Annexe 11 : Activité d'expertise - Cahier des charges de la prise en charge en réadaptation précoce post-aiguë respiratoire

I MISSIONS ET OBJECTIFS

1. Objectifs de la prise en charge en réadaptation précoce post-aiguë respiratoire

Selon les sociétés de pneumologie européennes (ERS) et américaine (ATS), « la réadaptation des personnes aux affections d'origine respiratoire est une intervention globale et individualisée, reposant sur une évaluation approfondie du patient, incluant, sans y être limitée, le réentraînement à l'effort, l'éducation, les changements de comportement visant à améliorer la santé globale, physique et psychologique des personnes atteintes de maladie[s] respiratoire[s] chronique[s] et à promouvoir leur adhésion à long terme à des comportements adaptés à leur état de santé ».

Cette définition place de fait cette modalité de prise en charge dans le champ de l'activité des soins de suite et de réadaptation (SSR) dont les missions sont orientées vers la rééducation, la réadaptation et l'insertion sociale et professionnelle du patient.

Les SSR autorisés à la mention « pneumologie » doivent être en mesure de mettre en place des programmes de soins de réadaptation dédiés qui intègrent les bonnes pratiques de rééducation, d'éducation thérapeutique mais également d'optimisation des traitements médicamenteux et des appareillages respiratoires. Ces programmes sont personnalisés et multidisciplinaires et intègrent la prise en charge respiratoire, physiologique, psychologique, sociale et éducative tout en assurant si nécessaire l'aide au sevrage tabagique et autres addictions.

Au sein de l'offre de SSR autorisés à la mention « pneumologie », les établissements de SSR reconnus experts dans la prise en charge de la réadaptation précoce des personnes avec des affections respiratoires en situation post-aiguë ont vocation à accueillir des patients imparfaitement stabilisés cliniquement au sortir d'une unité de service d'aigu de court séjour et ainsi à participer à l'évaluation et à l'orientation des patients les plus complexes afin de favoriser l'accès à la réadaptation dès les premiers jours.

Cette activité d'expertise est ainsi intégrée au parcours de soins du patient atteint d'affection respiratoire qui vient de subir une hospitalisation en soins aigus (en provenance de réanimation, médecine, ayant pour cause des exacerbations ou insuffisances respiratoires aigües sans insuffisance respiratoire chronique sous-jacente) et qui, au décours de cette hospitalisation, nécessite rapidement des soins de réadaptation respiratoire adaptés à son état non stabilisé et des soins techniques médicaux permettant de stabiliser son état. L'intervention simultanée de soins médicaux et d'actes de réadaptation justifient l'appellation d'activité d'expertise. Cette prise en charge vise à éviter toute perte de chance et doit être réalisée dans un temps donné, un lieu adapté avec des moyens, compétences, équipement et organisations spécifiques.

Dès que le patient acquiert une autonomie suffisante (stabilité respiratoire, verticalisation maitrisée, gestion des appareillages), il peut poursuivre sa réadaptation dans un établissement de SSR autorisé à la mention « pneumologie ».

La prise en charge réalisée au sein de ces établissements permet ainsi de fluidifier la filière de prise en charge des personnes atteintes de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et d'autres maladies respiratoires en favorisant une sortie plus rapide des services de court séjour (réanimations, services de pneumologie ou de soins de réadaptation en post-réanimation – SRPR, soins continus, neurologie, médecine interne, gériatrie). Les ré-hospitalisations sont significativement réduites ou évitées.

Les autres établissements de SSR spécialisés peuvent avoir recours à leur expertise pour des évaluations ponctuelles, sur place ou à distance à l'aide de solutions de télésanté et permettre ainsi la prise en charge des patients à risque évolutif faible ou modéré dans des centres non reconnus experts, après évaluation, d'emblée ou dans les suites d'une réadaptation en SSR reconnu expert.

Les établissements de SSR reconnus experts peuvent également être sollicités pour des avis concernant les modalités de mise en place (délais, indications, …) en intra-hospitalier ou dans le cadre de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) inter-établissements, y compris à

distance à l'aide d'outils numériques. En fonction de leur agrément, des formations peuvent être proposées aux professionnels des établissements spécialisés partenaires.

2. Indications principales de prise en charge

De manière générale, l'accès à l'expertise en réadaptation précoce post-aiguë respiratoire (PREPAR) est justifiée pour toutes les situations dans lesquelles, après l'exacerbation aiguë, persistent une situation de handicap respiratoire et d'instabilité clinique.

Le handicap d'origine respiratoire est défini comme une limitation de l'activité physique et sociale due à une amputation de la fonction respiratoire et a pour caractéristique d'être l'aboutissement de situations médicales très diverses. Il concerne donc une population extrêmement hétérogène.

La situation de ces patients est envisagée à des périodes différentes de l'histoire de la maladie et peut être décrite de la façon suivante :

- **Période rouge** : le pronostic vital est engagé du point de vue respiratoire dans les heures qui suivent et l'état du patient nécessite une intensification des soins et/ou de l'appareillage respiratoire et/ou de la surveillance. Le patient présente un des critères de la checklist « soins vitaux » (voir annexes) et n'a pas vocation à être pris en charge en SSR à ce stade (qu'il soit reconnu expert en PREPAR ou non).
- **Période orange** : le pronostic vital peut être engagé du point de vue respiratoire mais à plus de 24h et peut être anticipé d'un jour sur l'autre. Le patient bénéficie encore d'une intensification des soins et/ou de l'appareillage respiratoire et/ou de la surveillance, mais sans aucun critère de la checklist « soins vitaux ». Cette situation clinique peut justifier d'une prise en charge en SSR reconnu expert en PREPAR.
- **Période verte** : le pronostic vital du point de vue respiratoire n'est plus engagé en quelques heures et peut être anticipé à plusieurs jours en cas de nouvelle exacerbation. Cette prise en charge n'a pas vocation à être assurée par le SSR reconnu expert en PREPAR.

La checklist des soins vitaux présentée en annexe définit les critères d'admission en SSR à partir du d'une vision commune avec l'établissent de médecine – chirurgie – obstétrique (MCO) adresseur. Ce document est annexé à la convention de fonctionnement entre les deux établissements.

3. Typologie des patients

a. Les patients atteints d'affections respiratoires proprement dites, qui relèvent "en propre" de la discipline "pneumologie"

- *Les patients atteints d'insuffisances respiratoires chroniques progressives*

La BPCO tabagique constitue la principale étiologie. Cependant d'autres affections obstructives (asthmes sévères, de moins en moins fréquents au stade d'insuffisance respiratoire, dilatation des bronches, mucoviscidose...) ainsi que des affections restrictives pleuro-pariétales (déformations thoraciques) ou parenchymateuses (pneumopathies interstitielles, fibroses) peuvent être également prises en charge.

Le handicap respiratoire est dans ces situations, chronique, en principe irréversible, mais susceptible d'épisodes d'aggravation sous forme de décompensation. Les causes de ces décompensations sont multiples, souvent infectieuses, mais aussi cardiaques en raison de la fréquence des comorbidités cardio-vasculaires. Une exacerbation peut aussi s'observer dans les suites de chirurgie, l'âge pouvant être un facteur aggravant.

L'hospitalisation lors de ces exacerbations a pour but d'assurer la sécurité et le confort respiratoire à la phase aiguë et d'identifier les causes et mécanismes de la décompensation afin de mettre en place les mesures thérapeutiques appropriées. Une fois la phase aiguë passée et l'amélioration amorcée, la récupération d'un état compatible avec le retour au domicile peut être lente, d'autant plus que les patients sont âgés, que leur insuffisance respiratoire est avancée, et qu'il existe des comorbidités. Ces situations constituent des indications claires à une prise en charge en SSR, et ce d'autant plus qu'il a été démontré qu'une prise en charge spécifique centrée sur la réadaptation respiratoire permet une meilleure récupération et une consolidation de l'état respiratoire avec

diminution de la fréquence des récidives, amélioration de la qualité de vie et probable réduction de la mortalité.

Les patients de cette catégorie ont en commun de relever de soins respiratoires sous forme d'aérosols, oxygénothérapie, parfois assistance ventilatoire au masque ou sur trachéotomie — de plus en plus rare. Ils ne souffrent pas de déficience locomotrice intrinsèque, et sont donc autonomes au regard des activités usuelles de la vie quotidienne. La prise en charge respiratoire suffit à leur permettre de récupérer une autonomie autorisant le retour au domicile dans la très grande majorité des cas.

En pratique, d'autres pathologies chroniques respiratoires peuvent bénéficier de l'expertise en PREPAR, comme les affections interstitielles, les patients atteints d'hypertension pulmonaire chronique, d'autres pathologies bronchiques chroniques comme les dilatations des bronches ou la mucoviscidose, les patients porteurs d'une pathologie oncologique qui présentent à un moment donné de leur parcours une insuffisance respiratoire aigüe.

- *Les patients qui ont souffert d'une pathologie respiratoire aiguë sévère, sans être préalablement porteurs d'une insuffisance respiratoire*

La prise en charge de l'épisode aigu (pneumopathie infectieuse, syndrome de détresse respiratoire aigu, etc.) peut avoir été effectuée en secteur d'hospitalisation de pneumologie, en unité de soins intensifs respiratoires, ou en réanimation, mais aussi en SRPR.

Le séjour d'aval en SSR reconnu expert en PREPAR peut-être indiqué lorsque la récupération respiratoire menace d'être lente, ou incomplète, et, surtout, lorsque l'atteinte respiratoire est associée à une dégradation de l'état général, en particulier musculaire. La polyneuromyopathie de réanimation constitue l'exemple caricatural de cette situation, impliquant pour la récupération à la fois du temps et de la rééducation active. Comme dans le cas précédent, le retour au domicile est l'objectif d'aval le plus fréquent.

b. Les patients atteints d'affections neurologiques et neuromusculaires ayant un retentissement respiratoire

Dans cette catégorie, les patients présentent une insuffisance respiratoire nécessitant des soins spécifiques (aérosols, oxygénothérapie, désencombrement bronchique, assistance ventilatoire au masque ou sur trachéotomie) associée à des déficiences neurologiques plus ou moins sévères, pouvant toucher de façon variable la locomotion, la déglutition, la communication, ou la cognition. Il s'agit donc de patients dépendants plus ou moins totalement d'une assistance tierce, que ce soit pendant les séjours hospitaliers ou à domicile. Leur prise en charge implique impérativement de prendre en compte l'éventuelle problématique de l'entourage familial.

Il importe de souligner que l'âge des patients et surtout l'évolutivité de la maladie neurologique jouent un rôle essentiel dans la définition de l'approche thérapeutique et de la charge en soins. Ainsi, par exemple, la sclérose latérale amyotrophique (SLA), affection évolutive concernant surtout des sujets âgés pose des problèmes très différents de ceux soulevés par les tétraplégies traumatiques, situations stables concernant surtout des patients jeunes. Les myopathies de type Duchenne de Boulogne constituent des situations intermédiaires.

La prise en charge pneumologique de ces patients est souvent requise en SSR autorisé à la mention « système nerveux » : l'existence d'interfaces structurées entre ces deux spécialités de SSR est indispensable. Des séjours spécifiques en SSR autorisé à la mention « pneumologie » peuvent également se justifier. Les indications du SSR autorisé à la mention « pneumologie » chez les patients atteints d'affections neurologiques ou neuromusculaires peuvent être :

- Superposables aux indications décrites chez les patients atteints de pathologies respiratoires, dans le cadre de la prise en charge des suites d'épisodes respiratoires aigus intercurrents. Chez ces patients, ces épisodes ont des conséquences particulièrement délétères sur la fonction respiratoire et sur l'état général, et la vitesse de récupération peut-être très lente ; les interventions médicales (chirurgie de toute nature, gastrostomies, trachéotomies...) peuvent être à l'origine de décompensations et nécessiter une prise en charge "de récupération" en SSR ;
- Motivées par la mise en place ou l'adaptation d'une assistance ventilatoire, au masque ou sur trachéotomie, ou par neurostimulation respiratoire. Lors du séjour en SSR reconnu

expert, l'accent est mis sur l'éducation thérapeutique du patient et de sa famille, à côté des aspects techniques spécifiques ;

- Motivées par la nécessité pour l'entourage d'une période de reconstitution des forces physiques et morales, il s'agit alors de "séjours de répit". Bien que le malade soit par définition stable dans cette situation, il peut présenter une dépendance à des appareillages respiratoires qui pourra justifier d'un RR-PPA (voir critères du point 3.d) car il passera d'un ratio soignant/soigné de 1/1 au domicile à un ratio soignant/soigné trop déséquilibré dans un SSR standard.

c. Les patients dépendants d'une assistance ventilatoire au terme d'un séjour en réanimation

Au terme d'un séjour en réanimation, de nombreux patients présentent des difficultés de sevrage de la ventilation. Ceci peut être le cas au décours de la prise en charge d'une insuffisance respiratoire aiguë "de novo", ou, plus souvent, d'une décompensation d'insuffisance respiratoire chronique ayant nécessité une ventilation dite "invasive" (sur intubation).

Selon les études, jusqu'à 30% des patients ventilés artificiellement peuvent présenter cette situation. Parmi ceux-ci, 30 à 50 % (soit 10 à 15 % des patients admis en réanimation) ont une durée de sevrage supérieure à 7 jours, avec des durées de séjour prolongées et d'importantes dépenses hospitalières. L'état général de ces patients, souvent trachéotomisés, est stable (parfois suffisamment pour qu'une ébauche de rééducation physique puisse être commencée, pour que l'alimentation orale soit reprise...). Ils ne relèvent donc plus au sens strict d'un séjour en réanimation ni même dans une structure de surveillance continue.

Diverses expériences Nord-Américaines et Européennes (Allemagne, Italie, un centre en France à Rouen, quelques centres de rééducation post-réanimation en région Auvergne-Rhône-Alpes) ont montré que la création de "centres de sevrage" dédiés à ces patients permet d'améliorer leur pronostic avec une accélération du retour à l'indépendance ventilatoire et une réduction de la mortalité. Ces centres répondent à la définition générale du SSR, puisqu'ils mettent en place des mesures actives destinées au retour à l'état antérieur ou à un état de plus grande autonomie. Néanmoins, pour des raisons évidentes de sécurité, ils semblent devoir être adossés à des unités de réanimation et sont nommés en France « soins de réadaptation post-réanimation » et sont exclus de ce texte.

d. Réévaluation

Pour toutes ces situations, au-delà de 14 jours en unité de PREPAR ou de la sortie de période orange, les critères de prise en charge suivants doivent être considérés pour le maintien en unité d'expertise PREPAR :

- Patient porteur d'une trachéotomie et ventilé sur trachéotomie plus de 4h/jour ;
- Patient ventilé plus de 16h/jour (avec une machine « support de vie ») ;
- Patient qui a eu une nouvelle exacerbation, traitée sans passage en service aigu mais ayant entrainé une dégradation de l'état clinique gagné auparavant. Le compteur repart à J0 ;
- Patient tétraplégique non autonome pour l'appel ;
- Patient nécessitant un débit d'O2 supérieur à 6l/mn ou FiO2 60% en oxygène haut débit humidifié ;
- Patient nécessitant une antibiothérapie ou un autre traitement IVSE ou à plus de 3 injections par jour et pendant plus de 14 jours ;
- Patient avec une sonde nasogastrique d'alimentation ;
- Patient bénéficiant aussi de traitement symptomatique avec produits IVSE (morphine, hypnotiques, scopolamine) ;
- Patient avec une sonde nasogastrique d'alimentation ;
- Patients en post transplantation pulmonaire.

4. Organisation de l'offre de soins

L'organisation de l'offre de soins au sein d'un territoire préfigure une cible avec au moins une unité de lits de RR PPA par région. Toutefois, il pourrait être également retenu des notions de bassin de population qui permettraient ainsi de répondre aux besoins de proximité.

II CONTENU DE LA PRISE EN CHARGE

1. Origine de la demande de prise en charge

La réadaptation précoce post-aiguë s'inscrit dans un parcours de soins :

- Avec les soins aigus en amont : services de médecine et chirurgie aiguë ou SRPR et rarement et sous couvert d'une checklist (voir supra) directement de réanimation ;
- Un service de SSR non expert en aval pour terminer la réadaptation du patient ;
- Le lieu d'hébergement du patient (dont les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS)) comme objectif final.

Il ne pourra pas y avoir d'admission directe en SSR reconnu expert en PREPAR d'un patient hospitalisé depuis moins de 24h aux urgences. Toutefois, si le patient est sorti rapidement de la période rouge, et qu'il ne présente plus d'élément de la checklist « soins vitaux », il pourra exceptionnellement être pris en SSR reconnu expert en PREPAR en aval des urgences.

Un patient pourra revenir en SSR reconnu expert en PREPAR depuis un SSR non reconnu expert, si le besoin de soins s'intensifie et qu'il n'entre pas dans la zone rouge après vérification de l'absence de critères de la checklist « soins vitaux ». Un patient non connu du SSR reconnu expert en PREPAR et issu d'un SSR pourra également être admis si le besoin de soins s'intensifie et qu'il n'entre pas dans la zone rouge (après contact entre médecins pour vérifier par l'absence de critères de la checklist « soins vitaux » et définir le niveau de soins nécessaire).

Dans tous les cas l'absence de critères de la checklist « soins vitaux » doit être vérifiée en amont de l'admission en SSR.

2. Bilan médical initial

Le bilan médical initial comprend plusieurs aspects :

- **Un bilan spécifique au SSR reconnu expert en PREPAR qui a pour objectif la sécurité de la prise en charge**

L'évaluation commence par la vérification d'absence de critères de la checklist « soins vitaux ».

L'évaluation suivante correspond à la mise en sécurité du patient au sein du SSR reconnu expert en PREPAR. Si le patient est dépendant de la ventilation mécanique (plus de 16h, classé support de vie), la checklist « patient dépendant doit être mise en place ».

Une fois la sécurité du patient établie, l'évaluation du handicap pourra se poursuivre et comprendra le même contenu que l'évaluation dans un SSR autorisé à la mention « pneumologie » non reconnu expert en PREPAR.

Cette évaluation doit être faite par un médecin diplômé en pneumologie ou en réanimation ou en urgences ou de toute spécialité ayant des certifications complémentaires en soins d'urgences ou justifiant d'un diplôme en appareillages respiratoires ou justifiant d'une expérience d'au moins 6 mois dans un service de réanimation.

- **Bilan du handicap d'origine respiratoire**

L'évaluation symptomatique de l'intensité de la dyspnée, des douleurs et les éléments de l'état général (OMS, mMRC, Zubrod, Karnofsky), du poids et sa cinétique, taille, évaluation nutritionnelle, tension artérielle, pouls, température est effectué. Les questionnaires rapportés par les patients comme autoévaluations (échelles de dyspnée, de douleur, de qualité de vie liée à la santé génériques ou spécifiques…) sont analysés.

Les évaluations cliniques de réadaptation en 5 axes de la classification internationale du fonctionnement (CIF) sont réalisées : les intensités et les sévérités des déficiences, les limitations de capacité ou de performance, les situations de handicap entraînant des restrictions de participation dont l'insertion professionnelle, les facteurs personnels et les conditions environnementales de vie (facilitateurs ou barrières, …).

Les examens complémentaires sont conduits : bilan biologique, imagerie broncho-pulmonaire, électrocardiogramme (ECG), pléthysmographie ou autres éléments des épreuves fonctionnelles respiratoires (EFR), gazométrie sanguine, polygraphie, échographie.

- **Evaluation des possibilités adaptatives à l'exercice ou ECG d'effort si nécessaire (test de terrain et/ou exploration fonctionnelle à l'exercice - EFX)**

Le médecin en charge des soins de réadaptation est garant de l'analyse de l'évaluation initiale, veille à la stabilité du patient, peut réajuster les traitements, les appareillages respiratoires, coordonne le contenu du programme de réadaptation et l'organisation du plateau technique de réadaptation, en assure la cohérence en organisant des réunions pluri-professionnelles intégrant des professions de rééducation et de réadaptation utiles régulièrement, analyse et transmet les résultats de la prise en charge aux différents intervenants du parcours de soins du patient, participe à la formation continue des équipes. Ces compétences médicales de réadaptation spécialisées nécessitent des formations théoriques et pratiques spécifiques dans le cursus de formation des médecins.

3. Le projet thérapeutique

Le projet thérapeutique comprend deux étapes, l'une à court terme de sécurisation, de désescalade de soins avec le début de la réadaptation et l'autre, à moyen terme, faisant le pont avec la suite de la réadaptation respiratoire.

- **Projet thérapeutique spécifique au SSR reconnu expert en PREPAR**
    - Bilan de la nécessité des appareillages respiratoires (ventilateurs, O2, appareils d'aide à la toux, trachéotomie),
    - Bilan de la nécessité du niveau de surveillance paramédicale
    - Bilan de la nécessité d'appareillages d'autonomie motrice
    - Recueil des directives anticipées et préparation d'une éventuelle dégradation
    - Contact du service d'aval
    - Début de bilan pluri-professionnel (en lien avec le point suivant)
- **Projet de réadaptation respiratoire à moyen/long terme**

Il est le même que pour tout patient entrant en SSR autorisé à la mention « pneumologie » non reconnu expert et rappelé ici. Le projet thérapeutique doit être élaboré par l'équipe pluri-professionnelle du SSR reconnu expert en PREPAR en lien avec le patient et avec le médecin prescripteur, sous la coordination d'un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience attestée en réadaptation.

Il vise la reprise d'une indépendance sur le plan général et transversal des disciplines médicales, ventilatoire et respiratoire, de tolérance à l'effort cardio-respiratoire et musculaire, d'alimentation et de communication, de mobilité pour le patient et doit inclure :

- La prise en charge en thérapie physique par les professionnels de rééducation adaptés aux objectifs fixés, et la prise en charge de réadaptation ou de compensation selon les situations de handicap relevées ;
- La prise en charge nutritionnelle ;
- La prise en charge éducative (voir ci-dessous) ;
- La prise en charge psychosociale.

4. Modalités de prise en charge

La prise en charge en SSR reconnu expert en PREPAR ne pourra se faire qu'en hospitalisation complète (HC), dans le cadre d'un parcours de soins complet incluant des étapes en aval et ne pourra excéder 14 jours sauf critères sus cités.

En effet, le patient est fragile, du fait de la sévérité, de l'instabilité de la maladie respiratoire ou de l'existence de comorbidités et des soins complexes, une surveillance rapprochée, ou une adaptation journalière des appareillages respiratoires sont encore nécessaires.

5. L'éducation thérapeutique du patient (ETP)

Dans le contexte de la prise en charge en réadaptation pour des affections respiratoires (après exacerbation), l'éducation thérapeutique doit être structurée dans le cadre d'un programme.

La formation initiale est dispensée avec un objectif d'assurer la sécurité du patient et associe les aidants pour une compréhension des éléments de la checklist en cas de patient dépendant (checklist de la Société de Pneumologie de Langue Française - SPLF).

Cette formation est complétée par des aspects techniques en cas d'appareillage respiratoire suivant les listes de la SPLF pour oxygène, ventilation et patient dépendant, (checklist de la SPLF) et d'éducation à la trachéotomie.

6. L'aval de la prise en charge

L'aval du SSR expert en RR PPA se fera prioritairement en SSR autorisé à la mention « pneumologie » non reconnu expert ou directement au lieu d'hébergement du patient, avant J14. Les séjours pourront être prolongés au-delà de J14 sur des critères précis.

III CONDITIONS TECHNIQUES DE FONCTIONNEMENT

1. Etablissements concernés

Les établissements de SSR reconnus experts en PREPAR doivent être autorisés à la mention « pneumologie » et ainsi répondre obligatoirement aux conditions techniques de fonctionnement fixées par les décrets d'autorisation de l'activité[1].

L'activité d'expertise est structurée au sein d'unités de 10 lits.

2. Compétences et ressources humaines

Le personnel médical

L'équipe doit être au moins composée de 2 médecins dont un médecin coordonnateur et il devra organiser l'intervention de médecins identifiés pour cette unité RRPPA permettant de répondre aux exigences médicales définies dans le présent cahier des charges, qui puissent intervenir régulièrement pendant les jours ouvrés.
La nuit, les week-end et jours fériés : le titulaire de l'autorisation organise la continuité des soins permettant d'assurer l'intervention d'un médecin dans un délai compatible avec la sécurité des patients qui peut être mutualisé avec le SSR auquel l'unité est rattachée.
Ce médecin doit être diplômé en pneumologie ou en réanimation ou en urgences ou de toute spécialité ayant des certifications complémentaires en soins d'urgences ou justifiant d'un diplôme en appareillages respiratoires ou justifiant d'une expérience d'au moins 6 mois dans un service de réanimation.

Le personnel paramédical

L'effectif paramédical est composé des professionnels suivants :

- La journée 7J/7, IDE dédiées
- La nuit, au moins deux personnels soignants, dont au minimum 1 IDE pour l'ensemble de l'établissement
- Masseur-Kinésithérapeute : organiser l'intervention d'au moins 1 masseur- kinésithérapeute les jours ouvrés. Pour les week-end et jours fériés : organiser la possibilité d'intervention d'un masseur-kinésithérapeute selon le besoin.

[1] Décret n°2021- XXX du XX/XX/20XX relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de [SSR]

La mutualisation des compétences avec le SSR de la mention spécialisée est possible.

L'accès à d'autres médecins spécialisés référents est recommandé, tels que le médecin cardiologue, tabacologue, infectiologue, neurologue, psychiatre, chirurgien thoracique, médecin spécialiste en médecine physique et de réadaptation (MPR), algologue, etc…

La totalité des personnels intervenant dans une unité PREPAR doit être formée spécifiquement à la prise en charge des urgences vitales, et cette formation doit être régulièrement entretenue.

Outre la formation à la prise en charge de l'urgence cardio-respiratoire, 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 types d'appareils d'assistance ventilatoire, aux risques liés aux troubles de la déglutition, aux techniques d'alimentation et de communication, aux dispositifs d'aides à la mobilité, aux techniques de réadaptation d'indépendance aux activités de la vie quotidienne (alimentation, habillage, transferts, activités instrumentales, mobilités, hygiène vésico-sphinctérienne, communication).

3. Locaux et équipements

Le SSR reconnu expert doit disposer sur site ou par convention d'un accès à une unité de réanimation ou à une unité de soins intensifs.

Le plateau technique de réadaptation physique doit comporter :

- Un secteur de rééducation pour le travail en endurance des muscles locomoteurs des membres inférieurs et/ou supérieurs et/ou respiratoires avec de l'appareillage
- Un secteur de rééducation pour le travail segmentaire des muscles des membres inférieurs et/ou supérieurs, comportant des appareils d'électrostimulation et des appareils "patient unique" d'entraînement des muscles respiratoires (valves à seuil pour entraînement incitatif)
- Un secteur de gymnastique pour le travail d'assouplissement, de coordination et d'équilibre et le travail de contrôle ventilatoire
- Un secteur d'ergothérapie et de travail des activités de la vie quotidienne
- Du matériel de monitorage non invasif (un moniteur scopique de la fréquence cardiaque et des cardio-fréquencemètres, des oxymètres de pulsations, un tensiomètre automatique) doit être disponible
- Un chariot d'urgence régulièrement contrôlé avec défibrillateur automatique est présent

Le plateau technique pneumologique, outre les éléments de sécurité mentionnés ci-dessus, doit comprendre au sein du SSR reconnu expert en PREPAR ou à proximité raisonnable, la possibilité de réaliser :

- Des épreuves fonctionnelles respiratoires
- Une radiographie thoracique
- Une mesure des gaz du sang artériels
- Une spirométrie simple

Concernant l'endoscopie bronchique, il n'apparaît pas nécessaire d'envisager sur place une activité diagnostique, cependant la demande doit se reporter sur les unités d'endoscopie bronchique des services adresseurs. La possibilité de réaliser des endoscopies en urgence peut être étudiée mais pose le problème de la formation des intervenants et de l'entretien des endoscopes.

Des équipements pour évaluer la fonction musculaire ou type bio-impédancemètre peuvent être mutualisés sur différents SSR intéressés par l'évaluation musculaire et nutritionnelle.

Le secteur de SSR reconnu expert PREPAR a naturellement accès aux ressources du pôle médico-technique local ou en convention (biochimie, hématologie, microbiologie, imagerie).

La maintenance et l'assistance biomédicale pour des matériels sont organisées.

4. Organisation des soins et évaluation de la qualité

L'organisation des soins permet de dispenser à chaque patient, selon son état clinique, chaque jour ouvré au moins deux séquences de traitement, dont au moins une de masso-kinésithérapie.

Une convention entre le SSR et l'unité de soins de réanimation doit permettre d'anticiper les modalités de retour en urgence.