu le décret n° 2015-1880 du 30 décembre 2015 relatif aux conseils de surveillance des agences régionales de santé ;

Vu le décret n° 2020-1545 du 9 décembre 2020 relatif à l'organisation et aux missions des directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités, des directions départementales de l'emploi, du travail et des solidarités, des directions départementales de l'emploi, du travail et des solidarités et de la protection des populations ;

Vu le décret n° 2021-163 du 15 février 2021 adaptant le processus de désignation des représentants d'usagers au sein des conseils de surveillance des agences régionales de santé face à l'épidémie de covid-19 ;

Vu l'arrêté du 23 février 2021 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'Agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté ;

Vu l'arrêté du 11 octobre 2021 modifiant l'arrêté du 23 février 2021 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'Agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté ;

Vu l'arrêté du 3 décembre 2021 modifiant l'arrêté du 23 février 2021 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'Agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté,

Arrêtent :

Article 1^{er}

Au titre du I.- 2° b) de l'article D. 1432-15, est nommé membre du conseil de surveillance de l'Agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté - représentant des conseils ou conseils d'administration des organismes locaux d'assurance maladie de son ressort :

- Olivier DECOSTER suppléant, désigné par le Mouvement des entreprises de France.

Article 2

Le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 10 octobre 2022.

Pour le ministre et par délégation :
Le secrétaire général des ministères
chargés des affaires sociales,
Pierre PRIBILE

Ministère de la santé et de la prévention
Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées

**Arrêté du 10 octobre 2022 portant nomination des membres du conseil
de surveillance de l'Agence régionale de santé Grand Est**

NOR : SPRZ2230684A

Le ministre de la santé et de la prévention et le ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1432-11 et D. 1432-15 à D. 1432-17 ;

Vu l'ordonnance n° 2015-1620 du 10 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé et les unions régionales de professionnels de santé à la nouvelle délimitation des régions ;

Vu le décret n° 2015-1650 du 11 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé à la nouvelle délimitation des régions et prorogeant le mandat des unions régionales de professionnels de santé regroupant les infirmiers ;

Vu le décret n° 2015-1880 du 30 décembre 2015 relatif aux conseils de surveillance des agences régionales de santé ;

Vu le décret n° 2020-1545 du 9 décembre 2020 relatif à l'organisation et aux missions des directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités, des directions départementales de l'emploi, du travail et des solidarités, des directions départementales de l'emploi, du travail et des solidarités et de la protection des populations ;

Vu le décret n° 2021-163 du 15 février 2021 adaptant le processus de désignation des représentants d'usagers au sein des conseils de surveillance des agences régionales de santé face à l'épidémie de covid-19 ;

Vu l'arrêté du 1^{er} mars 2021 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'Agence régionale de santé Grand Est ;

Vu l'arrêté du 4 octobre 2021 modifiant l'arrêté du 1^{er} mars 2021 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'Agence régionale de santé Grand Est ;

Vu l'arrêté du 22 février 2022 modifiant l'arrêté du 1^{er} mars 2021 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'Agence régionale de santé Grand Est.

Arrêtent :

Article 1^{er}

Sont nommés membres du conseil de surveillance de l'Agence régionale de santé Grand Est :

1°) Au titre du I.-1° de l'article D. 1432-15, représentant de l'État :

- Henri PRÉVOST, préfet de la Marne.

2°) Au titre du I.-3° de l'article D. 1432-15, représentant des collectivités :

- Khalifé KHALIFE, vice-président du département de la Moselle, délégué à l'enseignement supérieur, à la recherche, à l'innovation et à la santé.

3°) Au titre du 5° de l'article D. 1432-15, personne qualifiée :

- Laurent MASSON, président de la Mutualité française Grand Est en remplacement de Alain FAYE.

Article 2

Le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 10 octobre 2022.

Pour le ministre et par délégation :
Le secrétaire général des ministères
chargés des affaires sociales,
Pierre PRIBILE

**GOUVERNEMENT**
 Liberté
 Égalité
 Fraternité

INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DGOS/PHARE/DGCS/SD3/2022/220 du 13 octobre 2022
relative aux mesures pour anticiper les risques d'approvisionnement en électricité et gaz pour
l'hiver 2023

Le ministre de la santé et de la prévention
Le ministre des solidarités, de l'autonomie
et des personnes handicapées

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences regionales de santé

Référence	NOR : SPRH2228608J (numéro interne : 2022/220)
Date de signature	13/10//2022
Emetteurs	Ministère de la santé et de la prévention Direction générale de l'offre de soins (DGOS) Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)
Objet	Mesures pour anticiper les risques d'approvisionnement en électricité et gaz pour l'hiver 2023
Commande	Recensement des établissements sanitaires et médico-sociaux en fragilité potentielle à court terme sur le plan de la couverture contractuelle en matière d'approvisionnement en électricité et gaz. Identification des mesures techniques à mettre en œuvre par les établissements sanitaires et médico-sociaux pour sécuriser la disponibilité des installations d'énergie électriques secours.
Actions à réaliser	Contractualiser avec des fournisseurs d'énergie (gaz et électricité) et mettre en place les mesures de continuité énergétique. Mettre en œuvre un plan de contrôle des équipements secours de production d'énergie électrique.
Echéances	Mise en œuvre par les établissements sanitaires et les établissements médico-sociaux mentionnés aux 2°, 6°, 7° et 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles dès réception de l'instruction diffusée par les ARS
Contacts utiles	Sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins (PF) Programme PHARE Raphaël RUANO Tél. : 01 40 56 66 26 Mél. : raphael.ruano@sante.gouv.fr

	Sous-direction de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées Chantal ERAULT Tél : 01 40 56 87 09 Mél. : chantal.erault@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	7 pages + 2 annexes (3 pages) Annexe 1 - Fiche de renseignements régionaux à compléter par les établissements qui seraient insécurisés sur le plan contractuel pour leur fourniture d'électricité ou de gaz Annexe 2 - Actions techniques à mener sur les installations de production et distribution d'énergie
Résumé	Les risques qui pèsent sur les approvisionnements d'énergie pour l'hiver 2023 nécessitent : - d'une part de passer un marché avec un fournisseur d'énergie et d'en avertir son ARS si aucun marché ne peut être notifié, - et d'autre part, de mettre en œuvre des mesures destinées à sécuriser la continuité de service par des actes techniques à réaliser : • Vérifier la complétude et pertinence des dispositions énergétiques intégrées au plan blanc ou au plan bleu, • Vérifier la fiabilité électrique des moyens et du réseau de distribution « de secours », • Réaliser les maintenances préventives et curatives et les exercices associés, • Vérifier les équipements sensibles de la chaîne de distribution d'énergie électrique. La mise en œuvre efficace et rapide de ces actions implique la mise en place d'une équipe projet mandatée.
Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent à tous les établissements sanitaires et médico-sociaux d'Outre-Mer.
Mots-clés	Energie – Approvisionnement – sobriété énergétique.
Classement thématique	Etablissements de santé – Gestion
Textes de référence	- Article R. 2122-8, articles R. 732-15 à 18 du code de la sécurité intérieure ; - Article L. 2113-6 du code de la commande publique ; - Décret n° 2007-1344 du 12 septembre 2007 pris pour l'application de l'article 7 de la loi n° 2004-811 du 13 août 2004 relative à la modernisation de la sécurité civile.
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Les établissements sanitaires publics ainsi que les établissements privés non lucratifs et lucratifs. Les groupements de coopération sanitaire (GCS) ou les groupements d'intérêt public (GIP) intervenant en tant qu'acheteurs dans le secteur de la santé. Les établissements publics sous tutelle du ministère de la santé et de la prévention. Les établissements médico-sociaux mentionnés aux 2°, 6°, 7° et 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Validée par le CNP le 5 octobre 2022 - Visa CNP 2022-111	
Document opposable	Oui
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

Préambule

Les difficultés qui pèsent sur le secteur de l'énergie, notamment la crise ukrainienne et la fragilisation de l'euro face au dollar, ainsi que la nécessité d'accélérer la transition écologique face à un réchauffement climatique qui s'accélère, conduisent à devoir anticiper des actions dès à présent pour maîtriser les éventuels risques de tension d'approvisionnement pendant la période hivernale 2022 – 2023.

Cette instruction interministérielle a pour objet d'identifier d'une part, les zones de risques d'approvisionnement en gaz et électricité et d'autre part, d'identifier les actions à mettre en œuvre pour réduire les tensions sur le plan de la disponibilité de l'énergie vis-à-vis de la continuité de service indispensable aux activités de soins.

1) Périmètre d'application

L'ensemble des établissements de santé et des établissements médico-sociaux mentionnés aux 2°, 6°, 7° et 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles métropolitains et ultra-marins sont soumis à la présente instruction interministérielle.

2) Le recensement des établissements en situation de risque d'approvisionnement en électricité et gaz

Le contexte international actuel du marché du gaz et de l'électricité implique une très grande vigilance sur les risques d'approvisionnement. L'absence de vecteur contractuel effectif ou solide est un point majeur à identifier pour garantir la continuité d'approvisionnement en énergie.

Certains établissements n'ayant pas de couverture contractuelle instruite en lien avec un acteur solide de l'achat sont particulièrement vulnérables et s'exposent à un risque accru de pénurie ou de hausse tarifaire en matière d'énergie électrique et de gaz.

Dans ce contexte, et afin d'éviter les carences contractuelles, il est nécessaire de recenser tous les établissements qui seraient en situation de fragilité.

A noter que les éléments caractérisant une situation de fragilité en matière contractuelle sur les sujets d'approvisionnement en énergie sont listés en annexe 1 et seront précisés au sein de l'enquête.

Actions à mener

- Recenser tous les établissements qui seraient effectivement ou potentiellement insécurisés sur le plan contractuel pour leur fourniture d'électricité ou de gaz (difficultés de négociations en cours, infructuosité des marchés, prix non soutenables).
- Identifier les niveaux de consommation en gaz et électricité de chacun de ces établissements afin de permettre d'apprécier les risques et impacts sur leur approvisionnement et de faciliter la contractualisation rapide.

Réciproquement, les établissements qui ne parviendraient pas à contractualiser avec un fournisseur d'énergie (gaz ou électricité) doivent informer leur ARS dans les plus brefs délais.

Pour effectuer ce recensement, **une enquête via l'outil SOLEN va être adressée aux établissements pour retour le 21 octobre 2022** et vous serez destinataires des résultats. **Seuls les établissements qui seraient insécurisés** sur le plan contractuel pour leur fourniture d'électricité ou de gaz **doivent répondre à cette enquête** (cf. annexe 1). Pour toutes questions s'agissant des :

- établissements de santé : contact, Programme PHARE : dgos-programmephare@sante.gouv.fr.
- établissements médico-sociaux : contact, DGCS-ALERTE@social.gouv.fr

Ce recensement permettra d'identifier **le niveau de risque global ainsi que les mesures d'accompagnement qui seraient utiles aux établissements** en matière d'aide à la contractualisation ou de mesures techniques.

3) Les actions contractuelles possibles face aux risques de rupture d'approvisionnement

En cas de difficulté d'approvisionnement, des pistes d'actions sur le plan contractuel peuvent être mobilisées :

- Les établissements dont le niveau de consommation est relativement limité sont éligibles à un processus d'achat simplifié : marchés d'un montant inférieur à 40 000 euros hors taxe (HT), avec passation sans publicité ni mise en concurrence, conformément à l'article R. 2122-8 du code de la commande publique (fiche DAJ [achats-moins-40-000-euros-2020.pdf \(economie.gouv.fr\)](#)).
- Des groupements de commandes peuvent également être constitués conformément à l'article L. 2113-6 du code de la commande publique. Ces groupements, de part leur expertise, peuvent faciliter les actions contractuelles. De plus, ce type d'organisation contractuelle entre établissements acheteurs est un dispositif souple qui peut être lancé sans qu'il soit nécessaire de mettre en place une entité spécifique ayant une personnalité juridique.
- L'adhésion à une centrale d'achat grossiste est un vecteur de contractualisation également pertinent.

4) Fournisseur d'énergie de secours

En matière d'électricité, pour pallier une situation éventuelle de défaillance d'un fournisseur, des fournisseurs de secours ont été désignés de manière transitoire par arrêtés du 3 et 5 novembre 2021. Il s'agit respectivement d'EDF sur les zones de desserte d'ENEDIS et des entreprises locales de distribution sur leurs zones de desserte respectives.

Pour information ci-dessous, le lien vers le site du ministère de la transition écologique qui indique le périmètre d'éligibilité au fournisseur secours et les modalités associées.

<https://www.ecologie.gouv.fr/fourniture-denergie-ministere-designe-des-fournisseurs-secours-en-electricite-assurer-titre>

5) La sécurisation des infrastructures et des procédures de secours

Les dispositions relatives à l'obligation d'autonomie en énergie des établissements de santé en cas de défaillance du réseau d'énergie qui s'inscrivent dans le cadre général du [décret n° 2007-1344 du 12 septembre 2007](#) pris pour l'application de l'article 7 de la loi n° 2004-811 du 13 août 2004 relative à la modernisation de la sécurité civile impliquent de mettre en œuvre des actions spécifiques dans le contexte actuel.

En effet, l'importance de continuité de service sur les plans de la qualité de l'alimentation en énergie, du dimensionnement des sources de remplacement nécessite une vigilance et un suivi de la maintenance préventive et curative ainsi que des procédures formalisées à mettre en œuvre en cas de situation dégradée.

Les établissements doivent également être encouragés à revoir leur plan de continuité d'activité et à s'exercer à la gestion de pannes électriques de grande ampleur.

a/ - Dispositions spécifiques aux établissements de santé

Les recommandations décrites en annexe 2 s'inscrivent dans le cadre plus général de la prévention des risques liés à la sécurité électrique qui est rappelée dans la circulaire DHOS/E4/2006/393 du 8 septembre 2006 relative aux conditions techniques d'alimentation électrique dans les établissements de santé publics et privés.

Il vous appartient de vérifier que l'ensemble des établissements ont bien mis en œuvre ces recommandations en termes notamment de :

- maintenance et de sécurisation en fioul des groupes électrogènes ;
- identification des sources de remplacement du matériel biomédical des secteurs sensibles (maintenance et durée des onduleurs) ;
- sécurisation des SAMU et appels d'urgences.

b/ - Dispositions spécifiques aux établissements médico-sociaux

Pour les établissements et services médico-sociaux (ESMS) ces recommandations s'inscrivent dans le cadre de l'Instruction interministérielle n° DGCS/DGSCGC/2015/355 du 7 décembre 2015 relative à la sécurité des personnes hébergées dans des établissements médico-sociaux en cas de défaillance d'énergie pour les établissements médico-sociaux.

Il est rappelé qu'au titre du [décret n° 2007-1344 du 12 septembre 2007](#) les établissements médico-sociaux sont tenus de garantir la sécurité de leurs conditions d'exploitation en cas de défaillance des réseaux de distribution d'énergie électrique lorsqu'ils assurent un hébergement collectif à titre permanent.

Les établissements médico-sociaux doivent être en mesure d'assurer la continuité de la prise en charge rendue nécessaire par la nature des pathologies ou les besoins des personnes accueillies en répondant à l'une des deux obligations suivantes :

- soit, de s'assurer de la disponibilité de moyens d'alimentation autonomes en énergie pour les installations utilisées afin de garantir la sécurité des personnes hébergées ;
- soit, de prévoir les mesures permettant d'assurer, par eux-mêmes, la sécurité des personnes hébergées en cas de défaillance du réseau d'énergie.

Il leur appartient de vérifier que l'ensemble de ces établissements ont bien mis en œuvre ces recommandations en termes notamment :

- d'essais techniques vérifiant le bon état de fonctionnement des moyens d'alimentation autonomes en énergie lorsqu'ils existent ;
- d'exercices d'entraînement des personnels à la mise en œuvre des mesures appropriées pour garantir la sécurité des personnes hébergées.

Il vous appartient de vérifier que les modalités de mise en œuvre de ces dispositions sont intégrées dans le plan bleu et de mettre en place les exercices d'entraînement associés.

6) **Finaliser les plans de sobriété énergétique**

Dans la circulaire en date du 25 juillet 2022¹, la Première ministre s'est adressée à l'ensemble des ministres et secrétaires d'état sur la nécessité d'une exemplarité des administrations d'Etat.

Cette circulaire rappelle les tensions internationales imposant un effort en matière de sobriété énergétique et le lancement de travaux sous l'autorité du ministre chargé de la transition écologique pour mobiliser les administrations publiques comme les entreprises.

Dans ce contexte, il a été demandé d'engager sans délai des mesures d'ampleur visant à réduire la consommation d'énergie. A ce titre, les services et opérateurs placés sous l'autorité des différents ministères devront s'engager dans des démarches de sobriété énergétique et proposer de nouvelles actions visant à maîtriser leur consommation énergétique.

Pour accompagner les établissements de santé et les établissements médico-sociaux dans cette démarche, le ministère de la santé et de la prévention a missionné l'Agence nationale de la performance sanitaire et médico sociale (ANAP), qui propose dans un 1^{er} temps une liste d'actions pouvant être mises en œuvre rapidement (logique de « gains rapide ») :

<https://anap.fr/evenements/cercles-et-webconferences-1/webconference-cout-de-lenergie-10-conseils-pour-reduire-durablement-sa-facture-30-septembre-2022>.

En parallèle, des accompagnements à la mise en œuvre du décret dit « tertiaire »² sont également disponibles et le déploiement d'un réseau de conseillers en transition énergétique et écologique en santé (CTEES), dans les établissements de santé et médico-sociaux, dans les territoires, et de coordinateurs en transition énergétique et écologique en santé au niveau régional, animé par l'ANAP, va également permettre d'accélérer ces démarches.

Concernant les enjeux liés à des nouveaux projets immobiliers, le conseil scientifique de l'investissement en santé a publié un guide de lecture pour un projet immobilier durable (construction ou rénovation) qui sera accompagné d'une grille complète des enjeux à intégrer dans les projets au titre du développement durable et de la responsabilité sociale et environnementale de l'établissement.

En parallèle, la DGOS a lancé une série de réflexions et travaux à moyen terme sur des sujets visant notamment les achats responsables, les soins écoresponsables, la réutilisation de certains produits de santé. La DGCS va aussi lancer à moyen terme des travaux sur ces thématiques adaptées au secteur médico-social.

Enfin, le ministère de la santé et de la prévention est engagé aux côtés du ministère de la transition écologique, et de la cohésion des territoires, de l'ANAP et de neuf fédérations des secteurs sanitaire, social et médico-social dans une démarche de transition écologique, formalisée par une convention arrivée aujourd'hui à échéance et dont le renouvellement a été acté par l'ensemble des acteurs pour 2023.

¹ Circulaire n° 6363-SG du 25 juillet 2022 - Sobriété énergétique et l'exemplarité des administrations de l'Etat.

² Promulguée fin 2018, la loi ELAN a inscrit au code de la construction et de l'habitation une obligation de réduire la consommation énergétique des bâtiments tertiaires. Le décret n° 2019-771 du 23 juillet 2019 (dit décret « tertiaire ») vient fixer les conditions d'application de cette mesure. Ce décret oblige les propriétaires, gestionnaires ou locataires de bâtiments supérieurs à 1 000 m² à améliorer la performance énergétique de leurs bâtiments. Ce décret s'applique à toutes les structures sanitaires et médico-sociales de plus de 1 000 m².

Les thématiques abordées dans la présente instruction interministérielle alimenteront les travaux d'élaboration de cette troisième convention, à laquelle les parties souhaitent donner une nouvelle ambition en la recentrant autour du champ de la décarbonation et de la transition écologique et en l'adossant, en complément de « Mon observatoire du développement durable » en place depuis 2017 qui permet aux structures sanitaires, médico-sociales et sociales de mesurer annuellement leur degré de maturité en matière de responsabilité sociale et environnementale, à de nouveaux outils supports afin de renforcer le caractère volontariste et l'opérationnalité de cet engagement collectif.

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



Pierre PRIBILE

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



Cécile LAMBERT

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur général de la cohésion sociale



Jean-Benoît DUJOL

Annexe 1 - Fiche de renseignements à compléter par les établissements qui seraient insécurisés sur le plan contractuel pour leur fourniture d'électricité ou de gaz (**qui sera transmise sous forme d'enquête via l'outil SOLEN**)

Nom de l'établissement sanitaire	énergie électrique					gaz				
	puissance souscrite (kW)	Puissance moyenne (kW)	Consommation annuelle moyenne (KWh)	Vecteur de contractualisation (mutualisé, autre)	Fournisseur actuel	Puissance moyenne (kWh)	Consommation annuelle de référence (KWh)	Consommation annuelle moyenne (m3)	Vecteur de contratualisation (mutualisé, autre)	Fournisseur actuel

Nom de l'établissement médico-social (champ PA et PH)	énergie électrique					gaz				
	puissance souscrite (kW)	Puissance moyenne (kW)	Consommation annuelle moyenne (KWh)	Vecteur de contractualisation (mutualisé, autre)	Fournisseur actuel	Puissance moyenne (kWh)	Consommation annuelle de référence (KWh)	Consommation annuelle moyenne (m3)	Vecteur de contratualisation (mutualisé, autre)	Fournisseur actuel

Les différents éléments caractérisant une situation de fragilité en matière contractuelle sur les sujets d’approvisionnement en énergie sont :

- Une échéance de fin de marché proche (inférieure à 6 mois) peut rendre difficile de trouver un nouveau fournisseur (hors fournisseurs historiques).
- Une vigilance très forte est nécessaire sur certains fournisseurs qui ont massivement résilié unilatéralement des contrats.
- D’une manière générale, une vigilance forte est nécessaire dès lors que la contractualisation a été instruite hors centrales d’achat hospitalières nationales (UniHA, Resah ou Ugap).
- D’une manière générale, une vigilance forte est nécessaire dès lors que la contractualisation a été instruite hors fournisseurs historiques (EDF pour l’électricité ou Engie pour le gaz).
- D’une manière générale, une vigilance est nécessaire dès lors que la contractualisation a été finalisée hors tarifs réglementés.

Nb : Dans le cas particulier des marchés de gaz, les tarifs réglementés (relevant du fournisseur historique Engie) disparaissent en juin 2023 et les marchés concernés sont potentiellement fragilisés car Engie définira unilatéralement les nouveaux tarifs. Cette situation à venir pourrait créer du trouble et induire un processus long de recherche d’un autre fournisseur mettant potentiellement en risque la continuité de service.

Annexe 2 - Actions techniques à mener par les établissements sur les installations d'énergie, de production et distribution « secours », afin de sécuriser leur disponibilité en cas de sollicitation de ces moyens dans l'éventualité d'une perte de la source du fournisseur

Vérification des dispositions relatives à la continuité énergétique intégrées au plan blanc pour les établissements de santé et au plan bleu pour les établissements médico-sociaux

Il est rappelé la nécessité de mettre à jour les dispositions relatives à la continuité énergétique intégrées dans le plan blanc et notamment la procédure en cas de rupture d'énergie. Ce plan blanc ou bleu devra décrire la démarche à suivre vis-à-vis de risque potentiel ou avéré de perte d'énergie électrique ou de gaz de la part du fournisseur.

Les établissements de santé s'assurent, avec une périodicité adaptée au risque, du bon fonctionnement de leurs installations électriques, ainsi que des installations de secours. Notamment, ils vérifient leur inscription au service prioritaire d'électricité, la fiabilité des installations électriques de secours, les délais de réalimentation en cas d'avarie électrique sur les tronçons d'alimentation, la viabilité effective des stratégies de délestage électrique éventuelles des installations non prioritaires et les conditions de maintenance. Ils procèdent à des tests périodiques de leur source de production d'énergie électrique de remplacement. Une attention particulière sera portée sur le dispositif d'approvisionnement régulier en fuel en cas de nécessité.

Les établissements médico-sociaux s'assurent, avec une périodicité adaptée au risque, du bon fonctionnement de leurs installations électriques, ainsi que de leur accès à des installations électriques de secours, qui selon leurs caractéristiques peuvent se faire par la mise en place de moyens d'alimentation autonomes en énergie pour les établissements qui hébergent à titre permanent des personnes présentant des pathologies nécessitant l'usage de dispositifs médicaux fonctionnant à l'électricité. Les autres établissements visés par l'article R. 732-15 du code de la sécurité intérieure peuvent avoir recours à des moyens mutualisés ou partagés avec d'autres établissements. Cette mutualisation doit faire l'objet de conventions, qui doivent être actualisées en fonction de l'évolution des besoins. Les installations de secours doivent faire l'objet d'une vérification périodique de leur bon fonctionnement ainsi que de tests.

Vérification de la fiabilité des installations électriques du réseau de distribution « de secours »

- S'assurer de la qualité des moyens autonomes d'alimentation électrique dont disposent les établissements en cas de défaillance du réseau de distribution.
- Vérifier la cohérence du circuit de délestage interne à l'établissement en tenant compte des besoins en fonction des niveaux de criticité (activités médicales et installations de sécurité).
- Vérifier l'intégrité et la qualité opérationnelle des systèmes autonomes comportant des batteries (dispositifs médicaux, autres...).
- S'assurer que les installations prioritaires des plateaux techniques, les installations de chauffage et les systèmes de détection incendie sont bien alimentés par les systèmes de secours dans des délais adéquats en cas de perte de la source normale du fournisseur.

Maintenance et exercices

- S'assurer que l'ensemble des maintenances préventives est effectué sur tous les systèmes qui composent les éléments de sécurité.
- Organiser de façon régulière des tests sur groupes électrogènes afin de s'assurer du déclenchement de la source de remplacement.
- Veiller à la disponibilité de personnels formés à ces opérations spécifiques intervenant suivant des procédures formalisées et testées.

Vérification des équipements sensibles de la chaîne de distribution

Plusieurs équipements de la chaîne de distribution électrique nécessitent une attention particulière. Il est rappelé la nécessité de vérifier la motorisation du disjoncteur de couplage des groupes électrogènes.

Caisse nationale de l'assurance maladie

Délégation(s) de signature de la Caisse nationale de l'assurance maladie

NOR : SPRX2230671X

Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins.

Direction régionale du service médical de Provence-Alpes-Côtes d'Azur – Corse.

Direction régionale du service médical d'Occitanie.

Le directeur général, M. Thomas FATÔME, délègue sa signature à des agents de la caisse dans les conditions et limites fixées ci-dessous.

DIRECTION DÉLÉGUÉE A LA GESTION ET A L'ORGANISATION DES SOINS
(DDGOS)
DIRECTION DES ASSURÉS (DAS)
DÉPARTEMENT DE LA PRÉVENTION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ
(DPPS)

Mme **Anne FICHEN**
Décision du 29 septembre 2022

La délégation de signature accordée à Mme Anne FICHEN par décision du 1^{er} juillet 2022 est abrogée au 30 septembre 2022 au soir.

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.
Signé : Thomas FATÔME, directeur général.

DIRECTION RÉGIONALE DU SERVICE MÉDICAL DE PROVENCE-ALPES-COTES
D'AZUR - CORSE (DRSM)

Mme le Docteur **Sophie MENESTRIER**
Décision du 27 septembre 2022 – à effet au 1^{er} octobre 2022

Les délégations de signature accordées à Mme le Docteur Sophie MENESTRIER, médecin conseil régional adjoint à la Direction régionale du service médical d'Auvergne-Rhône-Alpes, par décision en date du 31 août 2020, sont abrogées à compter du 30 septembre 2022 au soir.

Délégation de signature est accordée à Mme le Docteur Sophie MENESTRIER, médecin conseil régional adjoint de la Direction régionale du service médical de PACA-Corse, pour signer :

- la correspondance courante émanant de la Direction régionale du service médical de PACA-Corse,
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par la Direction régionale du service médical de PACA-Corse,
- les autorisations de dépenses, les titres de recettes et les ordres de dépenses concernant les frais de fonctionnement de la Direction régionale du service médical de PACA-Corse.

Délégation de signature est accordée à Mme le Docteur Sophie MENESTRIER, médecin conseil régional adjoint de la Direction régionale du service médical de PACA-Corse, pour signer, au nom du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie, tous actes ou décisions concernant les engagements d'actions en justice en matière de contestation des ordonnances prononcées par les tribunaux du contentieux de l'incapacité enjoignant à ses services la communication de pièces médicales dans le cadre de recours employeurs.

La présente décision prend effet le 1^{er} octobre 2022 et sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Signé : Thomas FATÔME, directeur général.

Mme Aurélie ROSCIGLIONE

Décision du 23 septembre 2022 – *effective depuis le 1^{er} mars 2022*

Les délégations de signature accordées à Mme Aurélie ROSCIGLIONE, par décision en date du 31 août 2020 sont abrogées à compter du 28 février 2022 au soir.

Délégation de signature est accordée à Mme Aurélie ROSCIGLIONE, sous-directrice de la Direction régionale du service médical de PACA-Corse, pour signer :

- la correspondance courante émanant de la Direction régionale du service médical de PACA-Corse,
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par la Direction régionale du service médical de PACA-Corse,
- les autorisations de dépenses, les titres de recettes et les ordres de dépenses concernant les frais de fonctionnement de la Direction régionale du service médical de PACA-Corse.

Délégation de signature est accordée à Mme Aurélie ROSCIGLIONE, en matière de commande publique et dans le cadre des opérations intéressant la Direction régionale du service médical de PACA-Corse, pour signer :

- tout acte relatif à la passation ou à l'exécution des contrats, avenants ainsi que les conventions et/ou bons de commande auprès des centrales d'achat, lorsque ces derniers sont inférieurs ou égaux à 1 000 000 € TTC, à l'exception des avenants entraînant un dépassement par le contrat du seuil de 1 000 000 € TTC.

La présente décision, effective depuis le 1^{er} mars 2022, sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Signé : Thomas FATÔME, directeur général.

M. Sébastien NEDESOWSKI

Décision du 12 septembre 2022 – *effective depuis le 13 juin 2022*

Délégation de signature est accordée à M. Sébastien NEDESOWSKI, directeur adjoint à la Direction régionale du service médical de PACA-Corse, pour signer :

- la correspondance courante émanant de la Direction régionale du service médical de PACA-Corse,
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par la Direction régionale du service médical de PACA-Corse,
- les autorisations de dépenses, les titres de recettes et les ordres de dépenses concernant les frais de fonctionnement de la Direction régionale du service médical de PACA-Corse.

Délégation est accordée à M. Sébastien NEDESOWSKI, directeur adjoint à la Direction régionale du service médical de PACA-Corse, en matière de budget de gestion, pour :

- effectuer les virements de crédits, après accord de la Cnam, à l'intérieur des groupes de dépenses pour lesquels il existe un principe de fongibilité prévu par le Contrat pluriannuel de gestion visé par le directeur général de la Cnam.

Délégation de signature est accordée à M. Sébastien NEDESOWSKI, directeur adjoint à la Direction régionale du service médical de PACA-Corse, en matière de commande publique et dans le cadre des opérations intéressant la Direction régionale du service médical de PACA-Corse, pour signer :

- tout acte relatif à la passation ou à l'exécution des contrats, avenants ainsi que les conventions et/ou bons de commande auprès des centrales d'achat, lorsque ces derniers sont inférieurs ou égaux à 1 000 000 € TTC, à l'exception des avenants entraînant un dépassement par le contrat du seuil de 1 000 000 € TTC.

Délégation de signature est accordée à M. Sébastien NEDESOWSKI, directeur adjoint à la Direction régionale du service médical de PACA-Corse, en matière de gestion des ressources humaines, pour procéder aux :

- recrutements des personnels relevant de la Convention collective nationale de travail du personnel des organismes de la Sécurité sociale, employés et cadres,
- décisions de parcours professionnels des personnels relevant de la Convention collective nationale de travail du personnel des organismes de la Sécurité sociale, employés et cadres,
- attributions des mesures salariales des personnels relevant de la Convention collective nationale de travail du personnel des organismes de la Sécurité sociale, employés et cadres,
- attributions des mesures salariales des personnels relevant de la Convention collective nationale de travail des agents de direction du régime général des organismes de sécurité sociale et de la Convention collective nationale de travail des praticiens-conseils du régime général de sécurité sociale, après avis du directeur général de la Cnam,
- procédures disciplinaires autres que les procédures de licenciement conformément à la lettre réseau LR-DDO-195/2017.

Délégation de signature est accordée à M. Sébastien NEDESOWSKI, directeur adjoint à la Direction régionale du service médical de PACA-Corse, pour signer, au nom du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie, tous actes ou décisions concernant les engagements d'actions en justice en matière de contestation des ordonnances prononcées par les tribunaux du contentieux de l'incapacité enjoignant à ses services la communication de pièces médicales dans le cadre de recours employeurs.

La présente décision prend effet le 13 juin 2022 et sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Signé : Thomas FATÔME, directeur général.

DIRECTION RÉGIONALE DU SERVICE MÉDICAL DES PAYS-DE-LA-LOIRE
(DRSM)

M. le Docteur **Thierry PREAUX**

Décision du 13 septembre 2022 – à effet au 17 octobre 2022

Les délégations de signature accordées à M. le Docteur Thierry PREAUX par décision en date du 31 août 2020 sont abrogées à compter du 16 octobre 2022 au soir.

Délégation de signature est accordée à M. le Docteur Thierry PREAUX, médecin conseil régional de la Direction régionale du service médical des Pays-de-la-Loire, pour signer :

- la correspondance courante émanant de la Direction régionale du service médical des Pays-de-la-Loire,
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par la Direction régionale du service médical des Pays-de-la-Loire,
- les autorisations de dépenses, les titres de recettes et les ordres de dépenses concernant les frais de fonctionnement de la Direction régionale du service médical des Pays-de-la-Loire.

Délégation est accordée à M. le Docteur Thierry PREAUX, médecin conseil régional de la Direction régionale du service médical des Pays-de-la-Loire, en matière de budget de gestion, pour :

- effectuer les virements de crédits, après accord de la Cnam, à l'intérieur des groupes de dépenses pour lesquels il existe un principe de fongibilité prévu par le Contrat pluriannuel de gestion visé par le directeur général de la Cnam.

Délégation de signature est accordée à M. le Docteur Thierry PREAUX, en matière de commande publique et dans le cadre des opérations intéressant la Direction régionale du service médical des Pays-de-la-Loire, pour signer :

- tout acte relatif à la passation ou à l'exécution des contrats, avenants ainsi que les conventions et/ou bons de commande auprès des centrales d'achat, lorsque ces derniers sont inférieurs ou égaux à 1 000 000 € TTC, à l'exception des avenants entraînant un dépassement par le contrat du seuil de 1 000 000 € TTC.

Délégation de signature est accordée à M. le Docteur Thierry PREAUX, en matière de gestion des ressources humaines, pour procéder aux :

- recrutements des personnels relevant de la Convention collective nationale de travail du personnel des organismes de la Sécurité sociale, employés et cadres,
- décisions de parcours professionnels des personnels relevant de la Convention collective nationale de travail du personnel des organismes de la Sécurité sociale, employés et cadres,
- attributions des mesures salariales des personnels relevant de la Convention collective nationale de travail du personnel des organismes de la Sécurité sociale, employés et cadres,
- attributions de mesures salariales des personnels relevant de la Convention collective nationale de travail des agents de direction du régime général des organismes de sécurité sociale et de la Convention collective nationale de travail des praticiens-conseils du régime général de sécurité sociale, après avis du directeur général de la Cnam,
- procédures disciplinaires autres que les procédures de licenciement conformément à la lettre réseau LR-DDO-195/2017.

Délégation de signature est accordée à M. le Docteur Thierry PREAUX, médecin conseil régional de la Direction régionale du service médical des Pays-de-la-Loire, pour signer, au nom du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie, tous actes ou décisions concernant les engagements d'actions en justice en matière de contestation des ordonnances prononcées par les tribunaux du contentieux de l'incapacité enjoignant à ses services la communication de pièces médicales dans le cadre de recours employeurs.

La présente décision prend effet le 17 octobre 2022 et sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Signé : Thomas FATÔME, directeur général.

Caisse nationale de l'assurance maladie

Liste des agents de contrôle de la branche maladie - Accidents du travail/Maladies professionnelles ayant reçu l'autorisation provisoire ainsi que l'agrément définitif d'exercer leurs fonctions en application des dispositions de l'arrêté du 5 mai 2014 et de l'arrêté du 4 novembre 2020 fixant les conditions d'agrément des agents et des praticiens-conseils chargés du contrôle de l'application des législations de sécurité sociale

NOR : SPRX2230686K

Nom	Prénom	Date de naissance	Organisme	Date d'autorisation provisoire	Date d'agrément définitif	Date d'assermentation	Date de fin de validité d'agrément (5 ans)
Madame DAUDON	Laurence	18 Juillet 1965	CPAM de l'INDRE	12/05/2022	11/10/2022	17/05/2022	10/10/2027
Madame HOSTIN	Sandrine	13 Février 1977	CPAM de HAUTE LOIRE	05/01/2022	11/10/2022	09/03/2022	10/10/2027
Madame PELISSIER	Céline	31 Août 1979	CPAM de l'ISERE	12/05/2022	11/10/2022	16/06/2022	10/10/2027