

Concepts de SRPR et unités d'éveil

Fonctionnement du SRPR 42

**Programmes de rééducation, réadaptation
et réinsertion**

chez le patient traumatisé crânien

COLLOQUE FRANCE TRAUMATISME CRANIEN

LYON Hôpital Neurologique 22 juin 2012

F. TASSEAU - Centre Médical de l'Argentière/FCEs – 69610 AVEIZE

ftasseau@ch-argentiere.fr

M. CHOUGRANI-HERBEN- SRPR CMA/CHU Saint Etienne – 42000

malika.chougrani@chu-st-etienne.fr

Concepts de SRPR et unités d'éveil

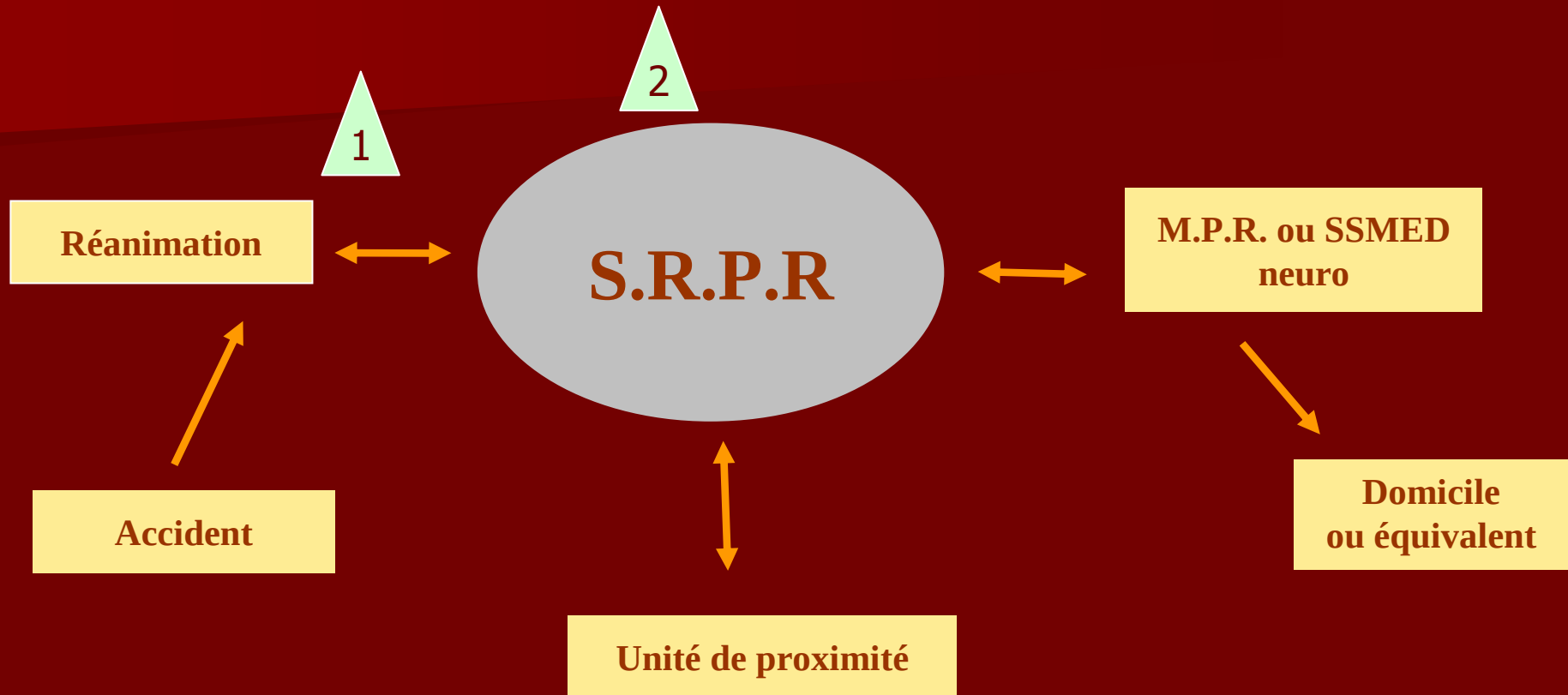
Fonctionnement du SRPR 42

- Origine des concepts
- SRPR / Unité d'éveil
- Expérience du SRPR 42

LA FILIÈRE DE SOINS DES PATIENTS CÉRÉBRO-LÉSÉS GRAVES

- Prise en charge du coma et de ses conséquences
- Evaluation des déficiences et incapacités, mise en oeuvre de techniques de rééducation pour tenter de les réduire
- Retour dans le milieu de vie (domicile ou institution) et reprise d'une activité si cela est possible
- Maintien dans le milieu de vie en lien avec les structures et organismes communautaires dévolus à cette tâche

LA FILIERE



LES POINTS DE PASSAGE DELICATS DANS LA FILIERE

■ La sortie de réanimation :

- passage d'un environnement centré sur le maintien des fonctions vitales et la suppléance d'organes vers un environnement centré sur des préoccupations fonctionnelles
- notion de stabilité de l'état de santé à évaluer au regard du niveau de surveillance et de soins

■ L'orientation des patients évoluant vers l'état végétatif ou pauci-relationnel :

- nécessité d'une évaluation en MPR
- l'affirmation de la chronicité nécessite une observation prolongée
- blocage de la filière

DES CONCEPTS RECENTS

SRPR	COTER RA 1996 SROS de 1ère et 2ème génération (organisation et développement des filières de soins)
UNITES DEDIES EV / EPR	Circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/DGAS n°2002-288 du 3 mai 2002
UNITES D'EVEIL	Conférence de consensus relative aux traumatisés crâniens adultes en MPR du coma à l'éveil - 2002 Circulaire DHOS/SDO/01/DGS/SD5D/DGAS/PHAN/3 B n°2004-280

Champ d'activité : "Soins de suite et Réadaptation"

FORMALISATION DU CONCEPT DE SRPR

« La sortie de réanimation doit se faire pour tous les traumatisés crânio-encéphaliques vers des services d'accueil que l'on peut qualifier de services de rééducation post-réanimation (SRPR), spécialisés dans cette pathologie »

*Comité Technique Régional de Soins de Suite et de Réadaptation Rhône Alpes
(COTER RA) - Fiche N°5 - Les comas - 1996 ; p36*

PATIENTS ACCUEILLIS

SRPR (groupe de travail ARS RA cérébrolésions graves)	UNITES D'EVEIL (circulaire 2004)
Patient à la suite d'un séjour en réanimation pour une affection neurologique de niveau lésionnel cérébral, médullaire ou périphérique, d'origine traumatique, médicale ou post-chirurgicale La fragilité du patient nécessite encore une surveillance continue, des soins techniques spécifiques et un travail de rééducation et de réadaptation	TCE en phase d'éveil de coma Non dépendant d'une technique de ventilation artificielle Etat médical stable ne nécessitant plus d'investigations diagnostiques complémentaires relevant d'un plateau technique spécifique de court séjour

OBJECTIFS ET MISSIONS

SRPR (groupe de travail ARS cérébrolésions graves)	UNITES D'EVEIL (circulaire 2004)
Prise en charge précoce et sécurisée des patients dès lors que leur état ne nécessite plus une suppléance d'organes à la phase aiguë ou un traitement spécifique de réanimation alors qu'un travail de rééducation et réadaptation est nécessaire	Mise en place d'un programme multidisciplinaire coordonné, structuré et personnalisés, visant à stimuler le patient de façon adaptée et différenciée Ecoute, information et accompagnement des familles Surveillance de l'état neurologique, des paramètres viraux et hémodynamiques Organisation du transfert des patients en urgence en cas de nécessité vers la réanimation, la neurochirurgie, la neuroradiologie Orientation à la sortie vers la MPR ou unité dédiée

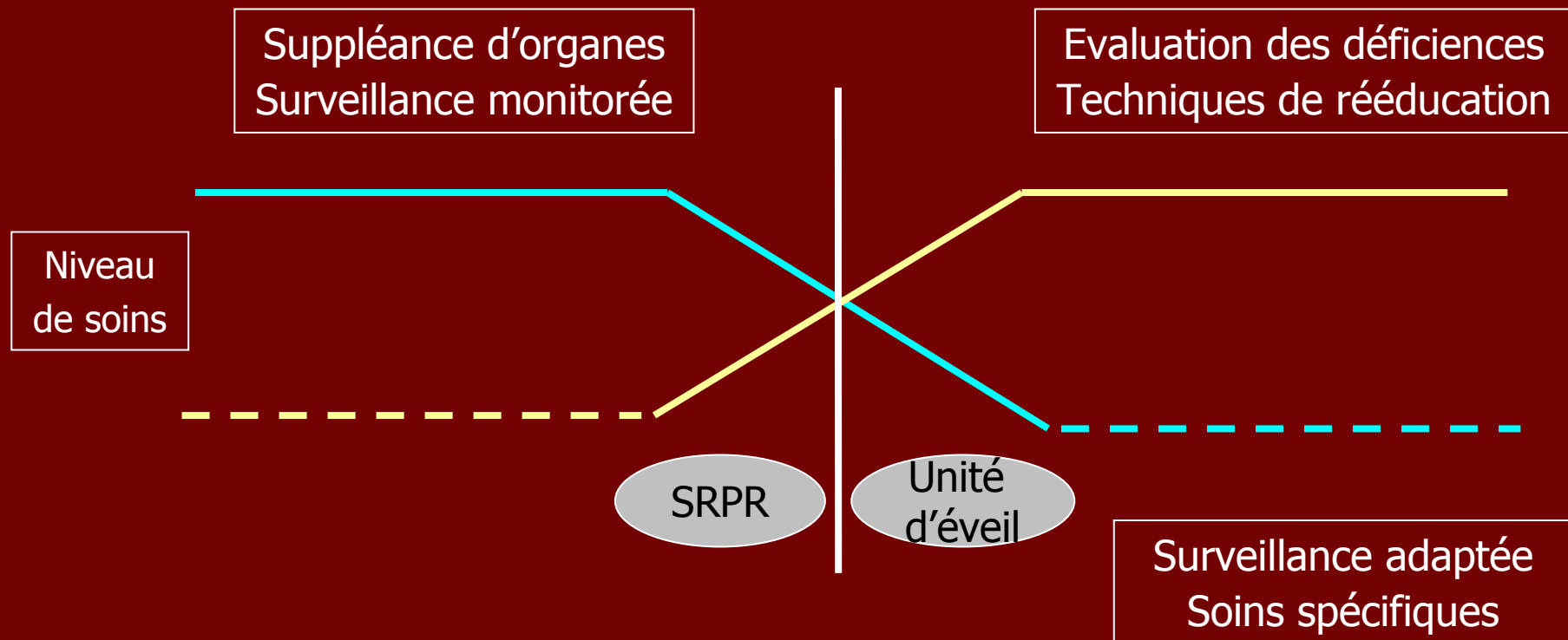
MOYENS

SRPR (groupe de travail ARS cérébrolésions graves)	UNITES D'EVEIL (circulaire 2004)
Binôme praticien MPR et réanimation ou médecin à double compétence Equipe multidisciplinaire de rééducation : kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens Assistante sociale Equipe soignante et kinésithérapeute ayant une double compétence en réanimation et rééducation. Possibilité de mettre en oeuvre des techniques manuelles et/ou instrumentales de désencombrement trachéo-bronchiques 24 h/24 Possibilité d'accueillir des patients ventilés artificiellement après la phase aiguë	Equipe multidisciplinaire : médecins, IDE, aides soignants, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, psychologues, psychomotriciens, assistante sociale Médecin MPR coordonnant la prise en charge en lien avec l'équipe Médecin d'astreinte Recours rapide à un médecin qualifié en médecine d'urgence Matériel de surveillance des fonctions vitales Matériel pour les gestes d'urgence Recours aux laboratoires et à la radiologie

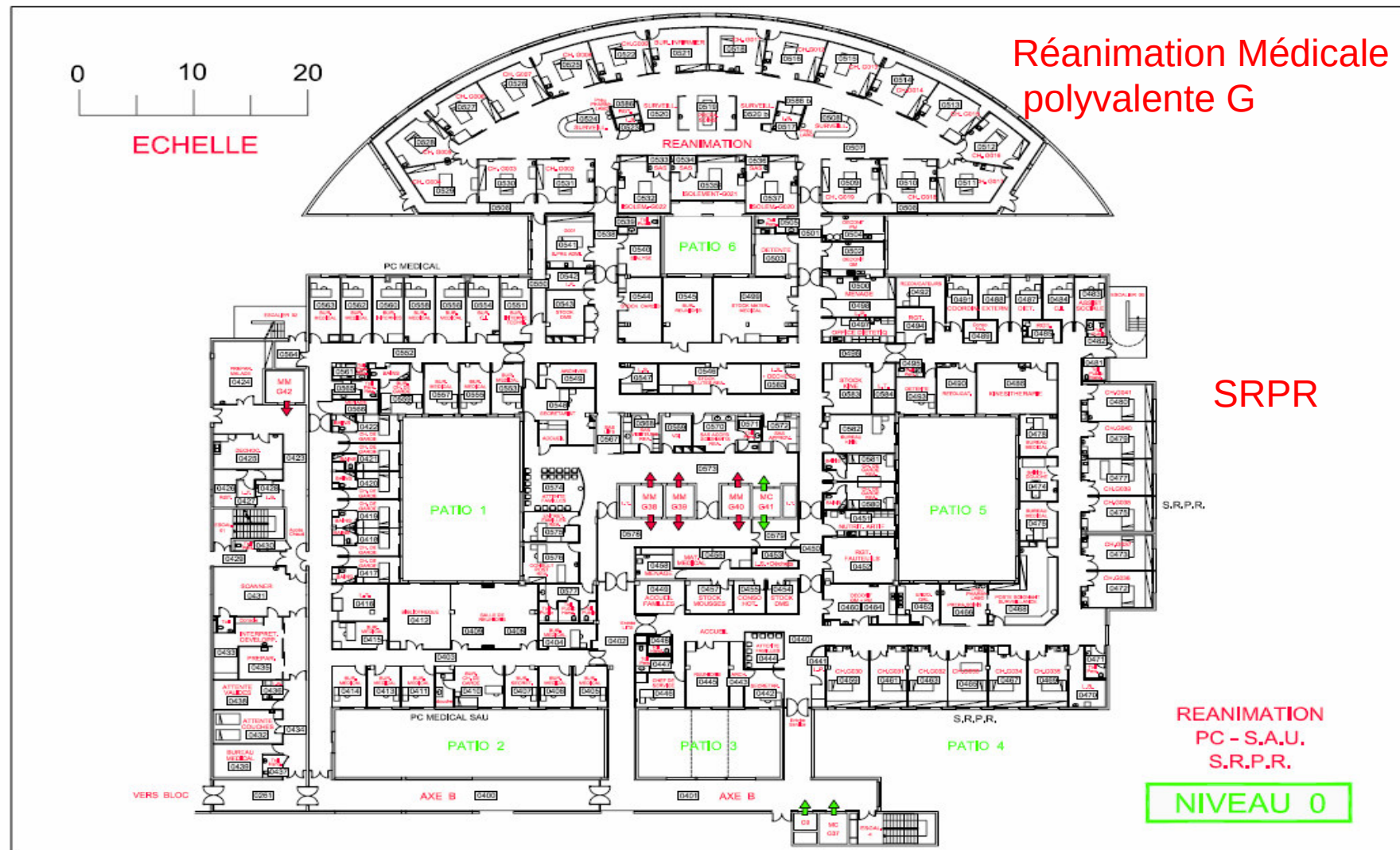
POSITIONNEMENT DE LA STRUCTURE

REANIMATION

REEDUCATION



PROXIMITE



EXPERIENCE DU SRPR 42

- Présentation de l'unité
- Patients accueillis
- Critères d'évaluation

Accès Piétons
UHCD - SRPR -
REA G - UR PSY -
HMU - IRMAS
Accès provisoire
Ambulance









COUVERTURE DE SOINS SRPR

Temps médical

→ 1,5 etp médecins seniors (0,8 MPR et 0,7 médecine polyvalente)

→ 1 interne MPR

	Matin	Soir	Nuit
IDE	3	2	2
AS	2	2	1

Garde médicale du SRPR assurée par un interne la nuit, le week end et les jours fériés

EQUIPE DE REEDUCATION

SERVICE SOCIAL

	Etp
Kinésithérapeute	2 + 1 permanence (~3 h WE et jours fériés)
Ergothérapeute	0,25
Orthophoniste	0,3
Psychomotricien	0,3
Assistant Social	0,5

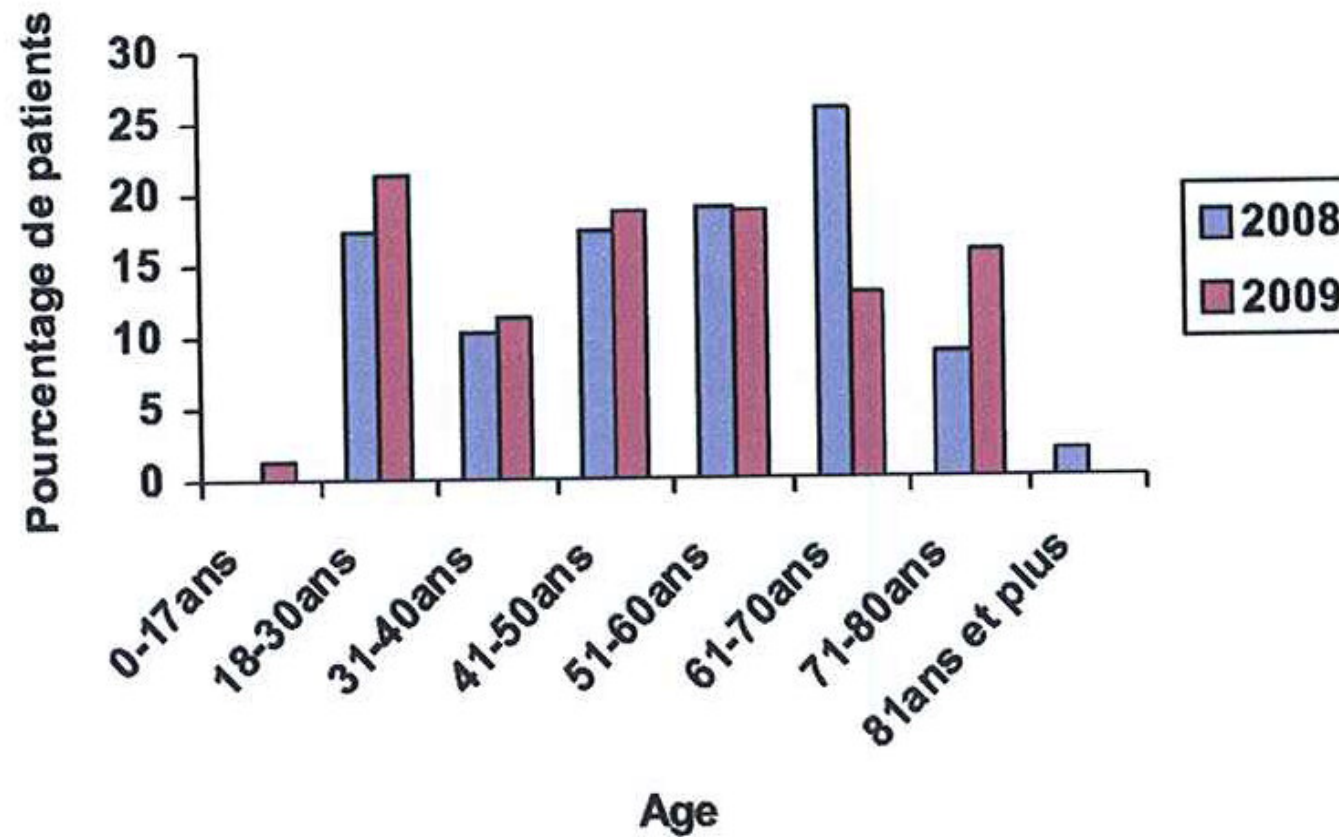
ACTIVITES

Année	Nombre de patients accueillis	Age (ans)	% hommes
2004	56	49 (+/-18)	71%
2005	57	48 (+/-18)	70%
2006	56	47 (+/-16)	69%
2007	58	49 (+/-17)	76%
2008	49	49 (+/-17)	80%
2009	61	47 (+/-12)	77%
2010	52	47 (+/-18)	81%

ADMISSIONS DIRECTES D'UN SERVICE DE REANIMATION

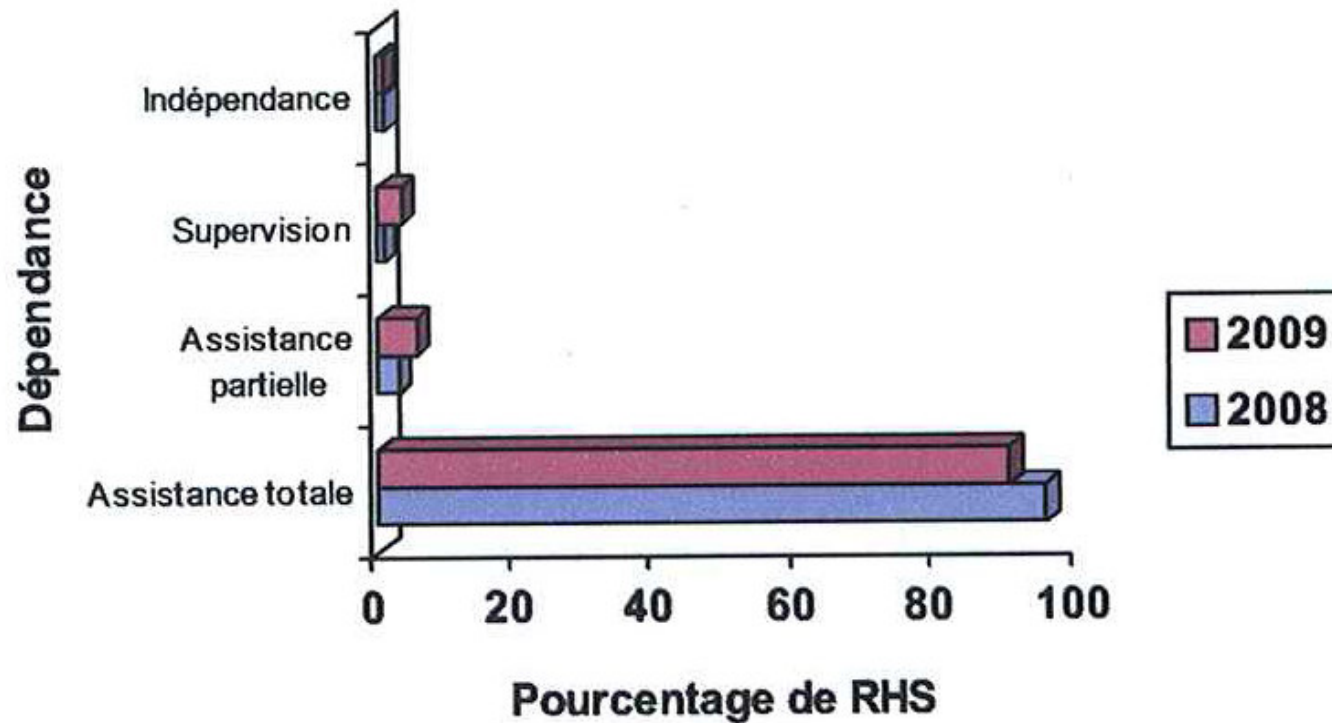
2008	87,50%
2009	92%
2010	96%

DONNEES PMSI 2009



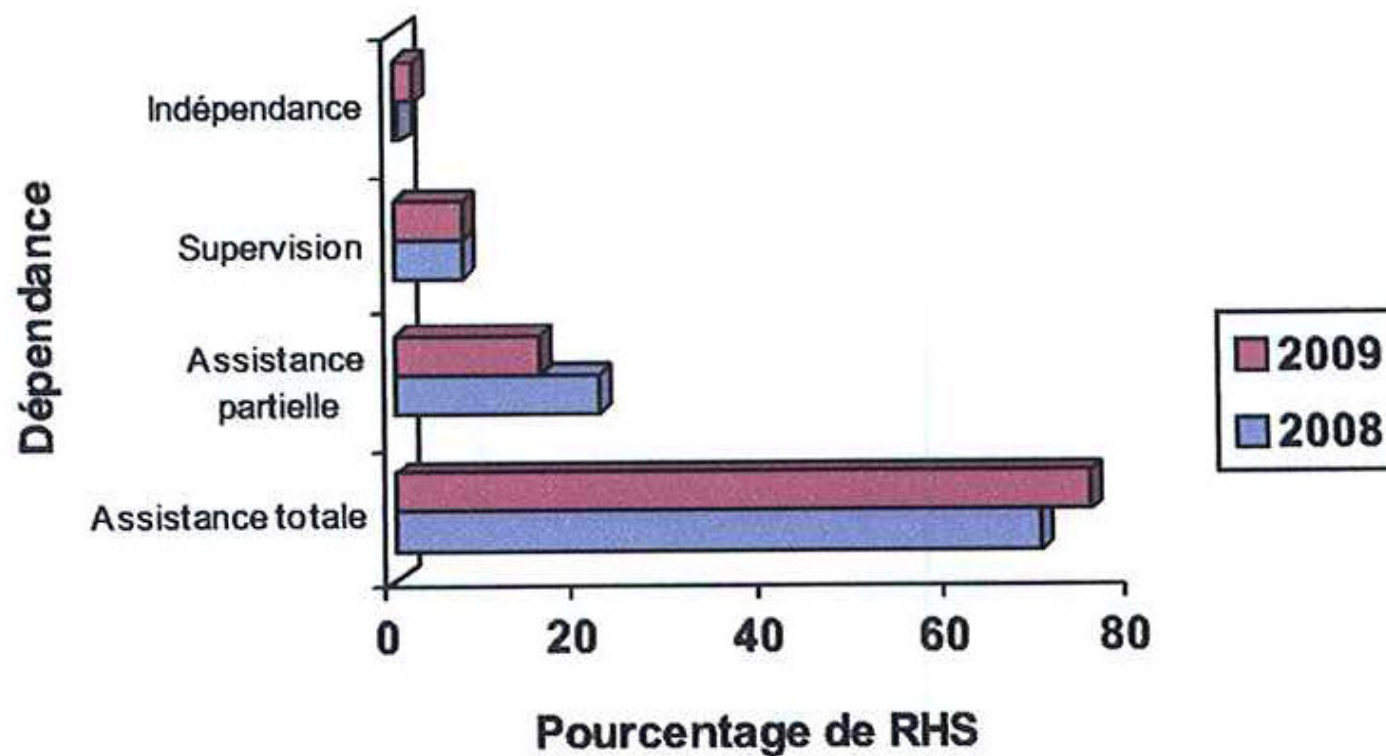
DONNEES PMSI 2009

Dépendance physique (habillement, déplacement, alimentation, continence)



DONNEES PMSI 2009

Dépendance relationnelle (relation, comportement)



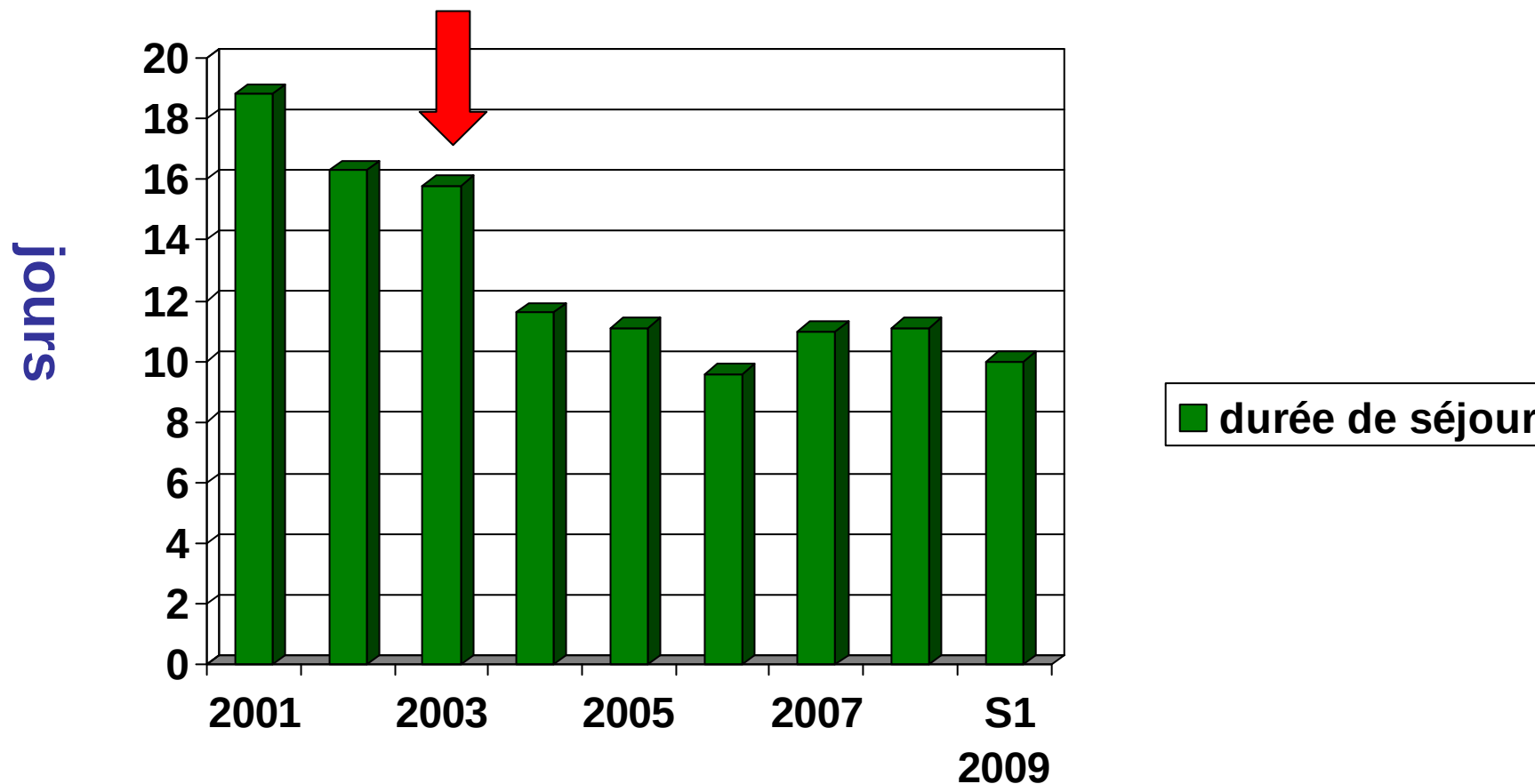
LES INDICATEURS DE SUIVI POUR LE SRPR

E.Bérard, M.Chougrani, F.Tasseau Annals of Physical and Rehabilitation Medicine 53 (2010) 457-473

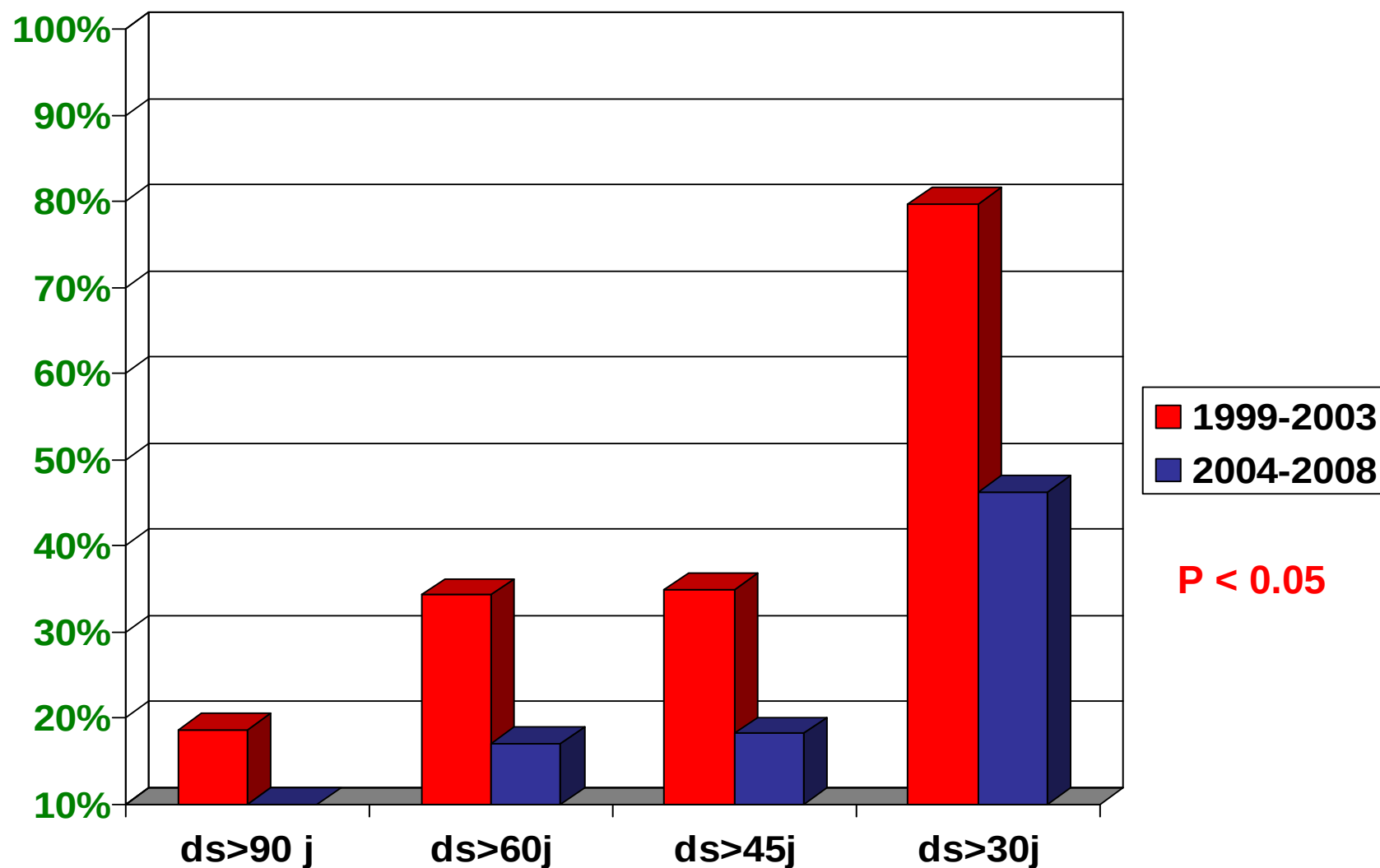
- R1 : traçabilité du suivi dans la filière des patients cérébro-lésés
- R2 : activité en terme de journées, DMS, taux d'occupation et nombre d'admissions
- R3 : vérification de l'origine des patients (pertinence de l'orientation)
- R4 : délais d'attente entre 1^{ère} demande, visite de pré-admission et admission au SRPR
- R5 : couverture en soins permettant d'assurer la continuité et la sécurité des soins
- R6 : respect des bonnes pratiques
- R7 : analyse des données PMSI
- R8 : analyse des dysfonctionnements en rapport avec l'environnement et les équipements
- R9 : suivi budgétaire

Évolution de la durée de séjour en réanimation de 2001 à 2009

OUVERTURE SRPR

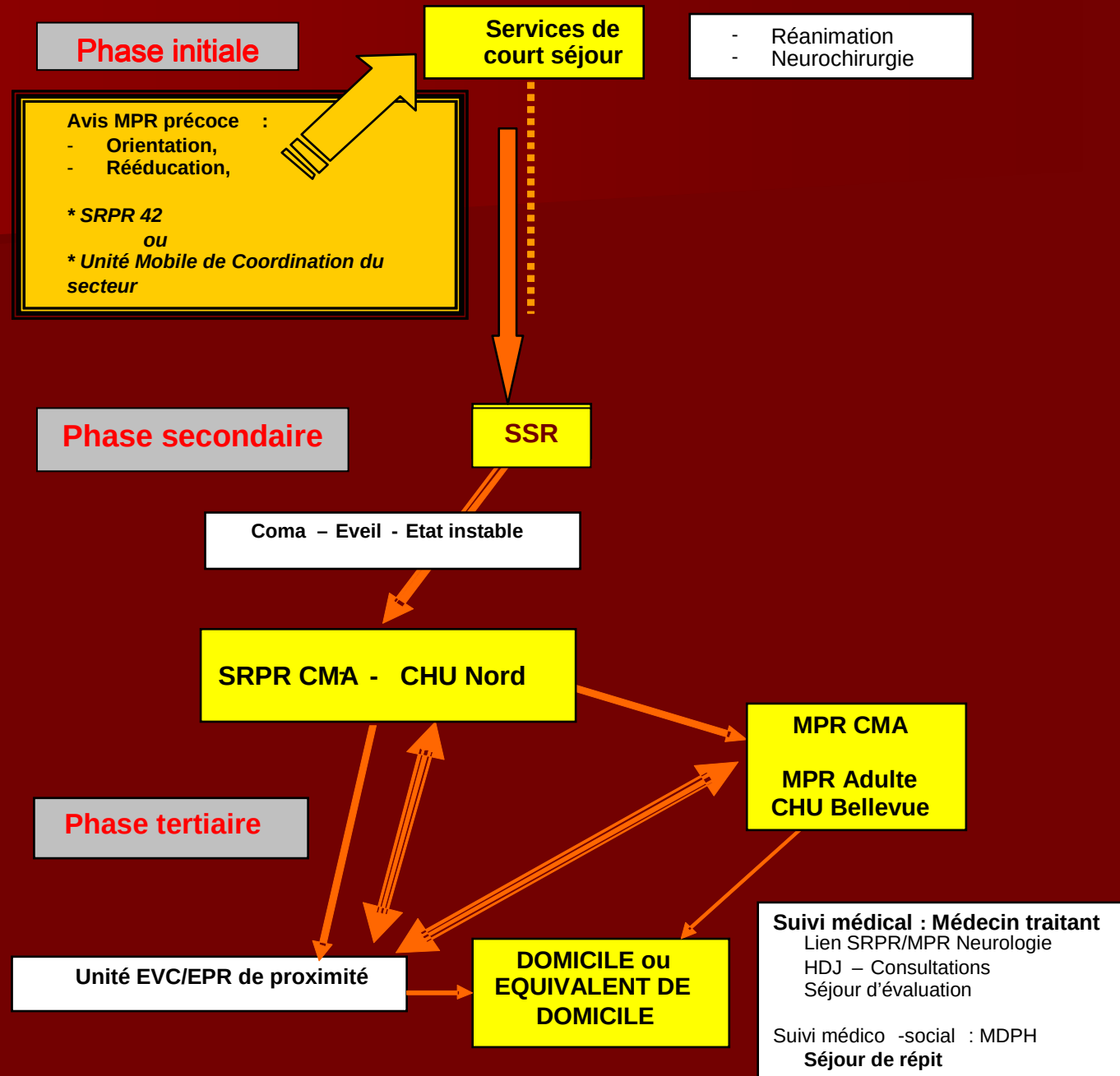


Diminution significative des séjours prolongés en réanimation



FILIERE CEREBRO - LESION GRAVE

d'après Unité Mobile de Coordination SSR – Saint Etienne





Les différentes phases d'orientation en SSR dans le logiciel Trajectoire d'après le thésaurus médical de « Trajectoire » et « Thésaurus manager »

