



**Les Services de Rééducation Post
Réanimation
(SR.PR)**

TABLE DES MATIERES

Socle Commun	4
1. Contexte	5
2. Objectifs des SR.PR	5
1.1. Objectif général	5
1.2 Objectifs spécifiques	5
1.3 Polarité Neurologique ou respiratoire des SR.PR	6
3. Recrutement	6
4. Organisation des prises en charge	6
3.1 Au décours de la réanimation	6
3.2 Via Trajectoire	6
5. Environnement requis	7
4.1 Réanimation, USI	7
4.2 SSR d'aval.....	7
4.3 Autres	7
6. Dimensionnement d'un SR.PR	7
7. Les personnels	8
6.1 Personnels médicaux	8
6.2 Personnels non Médicaux.....	8
6.3 Permanence des soins.....	8
8. Patients	8
8.1 Adultes	9
8.2 Pédiatrie	9
8.2.1 Finalités principales du séjour	9
8.2.2 Les patients	9
9. Locaux	9
9.1 Chambres.....	10
9.2 Autres	10
10. Les matériels	10
11. Les réseaux et parcours	11
11.1 Parcours d'amont	11
11.2 Parcours d'aval	11
12. Le financement	11
13. Evaluation de la mise en place des SR.PR	11
14. Besoins	11
SR.PR à orientation neurologique	12

1.	Définition	12
2.	Organisation des prises en charge	12
3.	Environnement requis	12
3.1	Organisation de l'amont	13
3.2	Organisation de l'aval.....	13
4.	Les patients	13
4.1	Finalités principales du séjour.....	13
4.2	Patients concernés.....	13
4.2.1	Les patients cérébrólésés	14
4.2.2	Les patients avec lésion médullaire, filière réanimation de traumatologie.....	14
5.	Personnel	14
5.1	Compétences médicales.....	15
5.2	Compétences non médicales.....	15
5.3	Permanence des soins.....	15
6.	les locaux	16
6.1.	Chambres.....	16
6.2.	Des locaux de rééducation.....	16
7.	Moyens matériels	16
	SR.PR à orientation respiratoire	17
1.	Définition	17
2.	Organisation des prises en charge	17
3.	Environnement requis	17
3.1	Réanimation, USIR	17
3.2	SSR respiratoires.....	17
3.3	Autres	18
4.	Les patients	18
4.1.	Finalités principales du séjour.....	18
4.2	Les patients.....	18
4.3	Non indications :.....	19
5.	Les personnels	19
6.1	Médicaux.....	19
6.2	Non médicaux	19
6.3	La permanence des soins.....	19
6.4	Les savoir faire	20
6.	Les locaux	20
7.1	Chambres.....	20
7.2	Autres	20

DOCUMENT DE TRAVAIL

SOCLE COMMUN

1. CONTEXTE

Le volet thématique du SROS-PRS consacré aux soins de suite et de réadaptation (SSR) souligne que 15 à 20% des patients aux parcours complexes se confrontent encore trop souvent à une impasse hospitalière à la sortie de MCO, puis en SSR.

Souvent qualifiés de « bloqueurs de lits », ces patients sont exposés à un haut risque de rupture de parcours, compromettant la cohérence et la qualité de leur prise en charge et de leur projet de vie. Leur problématique partagée est liée à la lourdeur médicale due à leur pathologie, générant elle-même de fortes contraintes techniques et de coût. Les patients concernés sont également caractérisés par une réversibilité potentielle de leur état, soit partielle, soit totale. Deux filières sont ainsi plus particulièrement concernées :

- Les patients neurologiques ou apparentés,
- Les grands insuffisants respiratoires trachéotomisés.

Dans ce cadre une réflexion sur l'élaboration d'un parcours de soins et de réadaptation en post-réanimation à destination des patients lourds et complexes a été conduite et conclut en la nécessaire identification de Services de Réadaptation post-Réanimation.

A l'appui de ce cahier des charges, un appel à projet sera organisé pour permettre d'identifier 4 SRPR adultes et 1 SRPR pédiatrique nécessairement mixte.

2. OBJECTIFS DES SR.PR

1.1. OBJECTIF GENERAL

Les SR PR prennent en charge exclusivement et directement les patients en sortie de réanimation ou de soins intensifs, sans passage par une autre unité MCO.

Leur objectif est donc d'accueillir directement à l'issue de ces unités, des patients dont l'instabilité et la charge en soins rendent impossible un transfert en SSR. Cette instabilité et cette charge en soins élevée se caractérisent par l'association de plusieurs déficiences ainsi que par la nécessité de plusieurs dispositifs médicaux lourds assurant des fonctions d'assistance vitale (ventilation artificielle, trachéotomie, gastrostomie...).

Véritable maillon intermédiaire entre les unités d'aigu et les SSR, les SRPR doivent pouvoir réaliser une articulation parfaite entre leur amont et leur aval (sortie précoce du MCO => Orientation vers le SSR)

Les structures de type SR PR peuvent être polyvalentes ou orientées spécifiquement vers les déficiences neurologiques ou respiratoires, définissant des SR PR neurologiques, respiratoires ou mixtes.

1.2 OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Améliorer et accélérer la récupération par un programme de rééducation et de réadaptation précoce,
- Sevrer les patients des dispositifs médicaux et d'assistance vitale encore en place à la fin du séjour en réanimation, en particulier la ventilation mécanique,
- Préserver la stabilité des fonctions vitales,
- Prévenir les complications de l'alitement,
- Surveiller, dépister et traiter d'éventuelles complications, notamment celles liées à l'alitement.

1.3 POLARITE NEUROLOGIQUE OU RESPIRATOIRE DES SR.PR

Il apparaît que, pour de multiples raisons, la majorité des SR.PR vont se polariser vers une activité plutôt neurologique ou plutôt respiratoire.

Cette polarisation peut être rendue nécessaire, car :

- Parmi les sites susceptibles d'accueillir un SR.PR, très peu bénéficient du cumul sur place de l'ensemble des expertises nécessaires;
- La typologie des patients « respiratoires » et « neurologiques » diffère. En effet, si la ventilation mécanique est « la règle » dans les SR.PR « respiratoires », au contraire la ventilation spontanée reste prédominante dans les SR.PR « neurologiques » ;
- De par cette différence de typologie, les moyens matériels et humains diffèrent entre SRPR « respiratoires » et « neurologiques ».

Certains SR PR pourront être mixtes, dès lors que leur activité est neurologique et respiratoire. La prise en charge de blessés médullaires hauts dépendant d'un ventilateur entre par exemple dans ce cadre. La pédiatrie relèvera également d'une prise en charge mixte

Enfin, cette polarisation ne justifie en aucun cas une augmentation du périmètre de lits de SR PR. Elle implique en revanche de répartir les lits entre chacune des deux activités.

3. RECRUTEMENT

L'unité SR.PR ne peut en aucun cas être une simple filière interne propre à l'établissement d'implantation. Un partenariat avec plusieurs réanimations ou USI doit être prévu, sur le mode d'une organisation territoriale par exemple, afin de couvrir les besoins en IDF.

Le recrutement est régional ou au minimum interdépartemental.

L'accueil des patients hors IDF (province, outremer, étranger) nécessitant un rapatriement ou un rapprochement familial doit être possible.

4. ORGANISATION DES PRISES EN CHARGE

3.1 AU DECOURS DE LA REANIMATION

L'admission a **exclusivement** lieu **directement au décours** d'un séjour dans un service de réanimation, ou une unité de soins intensifs, sans transit par un service de court séjour.

3.2 VIA TRAJECTOIRE

Le logiciel *Trajectoire* est utilisé pour l'adressage des patients (utilement complété par un contact direct entre médecins compte tenu de la complexité de ces patients). Ceci permettra une analyse des flux de patients, des délais de prise en charge, des éventuels refus et de leurs causes.

5. ENVIRONNEMENT REQUIS

Les SR.PR sont un véritable maillon intermédiaire entre les unités de réanimation, USI, et les SSR (neurologiques ou respiratoires notamment)

4.1 REANIMATION, USI

L'adossement géographique à un secteur de réanimation ou à une USI est indispensable pour la sécurité de ce type d'unité, compte tenu de la typologie intrinsèque des patients admis en SR PR. Selon la spécificité des SRPR en cause, cet adossement géographique doit être tel qu'il permette que la permanence des soins dans le secteur SRPR puisse être assurée 24h/24 par la réanimation ou l'USI concernée.

Cette obligation n'est valable que pour les SR PR et ne peut en aucun cas devenir opposable aux SSR spécialisés neurologiques ou respiratoires, qui doivent pouvoir continuer de fonctionner dans les conditions actuelles, telles que définies dans les cahiers des charges.

4.2 SSR D'AVAL

Le SSR aval du SR.PR est idéalement situé sur place, au sein du même établissement.

Si cette option n'est pas possible, l'accès aux SSR d'aval est assuré dans le cadre d'un partenariat étroit, formalisé par une convention. De plus, un partenariat doit être établi avec plusieurs autres SSR, tous susceptibles de recevoir des patients en sortie de SR-PR, ce pour assurer un parcours optimal et garantir une fluidité des admissions en SR-PR.

4.3 AUTRES

L'accès sur place est requis à un plateau technique répondant aux exigences de chaque spécialité.

6. DIMENSIONNEMENT D'UN SR.PR

Les différentes études européennes (*ERS Task Force, ERJ 2002*) s'accordent sur une unité de base de 6 lits avec une IDE pour 6 lits.

En effet la charge en soins et donc l'encadrement en personnel est logiquement :

- inférieure à ce qui est préconisé pour les réanimations (1 IDE pour 2.5 lits) et pour les unités de soins intensifs respiratoires (1 IDE pour 3 lits)
- supérieure à celle d'un SSR respiratoire ou neurologique « lourd » (environ 1 IDE pour 8 lits).

Dans ces conditions la taille d'un SR PR doit être égale à 6 lits ou à un multiple de 6 (soit 12 à 18 lits).

7. LES PERSONNELS

Le personnel, doit être formé et bénéficier d'un accompagnement.

Les moyens en personnel médical, non médical, correspondent à ceux d'une unité de soins continus. Les moyens en rééducateurs correspondent à ceux d'un SSR spécialisé en pathologie neurologique.

6.1 PERSONNELS MEDICAUX

En SR PR adulte, le responsable de l'unité doit être un médecin spécialiste, en fonction de l'orientation de la structure : pneumologue ou réanimateur ayant une expérience confirmée en ventilation mécanique (invasive et non invasive, sevrage, trachéotomie) et en réhabilitation respiratoire, ou un médecin spécialiste en médecine physique et de réadaptation avec une expérience de la réanimation.

L'accès à d'autres spécialités doit être organisé : ORL, ophtalmologie, neurologie, chirurgie orthopédique, neurochirurgie, psychiatrie, neurologie, pneumologie ou MPR, en fonction des spécialités respectives des médecins du SRPR.

En SR PR pédiatrique le responsable de l'unité doit être un médecin pédiatre ayant une compétence en réanimation et une expérience confirmée en réhabilitation respiratoire.

6.2 PERSONNELS NON MEDICAUX

Les compétences ci-dessous sont requises :

- Cadre de santé ayant l'expérience des structures de soins aigus (réanimation, USI, USC) et formé aux spécificités de réhabilitation.
- IDE : ils doivent être spécifiquement formés, aux gestes d'urgence et urgence vitale, à la ventilation mécanique, à la VNI, aux soins de trachéotomie, à la neurologie, à l'éveil du coma, la douleur, l'escarre, l'éthique, la prise en charge psychologique, sociale, médico-sociale, juridique
- Aides-soignantes : la dotation devrait être de 1 aide-soignante pour 6 lits
- Personnel de rééducation en fonction de l'orientation du service : kinésithérapeute avec la possibilité de kinésithérapie le week-end et les jours fériés, orthophoniste, ergothérapeute, psychomotricien, psychologue, diététicienne, assistante sociale, secrétaire,

6.3 PERMANENCE DES SOINS

Une équipe médicale assurant une garde sur place (24/24) est obligatoire. Cette garde est mutualisée avec la réanimation ou l'Unité de Soins Intensifs à laquelle le SRPR est adossé.

8. PATIENTS

8.1 ADULTES

Les profils de patients adultes relevant des SPR sont décrits dans les cahiers des charges spécifiques des unités à orientation neurologique et respiratoire. Il s'agit:

- dans les unités à orientation respiratoire, de patients dépendants d'une assistance respiratoire, à « haut risque de décompensation », et qui ne peuvent donc être pris en charge dans un SSR respiratoire,
- dans les unités à orientation neurologique, de patients caractérisés par des déficiences associées, l'importance de la charge en soins et les dispositifs médicaux, la dépendance et le besoin en rééducation. Notamment des patients cérébrlésés à la suite d'un coma.

8.2 PEDIATRIE

La prise en charge pédiatrique devra être réalisée dans des unités mixtes neuro-respiratoires.

8.2.1 FINALITES PRINCIPALES DU SEJOUR

L'objectif d'un séjour en SR PR est d'obtenir un **sevrage** de l'assistance ventilatoire et une **reverticalisation**. Ceci signifie que les patients admis dans ces unités doivent avoir une **réversibilité potentielle** de leur état, soit totale, soit partielle.

En effet dans le cas contraire ces unités se trouveraient rapidement saturées par des patients stables, relevant de prises en charge en SSR à moyen – long terme.

En cas d'échec du sevrage ventilatoire : orientation vers l'instauration d'une ventilation à domicile lorsque les conditions familiales, techniques, psychologiques, le permettent.

8.2.2 LES PATIENTS

Ce sont des patients à « haut risque de décompensation », qui ne peuvent donc être pris en charge dans un SSR.

Deux groupes principaux de patients

- Les dysplasies broncho-pulmonaires sévères en phase d'adaptation à la VNI, ou trachéotomisés ventilés
- Les affections neuro musculaires trachéotomisées et en ventilation mécanique. Dans ces cas il n'y a le plus souvent pas de réversibilité. L'hospitalisation en SR PR ne peut donc être que transitoire à la phase initiale de ventilation avant l'admission dans une structure d'aval.
- Autres

Séquelles sévères de prématurité
Malformations ORL complexes (Pierre Robin)
Infections virales sévères
Accidents médullaires hauts

9. LOCAUX

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

9.1 CHAMBRES

Elles doivent être exclusivement des chambres individuelles (maîtrise du risque infectieux, patients sortants de réanimation porteurs de BMR), vastes, avec salle d'eau individuelle accessible aux handicapés.

Elles permettent l'installation du matériel médical (alimentation entérale, matériel d'aspiration, ventilateur, aide à la toux), et du matériel de rééducation ainsi qu'éventuellement de matériel de transfert (rail au plafond).

Elles sont équipées de fluides (O₂, air, vide) de lits électriques à hauteur variable, et de matelas anti escarres.

Dans un des SR PR d'Ile-de-France, au moins une chambre devra être équipée pour l'accueil de patients avec obésité morbide (lit, lève malades et fauteuils spécifiques).

9.2 AUTRES

- Installation type « lit douche » dans l'unité
- Pièce de stockage de matériel de ventilation et de rééducation
- Locaux de rééducation en fonction de l'orientation du SRPR (Salle de kinésithérapie, Locaux d'orthophonie, locaux psychomotricité)
- Bureaux médicaux, psychologues et secrétariats
- Salon famille

10. LES MATERIELS

- La présence d'unités de monitoring complet et centralisé (fréquence cardiaque, pression artérielle, saturation en oxygène, température) n'est pas nécessaire. Par contre les alarmes de ventilateurs déportées sur la salle de soins semblent indispensables compte tenu de l'architecture (chambres individuelles).
- Ventilateurs permettant une ventilation invasive (sur trachéotomie notamment) et non invasive (VNI).
- Electrocardiogramme
- Pompes à nutrition
- Matériel de rééducation en kinésithérapie (incluant des dispositifs d'électrostimulation musculaire), ergothérapie, orthophonie, psychomotricité en fonction de l'orientation du service.
- Appareil d'aide à la toux et au désencombrement
- Possibilité d'accès à des capnographes transcutanés
- Lève-malades, verticalisateurs
- Matériel permettant la déambulation de patients ventilés
- Pour les SRPR respiratoires : accès à la polygraphie ventilatoire est assuré, sur place ou par convention

11. LES RESEAUX ET PARCOURS

11.1 PARCOURS D'AMONT

Les services de réanimation, unités de soins intensifs, adressant des patients en SR PR doivent signer des conventions précisant les modalités d'adressage et les modalités de retour.

11.2 PARCOURS D'AVAL

A l'issue de leur séjour en SR PR, les patients ont pour la plupart vocation à intégrer un SSR neurologique ou respiratoire (en hospitalisation complète ou en hôpital de jour) pour la poursuite du programme de réhabilitation. Les SR PR doivent avoir des liens étroits et signer des conventions avec des SSR d'aval en mesure d'accueillir les patients au sortir de ces unités, pour s'assurer d'une bonne fluidité de la filière d'aval et de l'adéquation des durées de séjours.

Certains patients peuvent rentrer directement à domicile dans le cadre d'un partenariat avec une structure d'HAD, un réseau de soins, ou avec l'aide de prestataires de services à domicile.

L'adhésion à un réseau prenant en charge ce type de patients est souhaitable.

Une organisation d'aval vers une structure de soins prolongés (dont la création est en cours de réflexion), ou vers le médico-social est indispensable (MAS dans la gestion du handicap respiratoire et/ou neurologique, à vocation régionale, EHPAD).

12. LE FINANCEMENT

Un financement de type MCO associant un financement au GHS de type T2A MCO et un financement à la journée sous forme de complément est envisagé pour répondre aux spécificités de cette prise en charge mal valorisée via les modèles de tarification exclusif MCO ou SSR.

13. EVALUATION DE LA MISE EN PLACE DES SR.PR

Après une année de fonctionnement, chaque SR.PR autorisé devra adresser un rapport d'activité à l'ARS.

L'ARS procédera à l'analyse de ces structures au travers de leur activité, de leur fonctionnement, de leur DMS, de leur positionnement dans le parcours de ces patients, des typologies de patients pris en charge, d'actes traçeurs.

14. BESOINS

Des enquêtes réalisées par les groupes d'experts ont permis d'estimer les besoins de SR.PR à :4 unités adultes et 1 unité pédiatrique au niveau régional

SR.PR A ORIENTATION NEUROLOGIQUE

1. DEFINITION

Il s'agit d'unités prenant en charge des patients en sortie directe d'un service de réanimation impliqué dans la prise en charge des patients cérébrolésés ou blessés médullaires.

L'objectif principal est de faire bénéficier de façon précoce les patients sortant d'une phase de coma, de soins de rééducation non disponibles dans les réanimations.

Au-delà de l'accueil de patients non ventilés en phase d'éveil, un objectif en IDF est l'accueil des patients ventilés, cérébrolésés ou médullaires tétraplégiques hauts.

Les patients susceptibles de bénéficier d'un SR.PR à orientation neurologique sont caractérisés par des déficiences associées, la charge en soins et les dispositifs médicaux, la dépendance et le besoin en rééducation.

2. ORGANISATION DES PRISES EN CHARGE

L'admission **a exclusivement** lieu **directement au décours** d'un séjour dans un service de réanimation ou une unité de soins intensifs, sans transit par un service de court séjour.

Le SR.PR à orientation neurologique doit s'inscrire dans un projet associant un service de réanimation impliqué dans l'accueil des patients cérébrolésés ou blessés médullaires et un service de MPR accueillant des patients cérébrolésés et/ ou des blessés médullaires.

Le logiciel *Trajectoire* est utilisé pour l'adressage des patients (utilement complété par un contact direct entre médecins compte tenu de la complexité de ces patients). Ceci permettra une analyse des flux de patients, des délais de prise en charge, des éventuels refus et de leurs causes.

3. ENVIRONNEMENT REQUIS

L'organisation en parcours de soins et réseaux est un pré requis au projet de création de SR.PR « neurologique », qui doit s'inscrire dans un projet associant :

- Un service de Réanimation ou une USI impliqué(e) dans l'accueil des patients cérébrolésés ou blessés médullaires.
- Un service de MPR accueillant des patients cérébrolésés et/ ou des blessés médullaires.

Le SR.PR « neurologique » doit être adossé à une réanimation ou une USI, dans le même établissement et au mieux dans le même bâtiment. Idéalement il est également adossé au SSR neurologique dans le même établissement

Un **partenariat de fonctionnement doit être décidé** permettant :

- le passage des MPR en réanimation pour l'orientation vers SR.PR et aide à l'orientation vers d'autres structures,
- l'intervention, régulière ou de façon ponctuelle en fonction des besoins, des réanimateurs en SRPR

3.1 ORGANISATION DE L'AMONT

Le SR.PR prend en charge des patients de la réanimation du site, mais n'est pas l'aval exclusif de cette réanimation : un partenariat avec d'autres réanimations est obligatoire, sur le mode d'une organisation territoriale par exemple, afin de couvrir les besoins en IDF.

L'accueil des patients domiciliés en IDF, accidentés hors IDF (province, outremer, étranger) doit être prévu.

3.2 ORGANISATION DE L'AVAL

L'organisation de l'aval est indispensable d'une part pour assurer une suite des soins de rééducation et le projet de réadaptation des patients, d'autre part pour éviter la saturation du SRPR.

Des conventions ou filières avec d'autres structures MPR, médico-sociales (MAS, FAM) sont nécessaires.

Seule l'organisation complète du parcours des patients depuis la réanimation permettra d'assurer la continuité de prise en charge et d'accompagnement et d'éviter les embolisations du parcours ou les ruptures de continuité.

4. LES PATIENTS

La prise en charge des patients de pédiatrie relève d'unités mixtes. La typologie de ces patients et les finalités spécifiques de leur prise en charge sont donc décrites dans la partie « socle commun ».

4.1 FINALITES PRINCIPALES DU SEJOUR

L'objectif principal est de faire bénéficier de façon précoce les patients sortant d'une phase de coma de soins de rééducation non disponibles dans les réanimations. Les patients éligibles doivent avoir une réversibilité potentielle au moins partielle de leur état. Les objectifs spécifiques des SRPR neurologiques sont :

- favoriser le meilleur niveau de récupération neurologique par un programme de rééducation et de réadaptation ;
- le maintien de la stabilité des fonctions vitales ;
- la prévention des complications médicales dont celles dues à l'alitement prolongé ;
- la surveillance, le dépistage et le traitement des complications respiratoires, neurologiques, neuro-orthopédiques ;
- le sevrage des dispositifs médicaux, en particulier de la ventilation
- l'évaluation de l'éveil par des procédures cliniques standardisées et l'accès aux évaluations physiologiques et neuroradiologiques .

Les SR.PR neurologiques doivent pouvoir accueillir des patients neurologiques ventilés.

4.2 PATIENTS CONCERNES

Les patients susceptibles de bénéficier d'un SR.PR à orientation neurologique sont caractérisés par des déficiences associées, la charge en soins et les dispositifs médicaux, la dépendance et le besoin en rééducation.

Ainsi la typologie des patients accueillis en SR PR neurologique correspond à des patients cérébrolésés (traumatisés crâniens, anoxie cérébrale, AVC), à la suite d'un coma, et caractérisés par :

-Une stabilisation en cours de leur état médical, l'association de plusieurs déficiences graves de l'appareil neurologique (vigilance, fonctions cognitives, motricité) et des grandes fonctions vitales (respiratoires, cardio-vasculaires) ainsi que par la fréquence des dispositifs médicaux : trachéotomie, gastrostomie, administration continue de médicaments, ventilation assistée,

-Une charge en soins et une dépendance importante en sortie de réanimation,

Les patients concernés s'identifient également par les spécificités liées à leur prise en charge :

-Une rééducation pluridisciplinaire dirigée sur l'éveil, la communication, l'aménagement de l'environnement, la kinésithérapie respiratoire, motrice, posture...

-l'accompagnement des familles,

-une durée de séjour prolongée posant ainsi des problèmes d'aval.

4.2.1 LES PATIENTS CEREBROLESES

Les pathologies des patients cérébrolésés sont identifiées en fonction de leur filière d'amont :

-Filière neurochirurgicale : traumatisés crâniens graves, hémorragies méningées (anévrismes), complication de neurochirurgie programmée (tumeurs « bénignes » opérées), hématomes intracérébraux

Eveil incomplet, retardé,
Trachéotomisés/ ventilés.

-Filière AVC (USINV ou réanimation)

AVC graves, caractérisés par une dépendance importante, trachéotomisés, ou présentant des troubles graves de la déglutition ; AVC du tronc cérébral et Locked-in-syndrome.

-Filière réanimation

Arrêt cardiaque/ anoxie cérébrale,
Encéphalites, encéphalopathies
Les Polyradiculonévrites graves,(atteintes du système nerveux périphérique).

4.2.2 LES PATIENTS AVEC LESION MEDULLAIRE, FILIERE REANIMATION DE TRAUMATOLOGIE

Les Pathologies médullaires rachidiennes caractérisées par une très lourde forte charge en soins, en particulier tétraplégiques haut (au-dessus de C4) ventilés, tétraplégiques trachéotomisés ou paraplégiques à complications respiratoires.

5. PERSONNEL

Le personnel doit être formé et bénéficier d'une formation continue ; la compétence n'est souvent pas antérieure au recrutement, le personnel doit pouvoir être formé dans la structure.

Ces temps réguliers de formation concernent notamment les gestes d'urgence et urgence vitale, la ventilation

et les respirateurs, la gestion de canules de trachéotomie, la neuro-urologie, la douleur, les escarres. Concernant les patients cérébrolésés : l'éveil, les troubles du comportement, les EVC-EPR, DU ventilation, traumatisés crâniens, etc...

5.1 COMPETENCES MEDICALES

Le médecin coordonnateur est qualifié et spécialiste en Médecine Physique et de Réadaptation avec une expérience de la prise en charge des patients de réanimation ou de post-réanimation.

-Temps de réanimateur : le projet de service devra prévoir la collaboration avec le service de réanimation

-Accès aux autres spécialités médicales : ORL, pneumologue, OPH, neuro – orthopédiste, neurochirurgien, orthopédiste, Psychiatre, Neurologue; accès à l'imagerie cérébrale ou médullaire et à l'électrophysiologie

5.2 COMPETENCES NON MEDICALES

Les compétences ci-dessous sont requises :

-Cadre de santé coordinateur

- IDE : 1 IDE pour 4 à 6 lits (idem jour et nuit, semaine et week-end. Pour le calcul des ETP, à noter que les soins seront réalisés en binôme

- Aides-soignants : moins nombreux la nuit

- Masseur-kinésithérapeute : prévoir une astreinte dimanches et jours fériés

- Orthophoniste, ergothérapeute, psychomotricien

- Psychologue et neuropsychologue.

- Assistante sociale et secrétaire sociale

- Secrétaire médicale

- Diététicien

Fonctions logistiques et support

L'ensemble de l'équipe est formé à la prise en charge des pathologies neurologiques graves, les effectifs sont adaptés en fonction de la taille de l'unité et du profil des patients accueillis.

5.3 PERMANENCE DES SOINS

La continuité des soins doit être assurée par :

- Une équipe de réanimation assurant des gardes sur place 24/24 est obligatoire dans l'établissement où est situé le SR.PR :la garde du SRPR peut être mutualisée avec la garde de la réanimation ou de l'USI.

. Télésurveillance dans le poste infirmier.

6. LES LOCAUX

L'aménagement de l'ensemble des locaux doit être adapté au handicap des patients et aux contraintes de soins.

6.1. CHAMBRES

Elles doivent être exclusivement des chambres individuelles, vastes avec salle de bain individuelle attenante à la chambre, (une surface de 25 m² comprenant chambre et salle de bains est recommandée) avec du matériel de transfert : rails au plafond ; Fluides, O₂ et aspiration, permettant :

-l'installation du matériel médical (par exemple : nutrition, matériel d'aspiration ; ventilateur ; dispositif d'aide à la toux)

-Pour l'accueil de patients tétraplégiques ou Cérébrolésés de type LIS prévoir une domotisation (commande volets, lit, communication),

6.2. DES LOCAUX DE REEDUCATION

Plateau de kinésithérapie avec plan de Bobath à hauteur variable, appareils de verticalisation, techniques d'électrophysiologie, stimulation électrique fonctionnelle, rééducation de l'équilibre et de la marche, accès souhaité à une rééducation de la marche robotisée.

Plateau d'ergothérapie : équipé pour la rééducation analytique et globale du geste et de la fonction, la réalisation de petits appareillages, la réadaptation au milieu familial.

Plateau d'orthophonie et neuropsychologie équipé de matériels de rééducation neuropsychologique, du langage, de la communication et en particulier avec support informatique.

Plateau de psychomotricité.

Accès à une rééducation informatisée, en réalité virtuelle ou robotisée dès que l'état d'éveil le permet.

Une salle d'éveil pour les patients cérébrolésés en éveil

7. MOYENS MATERIELS

La centralisation et le report d'alarme dans les postes de soins doivent être effectifs.

- lits électriques à hauteur variable,
- matériel de nutrition, d'aspiration ;
- ventilateur
- matelas anti-escarres type air pulsé
- échographe vésical portatif

SR.PR A ORIENTATION RESPIRATOIRE

1. DEFINITION

Il s'agit d'unités prenant en charge des patients en sortie directe de réanimation ou d'USIR, sans passage par une autre unité de MCO.

2. ORGANISATION DES PRISES EN CHARGE

L'admission a **exclusivement** lieu au décours d'un séjour en MCO, dans un service de réanimation ou une unité de soins intensifs (respiratoires).

L'admission se fait de façon directe à partir de ces unités sans transiter par un service de court séjour.

Le logiciel *Trajectoire* est utilisé pour l'adressage des patients, utilement complété par un contact direct entre médecins compte tenu de la complexité de ces patients. Ceci permettra une analyse des flux de patients, des délais de prise en charge, des éventuels refus et de leurs causes.

3. ENVIRONNEMENT REQUIS

Véritable maillon intermédiaire entre les unités d'aigu (Réanimation, USI) et les SSR respiratoires, les SR PR doivent pouvoir réaliser une articulation parfaite avec leur amont et leur aval.

3.1 REANIMATION, USIR

L'adossement obligatoire à un secteur de court séjour comprenant une unité de réanimation ou une USIR sur place est indispensable pour la sécurité de ce type d'unité, compte tenu de la typologie des malades éligibles pour les SR PR. La présence de patients ventilés implique nécessairement une extrême proximité géographique entre le SRPR et la réanimation ou USI à laquelle il est adossé.

On insiste sur le fait que cette obligation n'est valable que pour les SR PR et ne peut en aucun cas devenir opposable aux SSR respiratoires qui doivent pouvoir continuer de fonctionner dans les conditions actuelles.

3.2 SSR RESPIRATOIRES

Des liens très étroits avec les SSR spécialisés affections respiratoires sont indispensables. Le SSR respiratoire peut être sur place, ou, son accès assuré dans le cadre d'un partenariat, formalisé par une convention, avec un ou des SSR respiratoires, pour assurer un travail en filière.

3.3 AUTRES

- Accès sur place à un plateau technique d'explorations pneumologiques permettant au minimum la réalisation de radiographies du thorax (24/24h) et la mesure des gaz du sang (24/24h), et de fibroscopies bronchiques de désencombrement.
- Accès organisé aux explorations fonctionnelles respiratoires

4. LES PATIENTS

La prise en charge des patients de pédiatrie relève d'unités mixtes. La typologie de ces patients et les finalités spécifiques de leur prise en charge sont donc décrites dans la partie « socle commun ».

4.1. FINALITES PRINCIPALES DU SEJOUR

L'objectif d'un séjour en SR PR est d'obtenir un sevrage de l'assistance ventilatoire et une reverticalisation. Ceci signifie que les patients admis dans ces unités doivent avoir une réversibilité potentielle de leur état, soit totale, soit partielle.

En effet dans le cas contraire ces unités se trouveraient rapidement saturées par des patients stables, relevant de prises en charge à très long terme, voire définitives, qui sont du ressort du secteur médico-social et notamment des Maisons d'Accueil Spécialisé.

En cas d'échec du sevrage ventilatoire : orientation vers l'instauration d'une ventilation à domicile (éducation thérapeutique), lorsque les conditions familiales, techniques, psychologiques, le permettent.

4.2 LES PATIENTS

Ce sont des patients dépendants d'une assistance ventilatoire, à « haut risque de décompensation », et qui ne peuvent donc être pris en charge dans un SSR respiratoire.

Deux groupes principaux de patients bénéficieront d'un SRPR :

1) Insuffisants respiratoires trachéotomisés stables nécessitant lors du transfert une ventilation mécanique permanente

2) Insuffisants respiratoires instables sous VNI nécessitant une adaptation de VNI en vue d'une VNI de longue durée (essentiellement SLA et plus rarement myopathies telles que Duchenne de Boulogne et Steinert).

Les pathologies sous-jacentes les plus fréquentes sont les pathologies respiratoires chroniques (BPCO, neuromusculaires...) ainsi que les SDRA en sevrage difficile, notamment du fait d'une polyneuromyopathie de réanimation.

Si un patient ne relève pas de l'une de ces trois situations, son admission ne sera possible que :

- s'il est porteur de comorbidités associées sévères telles que : neuromyopathie de réanimation, problèmes infectieux, cutanés, nutritionnels...
- ou dans une situation où une décanulation difficile est probable

4.3 NON INDICATIONS :

La seule existence d'une trachéotomie « isolée » (sans ventilation mécanique, ni VNI) n'est pas en soi une indication à l'entrée dans un SR PR. Ces patients doivent pouvoir être hospitalisés dans des SSR respiratoires, mais aussi dans d'autres spécialités (SSR neurologiques, SSR locomoteurs notamment).

La dépendance ventilatoire résultant de lésions et d'affections neurologiques centrales.

Une obésité morbide associée à une insuffisance respiratoire n'est pas isolément un critère d'admission en SR PR. Par contre de tels patients s'ils présentent une comorbidité associée pourront relever d'un SRP PR.

5. LES PERSONNELS

6.1 MEDICAUX

En SR PR adulte, le responsable de l'unité doit être un médecin pneumologue ou un réanimateur ayant une expérience confirmée en ventilation mécanique (invasive et non invasive, sevrage, trachéotomie) et en réhabilitation respiratoire.

L'accès à un avis d'un médecin spécialisé en Neurologie et en Médecine Physique et Réadaptation doit être organisé.

6.2 NON MEDICAUX

Les compétences ci-dessous sont requises :

- IDE : elles doivent être formées à la ventilation mécanique, à la VNI, aux soins de trachéotomies : 1 IDE pour 6 lits (idem jour et nuit, semaine et week end)
- Aides-soignantes
- Kinésithérapeute formé aux troubles de déglutition (ou orthophoniste) avec la possibilité de kinésithérapie le week-end et les jours fériés.
- Psychologue, mutualisé avec d'autres unités
- Diététicienne, mutualisée avec d'autres unités
- Psychomotricien, mutualisé avec d'autres unités
- Assistante sociale, mutualisée avec d'autres unités
- Secrétaire, mutualisée avec d'autres unités

6.3 LA PERMANENCE DES SOINS

Une équipe de réanimateurs ou pneumologues assurant des gardes sur place 24/24 est obligatoire. Cette garde est mutualisée avec l'Unité de Soins Intensifs Respiratoires ou la réanimation (sur place).

6.4 LES SAVOIR FAIRE

- Reverticalisation et réhabilitation
- Sevrage de l'assistance ventilatoire
- Ventilation sur trachéotomie
- Gestes d'urgence et de réanimation respiratoire
- Gestion des voies aériennes (intubation, trachéotomie)
- Adaptation des appareillages respiratoires (ventilation mécanique et VNI)
- Éducation patient et entourage à la ventilation à domicile
- Kinésithérapie respiratoire
- Rééducation de la déglutition
- Soins de trachéotomie
- Utilisation des cathéters centraux et des chambres de perfusion implantables
- Techniques de nutrition entérale et parentérale
- Pansements d'escarres

6. LES LOCAUX

7.1 CHAMBRES

- Elles doivent être exclusivement des chambres individuelles (maîtrise du risque infectieux, patients sortants de réanimation porteurs de BMR), de taille suffisante pour permettre une accessibilité aux fauteuils roulants et accueillir des ventilateurs, avec salle d'eau individuelle accessible aux handicapés.
- Equipée de fluides : O2, air, vide
- Matelas anti escarres

7.2 AUTRES

Installation type « lit douche » dans l'unité

Pièce de stockage de matériel de ventilation

Salle de kinésithérapie

7. LES MATERIELS

Ventilateurs pour ventilation sur trachéotomie et VNI

La présence d'unités de monitoring complet et centralisées (fréquence cardiaque, pression artérielle, saturation en oxygène, température) n'est pas nécessaire. Par contre les alarmes de ventilateurs déportées sur la salle de soins semblent indispensables compte tenu de l'architecture (chambres individuelles)

Electrocardiogramme

Pompes à nutrition

Matériel de réentraînement, électrostimulation, possibilité d'accès à un cycloergomètre.

Appareil d'aide à la toux

Possibilité d'accès à des capteurs de capnie transcutanés

Lève-malades, verticalisateurs

Matériel permettant la déambulation de patients ventilés

L'accès à la polygraphie ventilatoire est assuré, sur place ou par convention

DOCUMENT DE TRAVAIL