

	<b>DOS / PMEES/ réunion n°1 du groupe n°3 de l'ICR soins critiques</b>	
	<i>réunion n°1/2 du groupe n°3 « rééducation post réanimation, filière bed blocker post réa, SRPR, devenir post réanimation » Réunion de travail mardi 7 mars 10-13h</i>	
<b>MAJ</b> : 18.01.2013	<i>Rédigé par : ETTORI médecin référent ICR soins critiques, ARS</i>	<i>Relu et corrigé par :</i>

#### Participants :

- Mme nathalie Coconi, cadre de la réanimation, institut Paoli Calmette, membre ICR
- Mme Bares Fiocca, représentant FHP, membre ICR
- Dr Olivier Costes, Médecin rééducateur, unité d'éveil du CH de Toulon, expert invité
- Dr Florence Molenat, réanimateur, CH Aix, expert invité
- Dr Mathias CASTANIER (en remplacement du dr Seghboyan, membre ICR) réanimation hôpital européen
- Dr Jean Lallemand réanimateur, expert invité réanimation et USC respiratoire de l'hôpital privé vert coteau
- Dr Politi, médecin rééducateur, unité d'éveil Clinique st Martin, expert invité
- Dr Fabienne Morichon, médecin rééducateur, Clinique les cyprès unité d'éveil Avignon, expert invité
- Dr Jacques Albizatti médecin conseil, direction régionale de l'assurance maladie, Marseille, membre ICR
- Mme Dominique Orsini, chargée de mission sur le SSR, Ars paca, expert invité
- Mr Thibaut HURET, chargé de mission, direction de la stratégie, ars paca
- Mme Balestrié, secrétaire, direction de la stratégie
- Dr Florence Ettoril, ICR soins critiques, ARS PACA

#### Excusés

- Dr Lionel VELLY, réanimation de recours en neurologie de la Timone, expert invité
- Dr Bénézet médecin SSR Ugecampaca, expert invité
- Dr ARNAL médecin rééducateur (orientation respiratoire) CH Toulon, expert invité
- Dr Elizabeth Lafont, médecin, direction de l'offre médico sociale, ARS paca

### **1. déroulement de la réunion**

1. Tour de table
2. On rappelle les objectifs de ce groupe de travail transversal réunissant des réanimateurs des rééducateurs, des représentants de la stratégie et du financement (assurance maladie) :
  - Propositions d'actions pour améliorer la récupération fonctionnelle post réanimation tout venant /limiter les "syndromes post réa" et bed blockers (problème émergent de santé publique sur ces dix dernières années lié à l'amélioration de la survie en réanimation)
  - Proposer des solutions d'optimisation de l'aval des réa (engorgement sur la filière, de la réanimation aux SSR avec des focus sur la filière neurogènes/ unité d'éveil, filière insuffisant respiratoire, filière pédiatrique, filière polyneuromyopathie de réanimation)
  - Limiter les pertes de chance des patients par manque d'accès aux unités de rééducation spécialisées nécessaires
  - Trouver des solutions pour les patients lourdement handicapés non évolutifs post réa

- Ecriture d'un Cahier des charges d'unités pilotes SRPR (soins de réadaptation post réanimation) mixtes entre les réanimations et les SSR permettant de débiter de la rééducation spécialisée précocement pour des patients avec un projet de récupération fonctionnelle ayant encore besoin d'un contexte réanimatoire de soins

## 2. objectifs du groupe de travail

### Présentation du PRS 2 et de ses objectifs

- Présentation du PRS avec objectifs opérationnels livrables en avril et priorisation de ces objectifs opérationnels selon 4 axes retenus : enjeu régional de santé publique, plus-value à la transformation, faisabilité, attente des usagers
- Présentation de cartes de démographie et d'indices de pauvreté
- à la fin de la prochaine réunion du jeudi 30 mars de 14 h à 17 h en salle 340 : nous devons pouvoir rendre les orientations stratégiques à 10 ans de la récupération des patients post réanimation et des grandes orientations de leur parcours
  - Présentation de l'attendu livrable en juin
- en juin 2017 nous devons avoir rendu les déclinaisons opérationnelles à 5 ans validées en plénière (retour aux autres groupes)

## 3. présentation de l'enquête bed blocker en PACA (juin 2016) et des unités pilotes Srpr

EN PACA sur une enquête un jour donnée en juin 2016 10% des patients étaient bed blocker sur les 40 réanimations, (pédiatrie incluse) à mettre en regard avec le chiffre de 14% trouvé en IDF avec une méthodologie différente. Un tiers sont d'origine neurologique principale un tiers d'origine respiratoire et un tiers d'origine mixte « (polyneuromyopathie de réanimation, nouvelle population émergente en réanimation, de bon pronostic)

Deux unités SRPR pilotes sur les 10 ouvertes l'an dernier en IDF ont été visitées ; un cahier des charges a été adapté à PACA selon les forces et faiblesses rapportées après un an d'existence

## 3. détermination des forces, points de rupture, opportunités et risques liés à cette thématique

### Force :

- offre en réanimation et en unité de surveillance continue suffisante (globalement sur la région) et permettant de garder les bed blockers si nécessaire faute de solution d'aval, en particulier en surveillance continue dans de bonnes conditions de qualité et de sécurité
- Unité d'éveil expérimenté

### Points de rupture

- Pas de lieu de sortie adapté pour les patients de réa ayant besoin de rééducation semi urgente et nécessitant des « techniques bloqueuses » comme trachéotomie, ventilation intermittente, escarres étendues, etc....
- Demandes de place dans le ROR non suivies, effacées automatiquement si demande renouvelée plus de trois fois, aucun arbitrage entre les centres, demande non satisfaite n'est pas traitée ni colligée
- Manque de place pour la catégorie de patients gardant de très graves séquelles après le SSR et étant trop lourds pour être gardés en SSR généraliste, à domicile, en Fam mas engorgées, et restant en SSR spécialisé avec des dms de 6 mois ou plus et un engorgement de ces unités
- Manque d'unités de SSR spécialisées respiratoires pouvant ventiler pour la population de patients inévrables et ventilés chroniquement avec en particulier manque de compétences médicales et paramédicales en permanence des soins, et nécessité de formation dans les unités ne ventilant pas

- Eloignement (pour des raisons historiques) des capacités adéquates des d'unité d'éveil et des unités evc epr des bassins de population : nécessité de repenser la taille des unités afin de ventiler les capacités au bon endroit

### Opportunités :

- Créer une filière de prise en charge à domicile adéquate (aide aux aidants, soutien à domicile, etc...) pour les gens terminaux très lourds pour lesquels à ce jour aucune ne prise en charge satisfaisante n'existe
- Clarifier le rôle les compétences et valoriser les SSR respiratoires qui peuvent assurer e la ventilation chronique (3 SSR à ce jour sur la région)
- Augmenter la capacité des unités d'éveil en tenant compte de la répartition des besoins
- Créer des unités mixtes SSR-medico social adossées aux SSR pour les patients particulièrement lourds sans potentiel de récupération mais avec potentiel d 'aggravation ne pouvant s'éloigner des SSR
- Réfléchir à la prise en charge de patients terminaux à long terme ailleurs que dans des structures spécialisées conçues pour prendre en charge des patients sur du moyen terme en vue d'une récupération

### Menaces

- Attention au maintien des compétences en SSR lourd avec ventilation et à la continuité des soins la nuit : nécessité de créer des liens entre les différentes unités (réanimation et rééducation) pour mutualisation de la pds spécialisée et du maintien des compétences du personnel sur la gestion des canules, des respirateurs, etc...
- Réforme du financement du SSR : le passage à la T2a n'a absolument pas pris en compte le cout de revient de ces unités accueillant ces patients très lourds avec des dms de plusieurs mois, et dont la rémunération du GHM est fixe. Risque de voir les SSR majoritairement privés abandonner la prise en charge de ces patients et nécessité de crédits non pérennes dégagés chaque années sur le FIR pour financer ces unités à l'heure actuelle
- Clarifier les conditions de retour des patients du SSR vers les réanimations adosseuses en cas de besoin

## 4. grands axes identifiés du COS

1. Assurer un accès à tous les patients en réanimation sur le territoire à une **évaluation, et prise en charge, en rééducation spécialisée /récupération accélérée**. Cet accès à une consultation spécialisée lorsqu'il y a une indication de rééducation après réanimation, aura pour but de limiter la montée de l'incidence de déconditionnement physique fonctionnel sévère post réanimation et séjours longs.
2. Sur le parcours des patients après réanimation ayant un **projet thérapeutique d'amélioration** quelle qu'elle soit, améliorer en quantité et qualité les solutions existantes  
Assurer une égale chance de prise en charge en rééducation spécialisée post réa selon les territoires, la réanimation de prise en charge et l'âge. Revoir les places nécessaires et leur répartition territoriale pour coller aux besoins populationnels et aux bassins de population
  - Accès suffisant et juste aux unités d'éveil (diminuer le sous recours ajour 'hui pour les sujets âgés ou trop graves qui vont directement en EVC EPR),
  - Aux nouvelles unités SRPR (soins de rééducation post réanimation) unités mixtes post réa de rééducation active en milieu réanimatoire,
  - aux SSR spécialisés.
  - Créer une filière spécifique SSR de prise en charge des insuffisants respiratoires sévères nécessitant une ventilation intermittente ou trachéotomisés, nécessitant une rééducation respiratoire spécialisée, avec création de labels de SSR « ventilation »
3. En cas de **handicap sévère persistant non évolutif** après la réanimation, créer des prises en charge adaptées, des poly handicapés sévères chroniques post réa hautement

dépendants. Améliorer/créer différentes modalités de prise en charge afin d'offrir une solution personnalisée acceptable aux patients et à leurs familles en respectant si possible leur choix et leur lieu géographique. sans laisser ces patients en unités d'éveil ou réanimation avec engorgement de celles-ci :

- Créer une vraie filière de prise en charge accompagnée à domicile (aide aux aidants, formalisation des possibilités de séjours de répit, etc...) pour désengorger les MAS les FAM etc...
  - Augmenter le nombre de places en unité EVC EPR et les repositionner sur le territoire vers les bassins de population
  - Créer des unités nouvelles mixtes médicosociales « lourdes » adossées à des SSR pour des patients ne nécessitant plus de places en rééducation active mais présentant une charge en soins trop lourde et ne pouvant trop s'éloigner de compétences de SSR à proximité immédiate
  - Augmenter le nombre de places en MAS FAM qui hébergent des patients sur du très long terme et sont embouteillées,
4. généraliser les directives anticipées à l'entrée en réanimation pour tout patient chronique. Afin de limiter l'apparition de ces polyhandicaps sévères non évolutifs post réa parfois subis par les patients, et prévisibles en raison d'un état de santé déjà très dégradé à l'entrée en réanimation.

#### 4. grands objectifs opérationnels à 5 ans

- **Créer une commission régionale d'orientation post réa, pour les patients relevant d'unités spécialisées**, sur la filière neuro lésée et sur la filière insuffisance respiratoire/polyneuromyopathie de réanimation. Cette commission composée de médecin rééducateur, réanimateur spécialisé en SRPR, usagers, familles, etc...orienterait le patient dans les différentes unités spécialisées en fonction de critères partagés. S'appuyer sur la procédure existante de demande en SSR dans le ROR, qu'il faut améliorer : obligation de traiter toute demande, messages d'alertes sur les délais d'attente trop longs. Cette commission pourrait faciliter la communication entre les unités de rééducation, coordonner les demande d'avis expert de rééducation, s'assurer que toute demande est examinée analyser les refus et les échecs de placement, etc...
- **Créer une équipe pilote mobile d'évaluation et de prise en charge en rééducation fonctionnelle, en lien direct avec la commission**
  1. pluri professionnelle (médecin rééducateur, et ou réanimateur spécialisé en SRPR, et ou kinésithérapeutes, ergothérapeutes, etc...selon les besoins des patients) territoriale ou régionales.
  2. **Rôle de diagnostic et d'évaluation** : systématiser au lit du patient l'avis d'un rééducateur ou réanimateur spécialisé en Rpr, pour tout patient neurolésé/sevrage difficile/séjour prolongé, afin d'éviter les pertes de chance et l'autocensure des réanimateurs
  3. **Rôle d'aide à la prise en charge** : pour des patients de réanimation « standard » ne relevant pas d'unités spécialisées type unité d'éveil/Rpr, mais pouvant bénéficier de conseils personnalisés en rééducation.
- Créer au moins deux unités pilotes SRPR et diffuser le modèle si satisfaisant

- Dimensionner et implémenter le nombre de lits d'EVC EPR, d'unités d'éveil de FAM de MAS sur la région

#### **4. objectifs du groupe de travail**

- à la fin de la prochaine réunion du jeudi 30 mars de 14 h à 17 h en salle 340 : nous devons pouvoir rendre les orientations stratégiques à 10 ans de la récupération des patients post réanimation et des grandes orientations de leur parcours
- en juin 2017 nous devons avoir rendu les déclinaisons opérationnelles à 5 ans validées en plénière (retour aux autres groupes)

Diffusion :      groupe n 3  
                          DOMS  
                          DDPRS (Thuret)