

SRPR Neurologique

Retour d'expérience - Hôpital Bicêtre
depuis le 16/11/2015

■ Révolution dans les réas :

- ▶ Diminuer la sédation, lutter contre l'environnement stressant et les delirium [Inouye, NEJM, 1999]
- ▶ Sortir les patients du lit et intensifier la kinésithérapie [Schweickert, Lancet, 1999]

■ Ces objectifs diminuent mortalité, morbidité et durées de séjour [Schaller, Lancet, 2016]

■ Rééducation cognitive précoce améliore la récupération neurologique [Andelic, J N, 2012]

■ Objectifs du SRPR :

- ▶ Diminuer le temps d'hospitalisation en réanimation des patients qui ne le nécessitent plus
- ▶ Favoriser le meilleur parcours de soins possible pour les patients neuro-lésés dépendants : collaboration avec le service social, filière MPR/SSR, utilisation de Trajectoire
- ▶ Débuter précocement les soins de rééducation (attente place SSR)
- ▶ Adossé à une réanimation, concentration des moyens. Ventilation des patients possible (sur trachéotomie ou non invasive)
- ▶ Améliorer et coordonner les soins de rééducation en réanimation

- Situé dans le bâtiment Lasjaunias, 3^{ème} étage, salle Quesnay
- Dans le même bâtiment que la Neurologie, Neurochirurgie, Neuroradiologie, et le SSR neurologique
- Plateau technique de rééducation commun, 1^{er} étage, salle Clovis Vincent
- Unité de 12 lits : ouverture progressive (16/11/2015, 01/03/2016)
- Chambres individuelles avec quelques salles de bains mixtes pour permettre de rentrer un chariot douche
- Soignants IDE/AS de réanimation, kinésithérapeutes, ergothérapeute, orthophoniste, neuropsychologue, diététicienne

- **Chef de service** : Pr Duranteau

- **Equipe médicale : du lundi au samedi**
 - ▶ Médecin réanimateur (1 ETP) : Dr Vigué, Dr Ract
 - ▶ Médecin MPR (1 ETP) : Dr de Crouy

- **Médecin de garde en réanimation (13504), nuits, week-end et jours fériés**

ORGANISATION RH :

1 binôme IDE/AS pour 6 lits

Equipe polyvalente de la réanimation chirurgicale avec néanmoins des personnels référents,

- IDE NUIT : 1 IDE/équipe référent
- IDE JOUR : pas encore de référent
- AS NUIT : 1 à 2 AS par équipe référents
- AS JOUR : 1 AS sur chaque équipe référent

ORGANISATION RH :

Equipe de rééducation encadrée par Mme Bourges et Mme Dubois. Plateau technique commun à la neurologie (Clovis Vincent)

2 ETP Kinésithérapeutes

0,5 – 0,8 ETP ergothérapeute (temps plein KB neuro)

0,5 ETP orthophoniste (temps plein KB neuro)

1 ETP neuropsychologue

Diététicienne mutualisée avec la réanimation

Activité des 14 premiers mois (données à fin janvier, patients sortis). Fermeture 4 semaines en Août.

-74 patients, **84 séjours**, 91 passages

-Age moyen : **45,66 ans** (13,8 à 84,1) 52,4 en Réa

-DMS : **31,87 jours** (1 à 168) 7,35j en Réa

-Durée médiane de séjours : **21 jours**

-Sex ratio : **77% hommes** 66% en Réa

Mode entrée	Nb séjours
Passage interne	61 (73%)
Transfert de court séjour	5
Transfert de réanimation	16
Transfert SSR	2
Total général	84

Passages internes

Réanimation chirurgicale	48
USC Réa chir	10
Neurochirurgie	2
USINV	1

■ DMS réanimation avant admission SRPR : 33,6 js

■ Clinique (74 patients)

▶ 55 lésions cérébrales (74%) :

- 25 traumatismes crâniens
- 14 AVC (5 ischémiques et 9 hémorragiques)
- 7 EVC - EPR

▶ 13 lésions médullaires isolées (17,5%)

▶ 4 thorax graves dont 3 aortes avec troubles neurologiques associés

▶ 1 péritonite, 1 trouble déglutition post-opératoire

GHM 2016

Racine	Libellé	Effectif
26C02	Interventions pour traumatismes multiples graves	10
01C04	Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans	7
01M13	Troubles de la conscience et comas d'origine non traumatique	3
01M09	Affections et lésions du rachis et de la moelle	5
01M30	Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires	3
03M06	Epistaxis	1
06C07	Interventions mineures sur l'intestin grêle et le côlon	1
01M05	Infections du système nerveux à l'exception des méningites virales	2
01M18	Lésions traumatiques intracrâniennes sévères	8
26M02	Traumatismes multiples graves	4
19M07	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge inférieur à 80 ans	4
01M11	Affections des nerfs crâniens et rachidiens	2
01M08	Maladies dégénératives du système nerveux, âge inférieur à 80 ans	3
01C05	Interventions sur le rachis et la moelle pour des affections neurologiques	2
01K03	Autres actes thérapeutiques par voie vasculaire du système nerveux	1
08C32	Interventions sur la jambe, âge supérieur à 17 ans	2
08M04	Fractures de la hanche et du bassin	1
21C05	Autres interventions pour blessures ou complications d'acte	1
08C51	Interventions majeures sur le rachis pour fractures, cyphoses et scolioses	1
01C12	Craniotomies pour affections non tumorales, âge inférieur à 18 ans	1
04M07	Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans	1
05M12	Troubles vasculaires périphériques	1
01C03	Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans	1
01M19	Autres lésions traumatiques intracrâniennes, sauf commotions	1
08C27	Autres interventions sur le rachis	1
	Total	67

■ Accélération des sevrages :

- ▶ à l'admission au SRPR : **24** trachéotomies, 12 crâniectomies, 44 alimentations entérales (**19** SNG), 1 alimentation parentérale
- ▶ à la sortie du SRPR : **14** trachéotomies, 12 crâniectomies, 28 alimentations entérales (**4** SNG)

■ Sorties (74 patients)

- ▶ 3 décès (+ 2 retours en réanimation puis décès)
- ▶ 45 sorties en MPR (61%)
- ▶ 12 retours à domicile (16%)
- ▶ 5 sorties en EVC-EPR (+2 EVC/EPR programmés) 9,5%
- ▶ 6 retours convenus (4 sorties organisées)
- ▶ 1 transfert en Psychiatrie

- ▶ 17 retours en réanimation (3 hébergements 1 à KB)

■ Finances 2016 : PMCT ou recettes moyennes en SRPR

- ▶ Par NDA – SRPR : 20 040,95 euros
- ▶ Par passage SRPR : 17 903,25 euros
- ▶ Par journée PMSI SRPR : 561,8 euros.

■ Point d'étape à un an : collaboration Réa-MPR

- ▶ Travail très important sur le matériel
- ▶ Nécessité de structurer la logistique
- ▶ Nécessité de structurer le fonctionnement d'équipe
- ▶ Charge importante pour service social (amont/aval)

■ Perspectives

- ▶ Communication / indications auprès des réanimateurs IdF
 - ▶ Renforcer les liens avec SSR , servir de filet de protection aux SSR souvent isolés
 - ▶ Collaboration avec autres SRPR, équipes SSR et EVC-EPR pour les filières, la recherche et la formation
 - ▶ Journée d' études SRPR IdF, 2^e prévue
 - 1^{ère} le 27 janvier 2017 Bicêtre – « la trachéotomie dans tous ses états » : buts étant mieux gérer les trachéotomies et améliorer interactions SSR – SRPR
- <http://hopitaux-paris-sud.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/60/files/2017/02/SRPR2017.pdf>
- 2^e prévue

■ Perspectives

- ▶ Démontrer l'intérêt de la collaboration MPR /Réanimateur : rapidité de prise en charge, amélioration mortalité, morbidité, diminution de la durée de séjour et amélioration de la disponibilité des lits : protocole à l'étude, en collaboration avec les réanimations (Traumabase)
- ▶ Dossier informatisé commun à tous les SRPR (en cours), études possibles
- ▶ Attention aux moyens attribués : risque pour la MPR quand le service de réanimation est support, risque pour la réanimation quand le service MPR est support. Pour Bicêtre renforcement des moyens MPR, développement de la culture de la rééducation au GH Sud (centre neuro important : USINV, Neurologie, SSR)