
Appel à candidatures (AAC) pour la création de **services de réadaptation post réanimation (SRPR)** en Nouvelle-Aquitaine

Juillet 2023

1. Cadrage général

1.1. Définition

Un service de réadaptation post réanimation (SRPR) est **installé au sein d'un établissement autorisé à pratiquer des activités de soins de suite et de réadaptation SSR – futurs SMR (soins médicaux et de réadaptation)**.

La sécurité des patients qu'il accueille impose également au SRPR une **proximité fonctionnelle et géographique avec un service de réanimation, une unité de soins intensifs (USI) ou une unité de surveillance continue (USC)**. Les liens étroits entre la réanimation et le SRPR sont indispensables afin de permettre :

- Des échanges fréquents entre ces deux services pour assurer le repérage des patients relevant d'une prise en charge SRPR ;
- Une implication et une disponibilité des médecins de réanimation en cas de besoin au sein du SRPR.

Ainsi, ces services ont vocation à constituer un **maillon intermédiaire entre les services de réanimation/USI/USC et les soins de réadaptation** visant à offrir une prise en charge précoce en réadaptation, en toute sécurité. En effet, les soins intensifs/surveillance continue ou de réanimation ne sont pas en capacité de proposer seuls une prise en charge de réadaptation adaptée, et les SSR seuls ne sont pas en capacité d'assurer en sécurité la prise en charge de patients fragiles et complexes ayant un besoin actif de soins médicaux techniques lourds.

1.2. Enjeux

Les enjeux pour les patients :

- Repérage précoce lui garantissant la meilleure orientation ;
- Réduction de la perte de chance par une rééducation précoce individualisée ;
- Parcours plus fluide et plus adapté à l'évolution de son état de santé et de ses besoins.

Les enjeux pour les structures de prise en charge :

- Sortie précoce du secteur MCO ;
- Désengorgement des services de réanimation, USI/USC avec une diminution de la DMS ;
- Fluidification du parcours patient.

1.3. Textes réglementaires

Le secteur des soins de suite et de réadaptation connaît actuellement de grands changements avec deux réformes en cours, l'une concernant le régime des autorisations et la deuxième proposant un nouveau modèle de financement.

L'introduction de la notion d'activités d'expertise dans la réforme des autorisations doit permettre d'organiser une offre plus spécialisée, s'inscrivant dans un parcours de soins mieux structuré.

Parallèlement, la création d'un compartiment de financement dédié dans le nouveau modèle de financement vise la valorisation de ces activités d'expertise.

Parallèlement, dans le cadre de la feuille de route régionale soins critiques l'amélioration de la fluidité des parcours des patients en soins critiques, en amont et en aval des réanimations, est une priorité régionale pour répondre à l'évolution prévisible des besoins. Cette adaptation de l'offre s'appuie notamment sur le développement des SRPR afin de fluidifier les parcours de soins des patients complexes à séjours prolongés en réanimation.

1.4. Etat des lieux régional

La région Nouvelle-Aquitaine compte :

- 20 établissements autorisés à la réanimation avec 476 lits de réanimation adultes et un taux équipement de 8,41 lits pour 100 000 habitants adultes
- 633 lits d'USC, 22 USI cardiologiques et 16 USI neurovasculaires
- 39 établissements autorisés en SSR affections du système nerveux avec un taux d'équipement de 27 lits pour 100 000 habitants de plus de 50 ans (le taux d'équipement national est de 40 lits SSR neuro pour 100 000 habitants de +50 ans).
- 23 établissements autorisés en SSR affections du système respiratoire avec un taux d'équipement de 14 lits pour 100 000 habitants de plus de 50 ans (le taux d'équipement national est de 10 lits SSR respi pour 100 000 habitants de +50 ans).

Tous les territoires de la région proposent une offre concernant ces activités sauf les territoires des Landes et Charente n'ayant pas de SSR respiratoire adulte.

En Nouvelle-Aquitaine, il n'existe pas actuellement de SRPR. L'objectif est d'en développer six répartis sur le territoire infra régional afin de couvrir l'ensemble des besoins de la population.

	Estimation population INSEE 1 ^{er} janvier 2023	Cible
Territoire 1 : 79 - 86	815 433	1 SRPR
Territoire 2 : 16 - 17	1 016 940	1 SRPR
Territoire 3 : 19 - 23 – 24 - 87	1 131 678	1 SRPR
Territoire 4 : 33 - 47	2 019 746	2 SRPR
Territoire 5 : 40 - 64	1 126 568	1 SRPR

2. Contenu de la prise en charge

2.1. Indications principales

Le SRPR s'adresse à des patients stables, présentant un état clinique évolutif favorable, mais à risque de décompensation. Il vise une réadaptation précoce du patient dont l'opportunité est évaluée conjointement avec le service de réanimation/USI/USC adresseur.

Les patients nécessitent une forte charge en soins et une surveillance et/ou un traitement en raison de l'instabilité d'une seule fonction (souvent respiratoire), potentiellement régressive. En ce sens, le SRPR ne se substitue pas à la réanimation car il n'a pas vocation à prendre en charge des patients présentant plusieurs défaillances viscérales et/ou nécessitant plusieurs suppléances d'organes vitaux.

Même si une récupération complète n'est pas visée, sont exclus les patients en fin de vie ou en situation palliative de niveau 4.

2.1.1. Origine de la demande de prise en charge

L'admission en SRPR est programmée, se fait au décours d'un séjour en réanimation ou USI/USC et, sauf exception, sans transit par un service de court séjour.

Dans tous les cas, l'admission est conditionnée par l'état du patient et le bénéfice attendu de la prise en charge et non par la durée de son séjour en réanimation ou USI/USC.

L'admission en SRPR intervient après l'évaluation du patient, sur avis médical, dans le cadre d'un projet thérapeutique défini entre le demandeur et le médecin référent du SRPR.

Le logiciel d'orientation ViaTrajectoire est utilisé pour l'adressage des patients et complété par un contact direct entre médecins.

Les modalités d'adressage et de retours éventuels des patients font l'objet d'une convention signée entre le(s) unité(s) de réanimation/soins intensifs/surveillance continue et le SRPR.

2.1.2. Le projet thérapeutique

Les finalités de la prise en charge doivent être définies dès le début du séjour.

Le projet thérapeutique en SRPR est élaboré par l'équipe pluridisciplinaire de réadaptation en liaison avec l'équipe de réanimation d'amont, la ou les spécialités concernées, le réseau sanitaire, médico-social et social d'aval.

Afin de proposer une orientation, soit en SSR spécialisé pour la poursuite de la prise en charge, soit en long séjour sanitaire ou médico-social, ou plus rarement un retour à domicile, il comprend :

- L'accessibilité le plus précocement possible à des soins de réadaptation visant à la surveillance, le contrôle et si possible la restauration d'une indépendance dans les fonctions de relation (éveil, communication, motricité, sensorialité) et des fonctions végétatives (respiration, circulation, digestion, élimination urinaire et fécale, ...) ;
- La prévention et le traitement des complications liées à l'immobilité (neuro-orthopédiques, cutanées, thrombo-emboliques, psychologiques, ...).

2.2. Filières spécifiques

La prise en charge en SRPR est polyvalente mais peut s'inscrire dans des filières différentes. Deux filières sont ainsi plus particulièrement concernées :

- Les SRPR à orientation neurologique ;
- Les SRPR à orientation respiratoire.

2.2.1. SRPR à orientation neurologique

La prise en charge en SRPR à orientation neurologique s'adresse à des patients atteints d'affections neurologiques, de niveau lésionnel cérébral, médullaire ou périphérique, d'origine traumatique, médicale ou post-chirurgicale :

- Patients cérébrlésés à la suite d'un coma (traumatisés crâniens graves, hémorragies méningées, complications de neurochirurgie programmée, hématomes intracérébraux, accident vasculaire cérébral, anoxie cérébrale, encéphalites,...) ;
- Patients atteints de pathologies médullaires rachidiennes (tétraplégiques haut ventilés, tétraplégiques trachéotomisés ou paraplégiques à complications respiratoires,...) ;
- Patients atteints de pathologies neurologiques périphériques (polyradiculonévrites graves,...).

Ils sont 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 fonctions vitales (respiratoires, cardiovasculaires) ainsi que par la fréquence des dispositifs médicaux (trachéotomie, gastrostomie, administration continue de médicaments, ventilation assistée).

Pour ces patients, le projet de réadaptation pluridisciplinaire est dirigé notamment sur l'éveil, la communication, l'aménagement de l'environnement, la motricité et la kinésithérapie respiratoire.

A l'issue de la prise en charge aiguë et précoce en SRPR, la poursuite du projet de réadaptation peut être assurée en établissement de SSR autorisé à la mention « système nerveux » ou en unité de réadaptation précoce post-aiguë neurologique (PREPAN) selon la situation neurologique du patient.

2.2.2. SRPR à orientation respiratoire

La prise en charge en SRPR à orientation respiratoire s'adresse à des patients dépendants d'une assistance respiratoire et à haut risque de décompensation respiratoire. Il s'agit, le plus souvent de patients trachéotomisés et/ou ventilés.

En dehors des situations cliniques précitées, un patient pourra être admis s'il est porteur de comorbidités associées sévères (neuromyopathie de réanimation, problèmes infectieux, cutanés, nutritionnels, ...) ou dans une situation où une décanulation difficile est probable.

En SRPR à orientation respiratoire, l'objectif principal de la prise en charge est d'obtenir un sevrage de l'assistance ventilatoire, une verticalisation et une reprise de l'autonomie.

A l'issue de la prise en charge aiguë et précoce en SRPR, la poursuite du projet de réadaptation se poursuit généralement en établissement de SSR autorisé à la mention « respiratoire », « polyvalente », voire « système nerveux ».

3. Organisation territoriale et intégration des SRPR dans le parcours de soins

Le SRPR ne constitue pas uniquement une filière interne pour l'établissement d'implantation, il a une vocation régionale ou infrarégionale.

La prise en charge en SRPR est une étape dans le parcours de soins du patient. Afin de garantir la fluidité du parcours, et faciliter les passerelles, ces services doivent fonctionner en « réseau » et avoir rôle de recours et d'expertise notamment auprès des structures suivantes :

- services de réanimation ou USI/USC de la région Nouvelle-Aquitaine
- établissements de SSR notamment autorisés aux mentions « système nerveux » et « respiratoire »
- unités de réadaptation précoce post-aiguë neurologique (PREPAN)
- unités de réadaptation précoce post-aiguë respiratoire (PREPAR)
- unités pour patients en état végétatif chronique ou en état pauci-relationnel (EVC-EPR)
- hospitalisation à domicile et hospitalisation à domicile de réadaptation (HAD/HAD-R)

Des conventions de coopération garantiront le maillage territorial, l'organisation territoriale et la continuité du parcours de soins.

Les équipes devront s'engager à organiser des actions de sensibilisation et de formation à la réadaptation précoce vis-à-vis notamment des services de réanimation, soins intensifs et de surveillance continue isolés ainsi qu'à la diffusion d'informations sur les malades qui peuvent leur être adressés.

Les équipes seront encouragées à participer aux travaux des SRPR des autres régions. L'accueil de patients hors région nécessitant un rapatriement ou un rapprochement familial doit être possible.

Dans le cas des SRPR à orientation neurologique, les établissements experts doivent s'inscrire dans le réseau « traumatisme crânien et cérébrolésions » de leur territoire.

3.1. Lien avec les intervenants et structures d'amont

Les SRPR prennent en charge les patients issus de l'unité de réanimation ou de soins intensifs ou surveillance continue, à laquelle ils sont adossés ainsi que des autres unités de réanimation ou de soins intensifs/surveillance continue avec lesquelles ils ont établi un partenariat formalisé prévoyant les modalités d'adressage en SRPR et de ré-hospitalisation en réanimation.

La prise en charge intervenant en sortie précoce du court séjour, ce partenariat doit également permettre :

- La mise en place de consultations et/ou téléconsultations de médecine physique et de réadaptation (MPR) pour les patients en unité de réanimation ou de soins intensifs/surveillance continue (évaluation précoce des possibilités de récupération des patients et de la pertinence d'une orientation en SRPR ou vers d'autres structures) ;
- L'intervention, selon les besoins, des réanimateurs en SRPR.

3.2. Lien avec les intervenants et structures d'aval

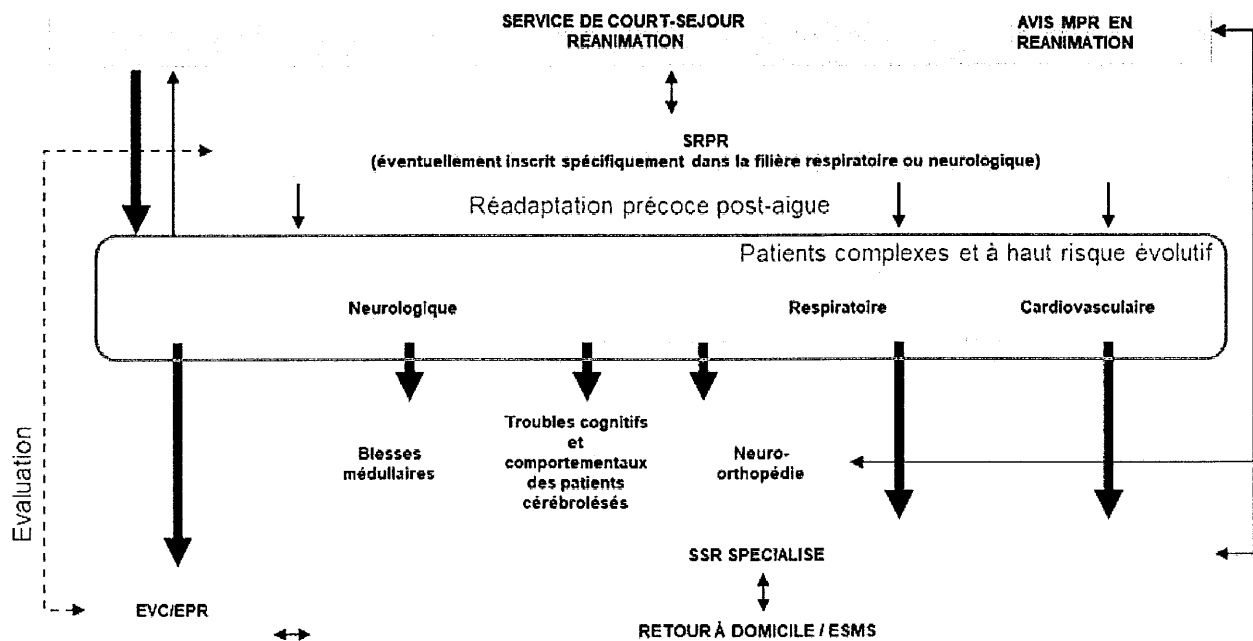
A l'issue de leur séjour en SRPR, la plupart des patients ont vocation à intégrer, selon leur état clinique, un établissement de SSR autorisé à la mention « système nerveux », « respiratoire » ou une unité PREPAN, une unité PREPAR, de façon à poursuivre leur programme de réadaptation.

L'accès à ces structures doit leur être garanti dans le cadre de partenariats formalisés entre le SRPR et le SSR de la spécialité concernée, en capacité d'accueillir ces patients potentiellement appareillés dès lors que les fonctions vitales sont stabilisées.

Certains patients peuvent également rentrer directement à domicile dans le cadre d'un partenariat avec une structure d'HAD et HAD-R, un réseau de soins, ... En cas d'échec du sevrage, et quand les conditions techniques et familiales le permettent, la mise en place d'une ventilation à domicile peut être envisagée, accompagnée d'éducation thérapeutique.

Une organisation d'aval vers une structure de soins prolongés ou le secteur médico-social est indispensable.

Seule une organisation complète du parcours du patient depuis la réanimation permettra de lui assurer la continuité de sa prise en charge et de l'accompagnement dont il a besoin.



Aucune étape du parcours n'est obligatoire - Il y a donc des passages directement des prises en charge amont vers toutes les prises en charge aval - La « remontée » dans le parcours doit se faire systématiquement par le court séjour

4. Conditions techniques de fonctionnement

4.1. Etablissements éligibles

Le SRPR est implanté dans une structure autorisée en SSR spécialisés¹. Il a accès sur le même site géographique à une unité de réanimation/soins intensifs/surveillance continue et un plateau technique d'exploration idéalement implantés au sein du même établissement.

L'organisation doit permettre d'assurer la permanence des soins 24h/24 en convention avec l'unité de réanimation/soins intensifs/surveillance continue associée et doit permettre une intervention en urgence d'un praticien compétent en ventilation si nécessaire.

4.2. Dimensionnement

La taille optimale souhaitée d'un SRPR est de **8 à 12 lits** de façon à ce que le volume de patients soit suffisant pour que le personnel puisse acquérir et développer une expertise et bénéficier de temps plein de médecins dédiés.

Le dimensionnement de l'offre de soins doit prendre en compte la densité démographique.

Conformément à la feuille de route nationale soins critiques 2022-2025, le déploiement de ces capacités se fera par **création de lits supplémentaires**.

¹ L'autorisation SSR spécialisée détenue par l'établissement peut être exclusivement dédiée au SRPR

4.3. Compétences et ressources humaines

4.3.1. Le personnel médical

Le SRPR à orientation neurologique est placé sous la responsabilité :

- ✓ Soit d'un binôme de médecins : un médecin spécialisé en réanimation et un médecin spécialisé en MPR et qui justifie d'une expérience attestée en ventilation mécanique et réadaptation respiratoire
- ✓ Soit d'un médecin ayant la double compétence à la fois en MPR et en réanimation ou médecine d'urgence et qui justifie d'une expérience attestée en ventilation mécanique

Dans tous les cas, la structure assure l'accès à :

- ✓ Un médecin spécialisé en réanimation
- ✓ Un médecin spécialisé en MPR

Le SRPR à orientation respiratoire est placé sous la responsabilité :

- ✓ Soit d'un binôme de médecins : un médecin spécialisé en réanimation et un médecin spécialisé en pneumologie et qui justifie d'une expérience attestée en ventilation mécanique et réadaptation respiratoire
- ✓ Soit d'un médecin ayant la double compétence à la fois en pneumologie et en réanimation ou médecine d'urgence et qui justifie d'une expérience attestée en ventilation mécanique

Dans tous les cas, la structure assure l'accès à :

- ✓ Un médecin spécialisé attestant d'une compétence ou d'une expérience en ventilation invasive
- ✓ Un médecin spécialisé en pneumologie

L'accès à d'autres spécialités doit être organisé notamment neurologie, neurochirurgie, chirurgie orthopédique, cardiologie, chirurgie cardio-vasculaire, ORL, MPR, pneumologie, gastro-entérologie, chirurgie digestive, néphrologie, urologie et psychiatrie.

4.3.2. Le personnel paramédical

L'équipe soignante et de réadaptation comprend :

- ✓ Des infirmiers diplômés d'Etat (IDE) formés (formation initiale et continue) notamment aux gestes d'urgence et urgence vitale, aux soins de ventilation (invasive et non invasive), à la gestion des canules de trachéotomie et de la nutrition entérale ou parentérale.
- ✓ Des aides-soignants
- ✓ Un ou plusieurs cadres de santé, justifiant idéalement d'une expérience en réanimation, USI ou USC et en réadaptation
- ✓ Des masseurs-kinésithérapeutes, avec intervention le week-end
- ✓ Un orthophoniste
- ✓ Un ergothérapeute
- ✓ Un psychomotricien
- ✓ Un diététicien
- ✓ Un psychologue (pour les SRPR à orientation neurologique, l'accès à un neuropsychologue doit être organisé)
- ✓ Une assistante sociale
- ✓ Une secrétaire

L'équipe doit être formée à la surveillance des ventilateurs. Pour les SRPR à orientation neurologique, elle doit également être formée à la prise en charge des pathologies neurologiques graves.

4.4. Locaux

Un SRPR dispose de :

- ✓ Chambres individuelles exclusivement afin de maîtriser le risque infectieux
Elles sont suffisamment spacieuses pour accueillir le matériel de réanimation (respirateur, scope, matériel d'aspiration), de réadaptation si pratiquée en chambre et au mieux de transfert (rail au plafond).
Chaque chambre est équipée de fluides (O2, air, vide), d'un lit automatisé avec matelas anti-escarres et d'une salle d'eau individuelle accessible aux personnes à mobilité réduite.
Il convient de prévoir au niveau régional au moins une chambre permettant l'accueil de patients avec obésité morbide (lit, lève-malade et fauteuils spécifiques).
- ✓ Une salle d'eau équipée de « lit douche »
- ✓ Une salle de stockage du matériel mobile de ventilation et de réadaptation
- ✓ Une ou plusieurs salles de réadaptation adaptées à la typologie de patients accueillis
- ✓ Un salon d'accueil des familles
- ✓ Une salle de détente pour le personnel à proximité de l'unité

4.5. Equipements

Un SRPR dispose a minima de :

- ✓ Respirateurs permettant une ventilation invasive et non-invasive dont les alarmes doivent pouvoir être entendues à distance dans l'unité
- ✓ Dispositifs médicaux permettant la surveillance en continu des fonctions vitales et de repérer sans retard toute aggravation. La présence d'une unité de monitoring complet et centralisé (fréquence cardiaque, pression artérielle, saturation en oxygène, ...) est recommandée
- ✓ Pompes à nutrition (entérales et parentérales)
- ✓ Seringues électriques
- ✓ Electrocardiogramme
- ✓ Plateau et matériel de réadaptation en masso-kinésithérapie (électrostimulation musculaire, appareil de musculation, ...), en ergothérapie, orthophonie, ...
- ✓ Appareil d'aide à la toux et au désencombrement
- ✓ Matériels de transfert : lève-malade, rails plafonniers, verticalisateurs
- ✓ Alerte patient utilisable dans toutes les situations de handicap
- ✓ Dispositifs permettant la communication des patients avec des interfaces variées
- ✓ Accès aux techniques d'imagerie 24h/24 : scanner, radiothorax au lit
- ✓ Endoscopie bronchique (24h/24)
- ✓ Accès à la biologie, y compris gaz du sang (24h/24)
- ✓ Pour les SRPR à orientation respiratoire, un accès à la polygraphie ventilatoire doit être prévu sur site ou par convention.

4.6. Organisation des soins

L'organisation des soins permet l'accueil de patients ventilés artificiellement après la phase aiguë et la mise en œuvre des techniques manuelles et/ou instrumentales de désencombrement trachéo-bronchique 24h/24.

La continuité des soins est assurée par la possibilité de kinésithérapie le weekend et les jours fériés.

La permanence des soins est assurée par une garde médicale 24h/24 assurée par un praticien compétent en ventilation si nécessaire y compris les jours fériés, éventuellement mutualisée avec d'autres unités de l'établissement.

5. Engagements du demandeur

Chaque SRPR retenu :

- fera l'objet d'une reconnaissance contractuelle dans le cadre du CPOM avec l'ARS
- devra s'engager à réaliser son activité sur un territoire suffisamment large, dépassant la seule zone d'attractivité naturelle de l'établissement porteur
 - tant s'agissant de la prise en charge du patient pour garantir une offre de recours couvrant l'ensemble des besoins
 - que de l'appui aux structures d'amont et d'aval afin d'apporter son expertise, contribuer à leur montée en compétences, optimiser le parcours de soins
- devra veiller à inclure dans son projet l'ensemble des structures d'amont et d'aval du territoire concerné dans la prise en charge des patients. Il devra formaliser les partenariats territoriaux identifiés et fournir les conventions à l'ARS. Il devra également veiller à actualiser ces conventions
- devra s'inscrire dans le cadre de la feuille de route régionale et territoriale soins critiques
- participera aux travaux des autres SRPR de la région et des SRPR des autres régions

6. Modalités de dépôt des candidatures

DATE LIMITE DE DEPOT DES DOSSIERS : 13 octobre 2023

Autorité compétente pour l'appel à candidature :

Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine
103 bis, rue Belleville
CS 91 704
33 063 BORDEAUX Cedex

Direction en charge de l'appel à candidature :

Direction de l'offre de soins (DOS)
Pôle soins de ville et hospitaliers (PSVH)

Pour tout échange : Par courriel à ars-na-dos-aap@ars.sante.fr, mentionner dans l'objet du courriel la référence à l'appel à candidature « AAC SRPR »

Modalités de dépôt des dossiers :

- Candidats potentiels :

Les SRPR doivent être implantés dans des **établissements de santé autorisés en SSR système nerveux ou respiratoire et disposant d'une autorisation de réanimation ou d'une reconnaissance contractuelle de soins intensifs et/ou surveillance continue.**

➤ Dossier de candidature :

Le dossier de candidature sera transmis sur papier libre et reprendre les éléments mentionnés dans le présent AAC. Il devra préciser à minima :

- le territoire de couverture : le SRPR doit répondre aux besoins d'un territoire suffisamment large, dépassant la seule zone d'attractivité naturelle de l'établissement porteur et permettant d'offrir aux patients une continuité dans leur parcours de soins ;
- tous les partenaires identifiés ainsi que leurs rôles respectifs et modalités d'articulation (convention signée ou attestation sur l'honneur qu'elle sera produite et transmise au démarrage du projet) ;
- des données d'activité de l'établissement porteur et des structures partenaires permettant d'objectiver les besoins de prise en charge de la population en SRPR sur le territoire concerné ;
- les ressources mobilisées en intra hospitaliers et auprès des partenaires ;
- les éléments relatifs aux conditions techniques de fonctionnement et à l'organisation territoriale indiqués dans le présent AAC (parties 3 et 4), afin de permettre à l'ARS d'apprécier la réponse aux critères du cahier des charges ;
- peut être joint au dossier tout élément utile à l'instruction du dossier.

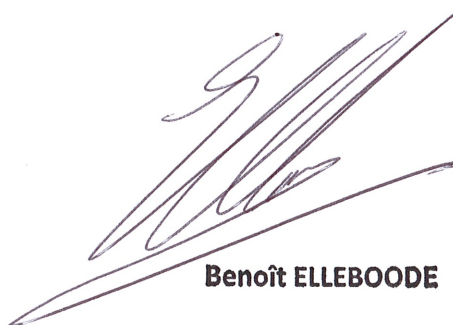
➤ Transmission du dossier :

Le dossier de candidature doit être transmis en version dématérialisée par courriel à l'adresse : ars-na-dos-aap@ars.sante.fr

L'objet du mail sera « **Réponse à l'AAC SRPR** ».

Fait à Bordeaux, le **12.7. JUL. 2023**

Le Directeur général de
l'Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine



Benoît ELLEBOODE