



France Traumatisme Crânien
Lyon 22 juin 2012

Le Parcours de soins en Médecine Physique et de Réadaptation

Traumatisme crânien grave

**Pascale Pradat-Diehl
APHP, GH Pitié-Salpêtrière
UPMC ER 06
ARTC IDF**



Alain Yelnik ; Francis Lemoine



Parcours de soins en MPR

Objectif double :

- faciliter la connaissance du rôle de la MPR, de ses compétences et de ses objectifs,
- contribuer à l'élaboration d'une **tarification** adaptée aux activités en SSR par une approche qui ne soit pas uniquement « à l'acte »/
Tarification à l'activité T2A par recueil dans le PMSI

Le parcours de soins en MPR décrit pour chaque typologie de patients :

ses besoins,

la place et les objectifs d'une prise en charge en MPR,

les moyens humains, matériels (grandes lignes),

leur chronologie ainsi que les résultats attendus.

Il est basé sur la prise en compte

de la **sévérité des déficiences**

ainsi que

les **facteurs personnels et environnementaux** selon le modèle de la Classification Internationale du Fonctionnement.

Le parcours de soins en MPR est, par besoin, un document court pour :

- * comprendre les besoins des patients et l'offre de soins à mettre en œuvre,
- * guider l'organisation et la tarification des soins.

Publiés (www.sofmer.com ; *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine nov 2011*) : AVC, coiffe des rotateurs, ligamentoplastie de genou

sur le point de l'être : blessés médullaires, **traumatisés crâniens graves**, PTH, PTG.

Parcours de soins en MPR traumatisés crâniens graves

Groupe de Travail

- [Pascale Pradat-Diehl](#) - AP-HP, Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière, Service de MPR, ER 06, UPMC, 75013 Paris
- [Pierre-Alain Joseph](#) - Service de MPR, Centre Hospitalo-Universitaire, Université Bordeaux Segalen, 33076 Bordeaux.
- [Françoise Beuret-Blanquart](#) - CRMPR Les Herbiers 76230 Bois Guillaume
- [Jacques Luauté](#) -Service de MPR, Centre Hospitalo-Universitaire H.Gabrielle, Université Lyon 69230St Genis Laval
- [François Tasseau](#) - Service de rééducation en post-réanimation, centre médical de l'Argentière, 69610 Aveize, France
- [Olivier Remy-Neris](#) – Service de MPR CHRU de Brest Hôpital Morvan 29609 Brest
- [Philippe Azouvi](#) - AP-HP Hôpital R.Poincaré Service de MPR, UVSQ, ER06 UPMC, 92380 Garches
- [Jean Sengler](#) -Service de MPR, Centre Hospitalier 68070 Mulhouse
- [Alain Yelnik](#) - AP-HP, Groupe Hospitalier St-Louis Lariboisière F.Widal, Service de MPR Université Paris Diderot, UMR 8194, France; Pdt Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation SOFMER,
- [Francis Lemoine](#) Pdt Fédération Française de Médecine Physique et de Réadaptation FEDMER, Centre Hélio-Marin, UGECAM Paca et Corse, 06220 Vallauris
- [Jean-Michel Mazaux](#) - Service de MPR, Centre Hospitalo-Universitaire, Université Bordeaux Segalen, 33076 Bordeaux.

« Le patient après Traumatisme Crânien grave »

3 parcours de soins différents tenant compte de

- la sévérité des déficiences,
- du pronostic fonctionnel

1 étape commune en Réanimation - MCO

Modulés en fonction de facteurs contextuels selon le modèle de la CIF.

3 catégories

- *Catégorie 1 (GOS 1 ou 2):*
 - réveil rapide en unité MCO,
 - troubles cognitifs de la mémoire et des fonctions exécutives et comportementaux modérés, autonomie de marche.
 - Cette catégorie concerne environ 20% de la population.
- *Catégorie 2 (GOS 2 et 3):*
 - réveil en unité MCO,
 - troubles cognitifs et du comportement invalidants et/ou association de plusieurs déficiences (déficit moteur, troubles de la mémoire et/ou troubles des fonctions exécutives et/ou troubles du comportement...),
 - potentiel de récupération, projet d'autonomie probable.
 - Ce groupe est le plus important et correspond à environ 60% des patients.
- *Catégorie 3 (GOS 4) :*
 - tableau clinique et lésions cérébrales gravissimes;
 - réveil retardé,
 - multiples déficiences associées (paralysies massives, troubles de l'éveil et de la communication, déficience respiratoire).
 - Il s'agit d'états végétatifs ou pauci-relationnels (EV-EPR) prolongés pouvant rester en forme chronique.

Modulation en fonction de facteurs contextuels (CIF)

Chaque catégorie de patients est analysée selon des paramètres personnels ou environnementaux de complexité qui justifieront des

- compétences et moyens spécifiques,
- parfois seulement du temps supplémentaire,
- entraîneront des surcoûts.

6 catégories

- a : déficiences sans difficulté ajoutée ;
- b : nécessité d'adaptation de l'environnement ;
- c : inadaptation ou insuffisance du réseau médical ;
- d : difficultés sociales et psychosociales ;
- e : pathologies médicales associées ayant une incidence fonctionnelle ;
- f : pathologies psychiatriques associées ayant une incidence fonctionnelle

3 Temps

- 1 Réanimation MCO
- 2 Hospitalisation SSR
- 3 Domicile

La phase précoce en unités de soins intensifs et de neurochirurgie commune aux 3 catégories.

- **Objectifs :**

- identification des besoins de rééducation et réadaptation ;
- dépistage précoce des complications ;
- bilan par les rééducateurs concernés et rééducation ;
- préparation du retour domicile ou orientation vers la structure de SSR adaptée ; orientation vers un réseau dédié.

- **Moyens :**

- intervention d'un médecin MPR en réanimation par exemple par équipe mobile d'orientation et possibilité de gestes techniques (traitement de la spasticité) ;
- kinésithérapie, orthophonie et ergothérapie quotidiennes, selon besoins.

Catégorie 1 (GOS 1 et GOS 2)

- Définition:
 - réveil rapide en unité MCO,
 - troubles cognitifs de la mémoire et des fonctions exécutives et comportementaux modérés,
 - autonomie de marche.
- Evolution qui semble rapidement favorable ; réveil rapide
- Etude Paris TBI (Jourdan et al 2012) : 20% des TC graves sortent directement au domicile sans suivi organisé.
- Or ces patients sont susceptibles de présenter des séquelles cognitives et comportementales sévères qui justifient d'un suivi spécifique.

Catégorie 1- a- 2 : Phase de rééducation active, retour au domicile

Organiser un suivi spécialisé, programmation de consultations de suivi en MPR ou intégration d'un réseau dédié

- Rééducation en secteur libéral
 - un seul rééducateur nécessaire (kiné, orthophoniste, orthoptiste) ;
 - Rééducation 2 à 5 fois par semaine ;
 - Consultation bilan MPR à 1 et à 3 mois ;
 - Poursuite de la rééducation selon bilan ;
- Rééducation en Hôpital de jour (HDJ) de MPR
 - Si plus de 1 type de rééducation, en particulier ergothérapie (kiné + ergo, ergo + ortho) ou rééducation longue, spécialisée et coordonnée ;
 - Fréquence de la rééducation : 3 à 5/semaine en HDJ seule ou HDJ + libéral
 - Bilan de synthèse de fin d'HDJ ;
 - Suite de rééducation : en libéral selon besoin, 2 à 3/semaine.
- Equipe mobile de réadaptation ou Hospitalisation au Domicile (HAD) de réadaptation
 - Programme de rééducation et de réadaptation coordonné multidisciplinaire au domicile
 - Moyens: compétences MPR et rééducateurs : kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, psychologue et assistant social
 - La durée dépend des relais libéraux ou médico sociaux.

Catégorie 1: modulation en fonction des facteurs environnementaux

1-b Pathologies médicales ou chirurgicales associées ayant une incidence fonctionnelle :

- Traumatismes orthopédiques invalidants ->SSR MPR spécialisé en appareil locomoteur.
- ou SSR deux compétences « locomoteur » et « système nerveux »
- A la sortie inscrire ce patient dans une filière et un réseau dédié aux TC

1-c Nécessité d'adaptation matérielle ou humaine de l'environnement :

L'intervention temporaire d'une aide humaine quand les patients peuvent rentrer au domicile mais rester seul toute la journée

1-d Inadaptation ou insuffisance du réseau médical :

Troubles cognitifs complexes justifiant une rééducation intensive et complexe coordonnée.
-> Allongement de la durée de l'hospitalisation complète en MCO, ou en SSR-MPR

1-e Difficultés sociales et psychosociales :

Retour direct au domicile impossible

Prolonger l'hospitalisation complète en MCO ou en SSR spécialisé

La durée dépend de la résolution des problèmes sociaux.

1-f Troubles du comportement ou pathologies psychiatriques associées ayant une incidence fonctionnelle :

Accès facile à des psychiatres

Hospitalisation complète en SSR système nerveux avec accès psychiatre et psychologue

Sortie à domicile avec l'appui de structure psychiatrique de secteur et si besoin par l'HDJ de MPR.

Il y a un besoin de créer des unités MPR à double compétence MPR et Psychiatrique.

Catégorie 2 (GOS 2 et GOS 3):

- Définition:
 - réveil en unité MCO,
 - troubles cognitifs et du comportement invalidants et/ou association de plusieurs déficiences (déficit moteur, troubles de la mémoire et/ou troubles des fonctions exécutives et/ou troubles du comportement...),
 - potentiel de récupération,
 - projet d'autonomie probable.
- Etape 2 Hospitalisation
- Etape 3 Retour au domicile

2-a 2 Phase de rééducation multidisciplinaire active : *hospitalisation complète* en SSR spécialisé système nerveux - spécialité médicale de MPR.

- **Objectifs :**
 - Préparation du retour au domicile ;
 - Dépistage et traitement des complications médicales et chirurgicales ;
 - Rééducation intensive et complexe pour récupération maximale et réadaptation pour adaptations aux déficiences restantes ;
 - Préparation de la réinsertion sociale et professionnelle.
- **Durée :** 1 à 12 mois
- **Moyens :**

2-a 2 Phase de rééducation multidisciplinaire active : *hospitalisation complète en SSR spécialisé système nerveux - spécialité médicale de MPR.*

- **Objectifs :**
- **Durée :**
- **Moyens :**
 - Surveillance médicale , soins infirmiers spécialisés.
 - Plateau technique de rééducation et réadaptation spécialisé
 - Rééducation multi-intervenants quotidiens > ou = à 2h/j
 - Définition des objectifs de la rééducation et de la réadaptation
 - Besoins spécifiques en neuro-psychologie, neuro-orthopédie (traitement spasticité), neuro-urologie, appareillage ;
 - Equipements d'évaluation et de rééducation des fonctions cognitives, évaluation du mouvement
 - Collaboration au suivi neurochirurgical, neuroradiologique, ORL, OPH, orthopédique, psychiatrique, neurologique...
 - Besoin de service social spécialisé, visites à domicile par l'équipe ;
 - Coordination avec les structures médico-sociales de relais pour la phase de réinsertion ;
 - Soutien psychologique pour patient et entourage ;

2 a 3 Retour à domicile, Phase de réadaptation-réinsertion en SSR et médico-social

Poursuite du processus de réadaptation selon les besoins :

- Soit en HDJ de MPR :
- Soit équipe mobile de réadaptation ou HAD de réadaptation
- Soit rééducation en secteur libéral à domicile.
- La durée de la rééducation des fonctions cognitives (2 à 3/semaine) nécessite souvent 2 ans. La durée peut être prolongée au-delà selon l'évolution des déficiences et le projet du patient.

2 a 3 Retour à domicile, Phase de réadaptation-réinsertion en SSR et médico-social

- Suivi MPR en consultation systématique, après hospitalisation complète ou de jour : 1 à 3 mois systématiquement après la sortie d'hospitalisation, puis selon besoins tous les 6 mois ou 1 an.
 - Les structures assurant le suivi spécialisé en externe au long cours doivent être identifiées avec moyens spécifiques.
 - Des bilans pluridisciplinaires de MPR en HDJ ou hospitalisation complète de semaine si nécessaires
- Inscription dans un réseau de soins et d'accompagnement
 - Prise en charge sanitaire et accompagnement médico-social
 - Adaptés à la sévérité des déficiences, des limitations d'activité et de participation :
 - Recours aux structures accompagnant de retour au domicile : SAMSAH, SIAD, SAVS, FAM ou MAS de jour ;
 - Ou structures se substituant au domicile : foyer, FAM, MAS, appartements accompagnés
 - L'intégration sociale s'appuie aussi sur des structures d'insertion professionnelles précoces ou sur les UEROS.

Catégorie 2: modulation en fonction des facteurs environnementaux

2-b Pathologies médicales ou chirurgicales associées à la phase aigue ou de rééducation, ayant une incidence fonctionnelle :

- Une pathologie médicale ou chirurgicale associée entraînant une instabilité peuvent prolonger le séjour en réanimation ou en MCO.
- Selon la gravité des questions médicales conditionnant l'application du programme de MPR :

2-c Nécessité d'adaptation de l'environnement :

- Allongement du séjour en SSR spécialisé ou le passage en SSR polyvalent selon l'organisation de la filière.

2-d Inadaptation ou insuffisance du réseau médical :

- Allongement de la durée d'hospitalisation en SSR spécialisé ou le passage en SSR polyvalent selon l'organisation de la filière.

2-e Difficultés sociales et psychosociales :

- idem 2b.
- Trouver les indicateurs de dimension sociale pour valoriser le séjour.
- Manque aigu de structures d'hébergement pour personnes en situation de vulnérabilité et présentant des handicaps moteurs ou cognitifs.
- passage en SSR polyvalent selon l'organisation de la filière.
- L'isolement social peut conduire à une sortie en structure d'hébergement pour personne handicapée ou maison de retraite médicalisée selon l'âge.

2-f Pathologies psychiatriques associées ayant une incidence fonctionnelle : idem 1-d

Catégorie 3 (GOS 4):

- Définition : tableau clinique et lésions cérébrales gravissimes
 - réveil retardé,
 - multiples déficiences associées (paralysies massives, troubles de l'éveil et de la communication, déficience respiratoire).
 - états végétatifs ou pauci-relationnels (EV-EPR) prolongés pouvant rester en forme chronique.
- La gravité des déficiences ici rencontrées enlève de la pertinence aux différents niveaux de complexité.

3-2 Phase secondaire : Unité d'éveil ou Soins de Rééducation Post-Réanimation (SRPR)

Objectifs :

- Assurer les soins médicaux et paramédicaux en préservant les chances fonctionnelles et préparer l'orientation selon l'évolution.
- Eléments déterminants de l'orientation :
état d'éveil, de conscience et cognitif,
déficiences respiratoires trachéotomie, ventilation assistée discontinue, autonomie ventilatoire),
troubles de déglutition sévères (gastrostomie ou jéjunostomie).

Moyens

- Locaux adaptés avec matériel d'urgence, permettant une surveillance étroite et un accompagnement des familles ;
- Proximité avec réanimation, neurochirurgie et plateau d'explorations ;
- Surveillance médicale quotidienne ; Soins infirmiers spécialisés ;
- Équipe pluridisciplinaire spécialisée (médecins, infirmières, aides soignants, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, psychologues, assistants sociaux)
- Programme de rééducation adapté
- **Dans les cas d'évolution favorable, → catégorie 2** en SSR-MPR pour rééducation intensive et complexe.

3-3 Etat végétatif ou pauci-relationnel chronique

Soit transfert en unité SSR spécialisée EVC-EPR

- **Objectif** : Séjour de durée indéterminée, pas de projet de retour domicile.
- **Moyens** :
 - Surveillance médicale régulière, soins infirmiers spécialisés pluriquotidiens (trachéotomie, gastrostomie, nursing...);
 - Soutien psychologique pour patient et entourage ;
 - Plateau technique de rééducation et réadaptation spécialisé (personnel et équipements) nécessaire :
 - Rééducation multi-intervenants quotidiens 1 h/j (kinésithérapeutes, et/ou ergothérapeutes, et/ou orthophonistes) ;
 - Besoins spécifiques en neuro-orthopédie (notamment traitements de la spasticité), neuro-urologie ;

Soit retour au domicile ;

ce choix ne doit pas être imposé par un défaut de réseau de soins mais par le choix de la famille et accompagné par des structures dédiées ;

- * difficultés sociales et psychosociales : l'insuffisance de structures accueillant des patients de cette catégorie amène une prolongation des séjours dans des structures non adaptées.
- En cas de sujets âgés l'orientation peut être faite en SLD plutôt qu'en unité EVC-EPR.

3-3 Etat végétatif ou pauci-relationnel chronique

Soit transfert en unité SSR spécialisée EVC-EPR

Soit retour au domicile ;

ce choix ne doit pas être imposé par un défaut de réseau de soins mais par le choix de la famille et accompagné par des structures dédiées ;

nécessité d'adaptation matérielle et humaine de l'environnement :

- organisation soins infirmiers, tierces personnes, rééducation au domicile
- HAD ; SAMSAH ; SIAD ;
- Séjours de répit en structure sanitaire.
- adaptation complète du domicile est nécessaire. Une présence humaine (tierce personne) pour les soins et la sécurité, la participation sociale du patient et de sa famille est nécessaire souvent 24h/24.
- * difficultés sociales et psychosociales : l'insuffisance de structures accueillant des patients de cette catégorie amène une prolongation des séjours dans des structures non adaptées.
- En cas de sujets âgés l'orientation peut être faite en SLD plutôt qu'en unité EVC-EPR.

Conclusion

Publication dans les annales de MPR

Utilisation de ce programme dans les
discussion des tarifs

Tester ce parcours ?



FEDMER

The logo for FEDMER consists of the word 'FEDMER' in a bold, dark blue, sans-serif font. The text is underlined with a solid dark blue line.