

I MISSIONS ET ORGANISATION

1. Missions et objectifs de la prise en charge en SRPR

a. Missions

L'identification de services de réadaptation post-réanimation (SRPR) répond à la nécessité d'élaborer un parcours de réadaptation pour des patients complexes, en sortie de soins critiques, ayant un besoin actif de soins techniques sur le plan des fonctions végétatives (respiratoires, cardio-vasculaires, digestives, urinaires, ...) et/ou des fonctions de relation (troubles de la conscience, neuro-orthopédiques, ...) impossibles à assurer dans l'environnement habituel des établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR).

Les patients accueillis sont caractérisés par leur lourdeur médicale due à leur pathologie et nécessitent une prise en charge aigue pour les fonctions vitales ainsi que l'expertise d'un réanimateur. Ces patients sont également caractérisés par une réversibilité potentielle de leur état, soit partielle, soit totale.

Ces services ont donc vocation à constituer un maillon intermédiaire entre les services de réanimation/soins intensifs et les soins de réadaptation et ainsi à permettre une **prise en charge précoce en réadaptation, en toute sécurité, de patients présentant des troubles de la conscience et/ou des troubles respiratoires et/ou une autre déficience viscérale sévère, susceptibles d'engager le pronostic vital, en sortie de soins critiques et nécessitant un conditionnement particulier.**

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.

b. Objectifs

La prise en charge en SRPR a pour objectif de :

- Améliorer et/ou préserver les fonctions vitales des patients, même lourdement séquellaires ;
- Assurer la surveillance et la prise en charge des patients à haut risque d'aggravation, en sortie directe des soins critiques ;
- Sevrer les patients des dispositifs d'assistance respiratoire ;
- Evaluer au plus tôt les déficiences des patients en équipe pluridisciplinaire de réadaptation et établir le pronostic fonctionnel et le projet réadaptatif dès la réanimation ;
- Elaborer au plus tôt le projet thérapeutique de réadaptation pour améliorer et accélérer la récupération des patients.

Ces structures ont également un rôle de recours et d'expertise en réadaptation pour les services de réanimation de leur région et les établissements de SSR autorisés aux mentions « système nerveux » et « pneumologie ».

Dans le cas des SRPR à orientation neurologique, les établissements experts ont vocation à participer à l'évaluation et à la réévaluation à distance des patients en état végétatif chronique ou en état pauci-relationnel et doivent s'inscrire dans le réseau « traumatisme crânien et cérébrolésions » de leur territoire.

Les équipes seront encouragées à participer aux travaux des SRPR des autres régions. Elles s'engageront à organiser des actions de sensibilisation et de formation à la réadaptation précoce vis-à-vis des services de réanimation et de surveillance continue isolés ainsi qu'à la diffusion d'informations sur les malades qui peuvent leur être adressés.

2. Indications principales

Les SRPR s'adressent à des patients stables, présentant un état clinique évolutif favorable, mais à risque de décompensation. Ces 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.

Le critère d'admission principal est l'inscription de cette prise en charge dans un projet thérapeutique, même si ce projet ne vise pas une récupération complète, ce qui exclut les patients en fin de vie ou en situation palliative de niveau 4.

Le SRPR ne se substitue pas à la réanimation en ce sens qu'il n'a pas vocation à prendre en charge des patients présentant plusieurs défaillances viscérales et/ou nécessitant plusieurs suppléances d'organes vitaux. Dans tous les cas, le transfert vers un SRPR doit être décidé en concertation entre les équipes de réanimation et du SRPR.

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 cérébro-lésés 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).

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.

3. Niveau d'organisation

Les SRPR ne doivent pas être constitués uniquement comme une filière interne propre à l'établissement d'implantation. Un partenariat avec plusieurs réanimations ou unités de soins intensifs doit être prévu, sur le mode d'une organisation territoriale. Le dimensionnement de l'offre de soins doit prendre en compte la densité démographique.

Le recrutement est régional ou a minima interdépartemental. L'accueil de patients hors région nécessitant un rapatriement ou un rapprochement familial doit être possible.

Un SRPR doit également fonctionner en réseau avec les services aval de la prise en charge (unités de réadaptation PREcoce Post-Aiguë Neurologique - PREPAN), établissements de SSR (en particulier autorisés à la mention « système nerveux »), unités EVC-EPR, hospitalisation à domicile (HAD), ...), à travers des conventions de coopération qui garantiront le maillage territorial et la continuité du parcours de prise en charge en SSR, notamment pour les patients appareillés mais aux fonctions vitales stabilisées (trachéotomie, gastrostomie, administration continue de médicaments, ventilation assistée).

II CONTENU DE LA PRISE EN CHARGE

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 unité de soins intensifs 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 unité de soins intensifs.

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.

Un logiciel d'orientation (viaTrajectoire, Oris, ...) 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 et le SRPR.

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 à 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, ...).

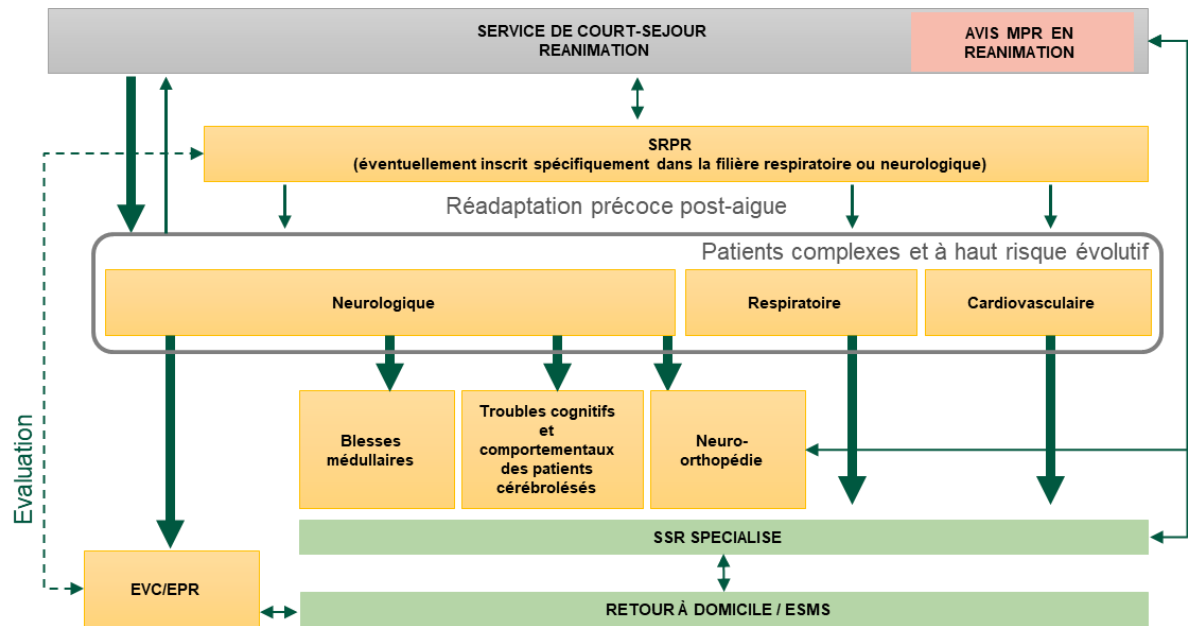
En SRPR à **orientation neurologique**, l'objectif principal de la prise en charge est de faire bénéficier précocement de soins de réadaptation non disponibles dans les unités de réanimation ou de soins intensifs aux patients sortant d'une phase de coma ou en situation de lésions médullaires de haut niveau. 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 PREcoce Post-Aiguë Neurologique (PREPAN) selon la situation neurologique du patient.

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 « système nerveux », « pneumologique », voire « polyvalente ».

3. Intégration de la prise en charge dans le parcours de soins

La prise en charge en SRPR s'inscrit dans un parcours de soins avec les soins aigus en amont et les SSR, notamment autorisés aux mentions « système nerveux » et « pneumologie », en aval. A noter que certains patients pourront être pris en charge à domicile à l'issue de leur séjour en SRPR.

Schéma d'intégration des offres d'expertise en SSR dans le parcours de prise en charge - les unités expertes sont représentées en jaune



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

a. 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 à laquelle ils sont adossés ainsi que des autres unités de réanimation ou de soins intensifs 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 (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.

b. 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 », « pneumologie » (en hospitalisation complète ou à temps partiel) ou une unité de réadaptation PREcoce Post-Aiguë Neurologique (PREPAN) 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 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, 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.

III CONDITIONS TECHNIQUES DE FONCTIONNEMENT

1. Etablissements concernés

Lorsque le SRPR est implanté dans une structure de SSR, celui-ci l'est au sein d'une structure spécialisée.

a. L'accès à une unité de réanimation/soins intensifs

La sécurité des patients qu'ils accueillent impose aux SRPR une proximité fonctionnelle et géographique avec une unité de réanimation/soins intensifs respiratoires et un plateau technique d'exploration. Par conséquent, ils doivent avoir accès, sur le même site géographique, à un service de réanimation et/ou de soins intensifs respiratoires, idéalement implanté 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 associée et doit permettre une intervention en urgence d'un praticien compétent en ventilation si nécessaire.

b. L'accès aux structures de SSR d'aval

Les SRPR doivent assurer à leurs patients, selon leurs besoins, l'accès à une structure de SSR, en particulier autorisée à la mention « système nerveux » ou « pneumologie » voire « polyvalent ».

Ils doivent établir un partenariat avec d'autres SSR, en capacité d'accueillir des patients en sortie de SRPR, de façon à optimiser les parcours et garantir une fluidité des admissions en SRPR.

2. Dimensionnement

La taille souhaitée d'un SRPR est de 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.

Dans le cas d'un SRPR adossé à une autre unité de SSR spécialisée, une unité de 8 lits peut être envisagée.

3. Compétences et ressources humaines

a. Le personnel médical

- Pour les SRPR à orientation neurologique :
 - Le SRPR 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
- Pour les SRPR à orientation respiratoire :
 - Le SRPR 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.

b. Le personnel non médical

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 artificielle et entérale
- Des aides-soignants
- Un ou plusieurs cadres de santé, justifiant idéalement d'une expérience en réanimation, unité de soins intensif (USI) ou unité de surveillance continue (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. 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 éventuellement 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 (PMR).
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

5. Equipements

Un SRPR dispose 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.

6. L'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.