A.R.H.-I.F.

République Française

Agence **R**égionale de l'**H**ospitalisation de l'**I**le de **F**rance

SOINS DE SUITE ET READAPTATION FONCTIONNELLE

CAHIERS DES CHARGES SSR ADULTES

Socle commun général (adultes et enfants)
Cahiers des charges spécialisés adultes

Décembre 2009

LE SOCLE COMMUN
aux prises en charges adultes et pédiatriques
avec ou sans mention complémentaire

I.-. LES TEXTES REGLEMENTAIRES

- Décrets n° 2008-377 du 17 avril 2008
- Circulaire n° 305 du 03/10/2008, relative aux décrets du 17 avril 2008
- SROS III

II - LES PRINCIPES GENERAUX

En préambule, les dispositions de ce socle commun s'appliquent à toutes les structures disposant d'une autorisation de SSR adulte ou enfant avec ou sans mention complémentaire spécialisée et/ou reconnaissance d'orientations spécifiques.

Toutes les structures de SSR interviennent après une pathologie médicale ou chirurgicale, aiguë, récente ou chronique, ayant entraîné ou non une hospitalisation. Le diagnostic de l'affection causale est supposé connu ainsi que son traitement.

La mission centrale, commune à toutes les structures de soins de suite et de réadaptation, est la réadaptation, définie par l'organisation mondiale de la santé comme «*l'application coordonnée et combinée de mesures dans les domaines médical, social, psychique, technique et pédagogique qui peuvent aider à remettre le patient à la place qui lui convient le mieux dans la société ou/et à lui conserver cette place* ».

Selon la circulaire, la réponse aux besoins dans le champ SSR se caractérise par des actes à visée diagnostique et thérapeutique, des actes de rééducation et de réadaptation, la prévention, l'éducation thérapeutique et l'accompagnement à la réinsertion globale du patient.

L'activité de SSR comprend des soins médicaux et paramédicaux de niveau relativement élevé.
Les soins de rééducation sont adaptés à l'état des patients et tiennent compte notamment des polypathologies et des comorbidités de ces derniers.

Au sein de l'activité de SSR, on distingue différentes spécialités médicales dont la MPR qui se situe dans le dispositif de prise en charge en SSR, parce qu'elle développe les objectifs, programmes et modalités de soins dans le champ de la rééducation, de la réadaptation et de l'accompagnement à la réinsertion.

La démarche de réadaptation repose sur des équipes pluridisciplinaires et des plateaux techniques spécifiques et comporte les étapes suivantes :

- Le diagnostic relatif aux conséquences et à l'évolution de l'affection causale, à ses complications spécifiques, aux co-morbidités et aux complications du décubitus et de l'immobilisation prolongée,

- L'évaluation clinique et para-clinique, pluri-professionnelle, des déficiences, incapacités, handicaps en vue de l'élaboration d'un programme individualisé.

➢ L'élaboration d'un projet d'orientation vers le retour au domicile, une structure de soins adaptée ou une structure d'hébergement collectif.
La préparation de la sortie de la structure doit être anticipée dès le MCO puis être organisée avec le patient, son entourage, et les professionnels intervenant en aval. Elle s'inscrit dans le projet thérapeutique et le projet de vie.

➢ La réinsertion sociale : permettant l'accès aux droits administratifs, à l'aménagement du domicile, aux aides techniques, aux dispositifs d'aide humaine, au logement.

➢ La réinsertion scolaire et professionnelle.

Pour atteindre ces objectifs les modalités de collaborations et de partenariat entre MCO, SSR, et médico-social doivent figurer dans les projets d'établissements et être déclinés dans les contrats.

Si la mise en œuvre du projet thérapeutique le nécessite, des membres de l'équipe pluridisciplinaire se déplacent dans les lieux de vie du patient ou dans les structures qui l'accueillent et susceptibles de l'accueillir.

Dans le cadre de leurs compétences autorisées et/ou reconnues, ces structures doivent contribuer à la prise en charge des patients polypathologiques, et/ou lourdement dépendants, et/ou présentant des troubles cognitifs et du comportement, et/ou requérant un niveau de soins élevés.

Elles doivent assurer l'éducation thérapeutique des patients et de leurs familles.

L'ensemble des structures de SSR doit contribuer à la prise en charge des patients en situation de précarité et d'exclusion sociale. Aucune discrimination ne doit intervenir lors des demandes d'admissions et de l'accueil de ces patients. L'établissement doit disposer des travailleurs sociaux qui contribueront à améliorer l'accessibilité aux soins et aux droits (logement, social).

Les établissements assurent les consultations pour avis (qu'elles soient ou non suivies d'hospitalisation) et les consultations de suivi si nécessaire.

Le respect et l'accueil du patient et de sa famille doivent être une préoccupation constante, régulièrement évaluée.
L'accompagnement de fins de vie, comme la prise en charge des décès doivent être formalisés.

III – LES AUTORISATIONS ET/OU RECONNAISSANCES

III – 1 - LES PRISES en CHARGE SPECIALISEES et/ou RECONNUES

Tout établissement titulaire d'une autorisation de SSR polyvalent peut le cas échéant obtenir une mention complémentaire selon la ou les spécificité(s) de son activité, dans une ou plusieurs catégories d'affections suivantes :

- Affections de l'appareil locomoteur
- Affections du système nerveux
- Affections cardio-vasculaires
- Affections respiratoires
- Affections des systèmes digestifs, métaboliques et endocrinien
- Affections onco-hématologiques
- Affections des brûlés

- Affections liées aux conduites addictives
- Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance.

Les établissements prenant en charge des enfants ou des adolescents devront être titulaires d'une mention spécifique.

D'autres prises en charge spécifiques en dehors des affections énumérées ci-dessus pourront être reconnues sur la base de critères définis dans des cahiers des charges spécifiques : cancérologie, viroses chroniques, néphrologie, basse vision. Cette reconnaissance sera mentionnée dans les CPOM.

Les dispositions relatives aux autorisations avec mention complémentaire spécialisée ou reconnaissance sont déclinées dans les chapitres du présent document correspondants à chaque spécialité.

III – 2 - LES ZONES DE RECRUTEMENT

Les établissements disposant d'une autorisation en SSR indifférencié (ou non spécialisé) et ceux disposant d'une mention complémentaire en appareil locomoteur, affections neurologiques et personnes âgées doivent répondre à un besoin de proximité : leur zone de recrutement sera le territoire de santé et les territoires limitrophes.
Les établissements disposant d'une autorisation avec mention complémentaire pour les autres prises en charge spécialisées ayant une vocation départementale, interdépartementale voire régionale devront définir leur zone de recrutement en fonction des autres établissements exerçant la même activité et susceptibles d'offrir le même type de prise en charge selon le niveau de leur plateau technique et les spécialisations des professionnels médicaux et paramédicaux de la structure. En tout état de cause, ces zones de recrutement doivent permettre aux patients de bénéficier, dans la mesure du possible, d'une offre de soin correspondant à leurs besoins au plus proche de leur domicile.
De plus, pour l'accueil des patients en hôpital de jour, le recrutement de proximité sera privilégié.

III – 3 – ETABLISSEMENTS RECOURS-EXPERTISE et CENTRES DE RESSOURCE

Les structures disposant d'une mention spécifique devront apporter un avis spécialisé aux autres structures de SSR indifférenciées ou spécialisés dans d'autres domaines, ainsi qu'aux autres partenaires sanitaires et médico-sociaux. Ils sont de fait établissements de recours-expertise.

Certains établissements disposant d'une mention spécialisée ou d'une reconnaissance peuvent être reconnus comme centre de ressource en fonction d'un ou plusieurs des items suivants:

- La technicité de leur plateau technique
- Les compétences très spécifiques de leurs équipes
- L'accueil de patients présentant des pathologies complexes et/ou peu fréquentes
- Leur engagement dans des activités de recherche

Ces établissements donnent des avis très spécialisés aux autres établissements de la même spécialité.

Les établissements de SSR indifférenciés et de SSR spécialisés doivent formaliser leurs partenariats.

IV PERSONNEL MEDICAL et NON MEDICAL

L'équipe pluridisciplinaire comprend au moins les compétences de médecin, infirmier, kinésithérapeutes et d'assistant de service social Elle comprend également en tant que de besoin, les auxiliaires médicaux, le personnel des professions sociales et éducatives, les ergothérapeutes, orthophonistes et les psychologues.
Pour la prise en charge des enfants ou adolescents, l'équipe doit comprendre également des compétences nécessaires à la prise en charge pédiatrique.

Le personnel doit bénéficier et justifier d'une formation initiale et d'une formation continue dans les domaines concernés des structures et d'une expérience adaptée à la nature des prises en charges mentionnées dans l'autorisation et dans les contrats..

Les effectifs et les qualifications du personnel doivent être adaptés en fonction de la population accueillie et du niveau de prise en charge.

Cas particulier des établissements de statut privé commercial : ils disposent à ce jour de tarifs élaborés à partir des ratios d'encadrement en personnel, qui restent applicables jusqu'à la mise en place du modèle définitif de tarification à l'activité en soins de suite et de réadaptation. Pendant la période transitoire, ces effectifs pourront être réévaluées, le cas échéant, en fonction des évolutions tarifaires relatives à l'application du modèle IVA.

V - L'ORGANISATION

Chaque projet médical doit préciser les pathologies accueillies, les objectifs et les moyens de prise en charge des patients.

Toutes les structures de SSR coordonnent les soins, la surveillance, l'adaptation du traitement et traitent les pathologies intercurrentes.

Elles assurent la continuité des soins 24h/24, et la réponse besoins médicaux urgents. En dehors des heures ouvrables où au moins un médecin est présent dans la structure, la permanence des soins est assurée au minimum par une astreinte médicale.
Si nécessaire, les structures SSR organisent le transfert vers l'établissement adresseur ou une structure de court séjour de proximité en fonction de l'état du patient.

Les collaborations et les conventions de partenariats entre les différentes structures de SSR, et entre structures de SSR et établissements de court séjour doivent être favorisées. Leurs évaluations périodiques devront être réalisées.

Les structures de SSR doivent s'inscrire dans des filières de soins et adhérer selon les pathologies prises en charge dans des réseaux de soins.

La structure s'organise pour garantir :

- Un accès aux soins qui soit identifiable par tous. Les conditions d'admission sont formalisées conjointement entre les établissements adresseurs et receveurs au moyen d'une fiche d'évaluation comportant toutes les informations utiles à la prise en charge des patients.
- La tenue régulière durant tout le séjour de documents médicaux conformes au code de santé publique et à la déontologie et leur transmission.

La capacité souhaitable d'une structure de SSR est de 60 lits et places minimum. Si elle est implantée sur un site comportant d'autres activités sanitaires, la capacité peut être réduite, mais jamais inférieure à 30 lits et places.
Pour les activités spécifiques, la capacité minimale de l'unité sera adaptée au type d'activité et aux moyens humains et techniques à mettre en œuvre. Cette capacité sera mentionnée dans les cahiers des charges correspondants.

Les dispositions réglementaires de vigilance sanitaire (lutte contre les infections nosocomiales, hémovigilance, matériovigilance, pharmacovigilance, etc.) et une démarche d'amélioration continue de la qualité sont mises en œuvre.

VI - LES LOCAUX ET PLATEAUX TECHNIQUES

Le titulaire de l'autorisation organise l'accès des patients à un plateau technique d'imagerie médicale, le cas échéant par convention avec un autre établissement de santé ou groupement de coopération sanitaire. Il dispose de la possibilité de faire réaliser des analyses de biologie médicale, le cas échéant par convention avec un établissement de santé ou groupement de coopération sanitaire ou un laboratoire d'analyses de biologie médicale.

Tous les établissements doivent s'engager à ce que les locaux soient conformes aux normes en vigueur et accessibles aux personnes à mobilité réduite dans le respect de la réglementation en vigueur.

Ils comportent :

▫ des chambres à un ou 2 lits équipés d'appel malade et, selon l'orientation, des fluides médicaux (oxygène, vide).
▫ des espaces réservés aux activités de consultations
▫ des espaces dédiés à la kinésithérapie avec des accès au vide et à l'oxygène avec disponibilité d'un chariot d'urgence.
Ceux-ci peuvent être spécifiques au service ou il peut s'agir des locaux de kinésithérapie aménagés pour l'ensemble de l'établissement auxquels les patients de l'unité auront accès. Chaque poste de traitement de malade devra avoir une surface de $7m^2$
▫ une ou plusieurs salles pour les autres activités spécifiques notamment d'ergothérapie
▫ des espaces de rangement adéquats
▫ des espaces de vie.
▫ un chariot d'urgence est accessible au secteur d'hospitalisation

VII - LES SYSTEMES D'INFORMATION ET LES INDICATEURS D'EVALUATION

Les structures de SSR doivent renseigner régulièrement la base de données «SERDEAU», qui recense les lits disponibles et offre une visibilité aux services de court séjour quant aux disponibilités en lits dans les SSR en vue de l'adressage de patients.

Elles renseignent le thésaurus de l'outil « trajectoire » et s'organisent pour répondre aux demandes d'admission adressées par les établissements de court séjour par le biais de cette plateforme.

Elles adressent les requêtes PMSI en vue de renseigner l'enquête « typologie »

Elles fournissent les indicateurs d'évaluation suivants pour chaque unité focntionnelle:

- file active (nombre de patients différents vus au moins une fois quel que soit la modalité de prise en charge, une fois entre le 1er janvier et le 31 décembre de l'année N-1),
- délai moyen de réponse à une demande d'admission
- nombre de refus d'admission et leur(s)motif(s) (manque de lits disponibles, pathologie non stabilisée, troubles du comportement, demande d'admission inadaptée, patients trop lourdement dépendants, absence supposée d'aval du SSR.
- coordonnées des établissements adresseurs représentant 80% des entrées par transfert et la proportion de chacun d'entre eux..

Les objectifs à atteindre :
- augmentation du taux d'exhaustivité du PMSI pour atteindre 100%
- pour les établissements ne fonctionnant pas à pleine capacité, justifier au terme du SROS d'une activité au moins égale à 85 % du volume d'activité cible définie dans les objectifs quantifiés de l'établissement pour les SSR adultes et 75% pour les SSR pédiatriques.

LES CAHIERS DES CHARGES SPECIALISES
(mentions complémentaires)

CAHIER DES CHARGES « PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR EN SSR »

Outre les éléments décrits dans :

- la circulaire N°DHOS/O1/2008/305 du 03 octobre 2008 relative aux décrets n° 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation, y compris la fiche technique thématique
- le socle commun pour les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)

I - DEFINITIONS

1 – 1 Objectifs spécifiques de la prise en charge

Outre les objectifs généraux des programmes de rééducation, de réadaptation et de réinsertion communs aux prises en charges en SSR, les objectifs spécifiques sont la mise en œuvre des procédures permettant de prévenir ou de réduire au minimum les conséquences des traumatismes ou des affections de l'appareil locomoteur sur l'état physique, fonctionnel, mental et social du patient.

La prise en charge vise à lui permettre de retrouver des aptitudes de posture, d'équilibre et de coordination gestuelle, nécessaires à une mobilité, des transferts et des déplacements réalisés de façon autonome et qui soient compatibles avec ses habitudes de vie.

1 - 2 L'orientation de la prise en charge en lien avec l'état du patient

L'orientation d'un patient pour une prise en charge spécialisée en SSR « locomoteur » est liée à l'existence d'un enjeu fonctionnel et d'un potentiel de récupération du patient, indépendamment de son âge. L'admission ne nécessite pas forcément que l'état du patient soit stabilisé, mais que les explorations quant au diagnostic principal, aux fonctions vitales et aux co-morbidités soient effectuées.

1 – 3 Zone de recrutement, recours-expertise et/ou centre de ressource

Recrutement de proximité

La prise en charge des affections de l'appareil locomoteur en SSR a vocation à être une prise en charge de proximité. Cependant, la spécificité de l'Ile de France liée à l'étendue de son territoire, aux moyens de transport y afférents et à la localisation géographique des établissements ne permet pas de s'appuyer exclusivement sur les découpages en territoires de santé ou départements.

Etablissement recours-expertise et centre de ressource

Les structures disposant d'une mention spécifique sont de fait établissements de recours-expertise (cf socle commun).

Certains établissements seront amenés à être reconnus en plus de leur orientation spécifique « appareil locomoteur » comme établissement de ressource au sein de la région ou non, pour certaines affections, en fonction de leur plateau technique et/ou compétences particulières pour des prises en charge spécifiques ,complexes ou rares, notamment :

-amputations/malformations des membres
-infections ostéo-articulaires
-suites complexes/spécifiques post-chirurgicales (neuro-orthopédiques ,post-traumatiques)
-troubles orthopédiques dans le cadre des maladies rares (ostéogénèse imparfaite, hémophilie, drépanocytose,…)
-affections tumorales osseuses …
-troubles neuro-orthopédiques complexes: pathologies neuro-musculaires , paralysies cérébrale, traumatismes crâniens, polyhandicaps,…

II - MISSIONS

L'établissement peut exercer son activité en hospitalisation complète et/ou en hospitalisation de jour.

La structure autorisée doit être capable de prendre en charge des patients pouvant nécessiter :

- une rééducation complexe (multidisciplinarité avec au moins 2 intervenants paramédicaux différents) et/ou intensive (au moins 2 heures par jour pour l'adulte et au moins 1 heure par jour pour l'enfant) tant en hospitalisation complète qu'en hospitalisation de jour,

- la mise en place, le suivi et /ou l'adaptation d'appareillage ou d'aides techniques tant en hospitalisation complète qu'en hospitalisation de jour,

- une surveillance médicale et/ou un traitement médical, en raison de facteurs de co-morbidité, ou de risques cliniques/séquelles/complications de l'affection causale tant en hospitalisation complète qu'en hospitalisation de jour,

- une poursuite de la stabilisation des fonctions vitales au décours d'une prise en charge en court séjour (réanimation, post-opératoire précoce ...) pour les prises en charges en hospitalisation complète.

L'accompagnement et l'organisation de la fin de vie ne relèvent pas des missions spécifiques des unités de SSR spécialisées pour la prise en charge des affections de l'appareil locomoteur.

III - ORGANISATION

3 - 1 Implantation et capacité

L'établissement peut exercer son activité en hospitalisation complète et/ou en hospitalisation de jour.
La structure SSR autorisée en « appareil locomoteur » ne nécessite pas une localisation particulière, notamment en terme d'adossement à une unité ou établissement spécialisé.

La capacité souhaitable d'une structure de SSR « locomoteur » est de 60 lits et places minimum dans le cas d'une structure autonome et de 30 lits et places minimum si la structure est implantée sur un site comportant d'autres activités sanitaires. Dans le cas d'un adossement à une unité de SSR « neurologique » la capacité en HC peut-être réduite à 15 lits.

3 - 2 Locaux et plateau technique

Eléments obligatoires

↳ En complément des articles D. 6124-177-7 et D.6124-177-8 (conditions générales des espaces de rééducation), la structure doit disposer sur place d'un plateau de kinésithérapie, d'un plateau d'ergothérapie, d'équipement d'électrophysiothérapie et d'installation de balnéothérapie.

↳ En cas de besoin, elle dispose d'un accès sur place ou par convention à :

- un atelier d'ajustement d'aides techniques,
- un atelier d'appareillage et de confection de prothèses,
- un laboratoire d'analyse du mouvement.

3 - 3 Personnel

Personnel médical

Compétences médicales obligatoires : MPR ou médecin justifiant d'une formation attestée en MPR pour le médecin coordonnateur.

Le recours aux autres consultations spécialisées doit être possible notamment en orthopédie et rhumatologie, mais aussi en infectiologie, psychiatrie, algologie, ….

Personnel non médical

Compétences non médicales obligatoires : IDE, assistant de service social, masseur-kinésithérapeute et ergothérapeute.

La structure peut également apporter une prise en charge par ortho-prothésiste, podologue, équipe d'insertion sociale et professionnelle, éducateur, enseignant en activité physique adaptée, diététicien, etc…

3 - 4 Organisation des soins

La permanence des soins est assurée par une garde ou une astreinte médicale, par la présence d'au moins un infirmier la nuit et par la possibilité de kinésithérapie le week-end et les jours fériés.

A défaut de compétences détenues en interne, des partenariats avec les services et/ou établissements disposant notamment de compétences en orthopédie et rhumatologie doivent exister.

CAHIER DES CHARGES « PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS DE LA PERSONNES AGEES, POLYPATHOLOGIQUE, DEPENDANTE OU A RISQUE DE DEPENDANCE » EN SSR

Dit SSR « Gériatrique »

Outre les éléments décrits dans :

- la circulaire N°DHOS/O1/2008/305 du 03 octobre 2008 relative aux décrets n° 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation, y compris la fiche technique thématique
- le socle commun pour les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) indifférencié
- et la circulaire N°DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique

Les critères de la prise en charge des affections de la personne âgée polypathologique dépendante ou à risque de dépendance précisent les principaux points discriminants entre cette prise en charge spécialisée et celle indifférenciée.

I - DEFINITION

1 - 1 Objectifs spécifiques de la prise en charge

La prise en charge de personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance en SSR spécialisé répond aux besoins médico-psycho-sociaux de patients âgés après un épisode aigu, à l'origine ou non d'une hospitalisation, en provenance d'une autre structure de soins sanitaire ou médico-sociale ou encore du domicile privé.

Cette prise en charge a pour objectif de favoriser l'entretien ou la récupération optimale de capacités physiques et psychiques de patients âgés souffrant d'une ou de plusieurs maladies chroniques invalidantes ou susceptibles de le devenir et présentant des risques particuliers et fréquents de décompensations organiques, susceptibles d'entraîner l'installation ou l'aggravation d'une dépendance physique et/ou psychique.

1 - 2 Orientation de la prise en charge en lien avec l'état du patient

L'orientation d'un patient vers une structure de prise en charge en SSR Gériatrique est liée à la complexité de son état de santé. Cette complexité se caractérise par un état fragilisé, une polypathologie avec des risques particuliers de décompensation, une dépendance physique et/ou des troubles cognitifs et/ou des problèmes d'ordre psychosociaux.

Les patients qui ne répondent pas à ces critères ou qui présentent une pathologie prédominante relevant d'une autre spécialité peuvent être pris en charge dans un SSR indifférencié ou de spécialité.

Par ailleurs, l'âge requis pour bénéficier d'une prise en charge en SSR gériatrique est de 75 ans et plus.

Si la demande d'admission d'un patient ne répond pas aux critères précédents et notamment à celui de l'âge, seule la commission d'admission de l'établissement sera habilitée à statuer.

1 - 3 Zone de recrutement, recours-expertise, et/ou centre de ressource

.

Recrutement de proximité

Le SSR Gériatrique est une structure de proximité répondant aux besoins du territoire de santé (TDS). Il doit respecter un objectif de prise en charge de proximité de 75% sur son TDS voire sur le département ou les territoires de santé immédiatement limitrophes.

Etablissement de recours-expertise et/ou centre de ressource

Les structures disposant d'une mention spécifique sont de fait établissements de recours-expertise (cf socle commun).

Le SSR Gériatrique assure également une mission locale de recours, par convention :

- en raison :
  - de la spécificité des compétences gériatriques psycho-médico-sociales pluridisciplinaires
  - et d'éventuelles prises en charges spécialisées, comme l'urodynamique, les soins d'escarres complexes, la dénutrition, les iléo-stomies…etc, de la personne âgée polypathologique dépendante
- au niveau :
  - de la (ou des) filière(s) gériatrique(s) à laquelle (auxquelles) il participe,
  - des différents types de structures SSR
  - et des autres structures sanitaires ou non
- par le biais :
  - de relations individuelles interservices entre professionnels : staff, consultations ou échanges téléphoniques…
  - d'une Equipe Mobile Gériatrique (EMG), etc…

Certains établissements seront amenés à être reconnus en plus de leur orientation spécifique « gériatrie» comme établissement ressource au sein de la région ou non, pour certaines affections,.

Il s'agit principalement d'un recours régional, voire, dans l'avenir, à un niveau départemental.
Elle s'adresse aux patients polypathologiques dépendants ou à risque de dépendance, présentant une affection démentielle et/ou psychiatrique chronique avec troubles envahissant du comportement et productifs, consécutif à une décompensation ou à risque de décompensation.

II - MISSIONS

2 - 1 typologie de la prise en charge y compris prises en charge spécifiques

La structure autorisée s'organise, selon les besoins des patients admis, pour garantir :

- une rééducation complexe et modérée : c'est à dire multidisciplinaire, de généralement moins de 2 heures par jour
- la mise en place et le suivi de l'adaptation des aides techniques par le biais de l'ergothérapie
- une surveillance médicale et/ou du traitement et/ou encore une adaptation de la prise en charge, en raison de facteurs de co-morbidité, ou de risques cliniques / séquelles /complications de l'affection causale ou des pathologies associées
- une prise en charge importante en soins techniques et de nursing
- le maintien de la socialisation de la personne âgée
- la préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale
- l'accompagnement de la fin de vie et/ou son organisation
- l'information et le soutien des aidants
- le développement de la prévention

2 - 2 Indications médicales

<u>Cette prise en charge spécifique couvre des pathologies particulières telles que :</u>

- les troubles cognitifs et démences
- les chutes et troubles de la marche et de l'équilibre
- les maladies chroniques et leurs complications
- les complications de la fragilité liée à l'âge, réversibles ou non
- les pathologies métaboliques du sujet âgé…

<u>Les soins sont essentiellement centrés sur les problèmes spécifiques présentés par ces patients :</u>

- réadaptation physique
- rééducation des troubles des fonctions supérieures
- prévention et rééducation des troubles vésico-sphinctériens
- prévention et soins d'escarres
- réalimentation et rééducation nutritionnelle
- prévention et rééducation des troubles psychiques et comportementaux…

2 - 3 Indications psychosociales

Les populations spécifiques de personnes âgées, notamment présentant des troubles du comportement, comme les déments déambulants, ou les patients psychiatriques, doivent également pourvoir bénéficier d'une prise en charge adaptée à leur état.

III – ORGANISATION

3 - 1 Implantation et Capacité

3.1.1 Etablissement de proximité

La capacité minimale, pour un fonctionnement optimal, est d'au moins :

- 60 lits et places pour un établissement exclusivement SSR Gériatrique
- 30 lits et places pour une structure de SSR Gériatrique implantée sur un site comportant d'autres activités sanitaires
- 20 lits pour une unité de SSR Gériatrique implantée au sein d'une structure de SSR indifférencié d'au moins 30 lits et places, elle-même adossée à d'autres services développant des compétences gériatriques / sanitaires (circ. filière gériatrique du 28 mars 2007 - annexe SSR gériatrique).

3.1.2 Etablissement ressource

Il s'agit, en fait :

- ✓ d'une **unité fonctionnelle,** dite **unité de SSR psycho-gériatrique,** adossée à une structure de SSR gériatrique, dont la capacité minimale pour un fonctionnement optimal est d'au moins 6 lits.

d'une unité de réhabilitation cognitivo-comportementale ou UCC (cf circulaire filière gériatrique du 28 mars 2007), adossée à une structure de SSR, dont la capacité est de 10 à 12 lits.

3 - 2 Locaux et plateau technique

Eléments obligatoires

En complément du D.6124-177-7 (conditions générales sur les espaces de rééducation), les SSR gériatriques disposent sur place ou par convention avec un autre établissement de santé d'un accès à un plateau technique d'imagerie conventionnelle et/ou de biologie.

Eléments spécifiques minimaux attendus

Les SSR gériatriques disposent de locaux et d'équipements suffisamment variés et adaptés aux patients âgés présentant une dépendance physique ou psychique : chambres à un ou deux lits adaptés à la dépendance : lits à hauteur variable électriques, systèmes de transferts (lève-personne, matériel de verticalisation…) …

Pour les unités de psycho-gériatrie, les chambres sont obligatoirement individuelles et présentent un environnement sécurisé.

- équipements fixes et mobiles en vide et en oxygène
- douches avec siphon de sol et accessibles aux personnes en fauteuil roulant ou une salle de bain handicapés équipée dans le service
- équipements en matériel nécessaire à l'hygiène et à la mobilisation des personnes : pèse-personne adapté aux patients ne pouvant tenir la station debout, appareils d'aide à la marche, fauteuils roulants et brancards de douche…
- locaux de stockage pour le matériel d'aide à la mobilisation des personnes âgées

- espaces de circulation équipés de main courante, couloir de déambulation
- locaux de rééducation : kinésithérapie (table de verticalisation, escaliers, barres parallèles) ergothérapie…
- espace de vie
- organisation spécifique des locaux dans les établissements ayant des lits de soins palliatifs identifiés

Pour les UCC se référer aux termes de la circulaire du 15 septembre 2008.

Eléments spécifiques souhaitables

- locaux de rééducation : rééducation d'incontinence, psychomotricité…

3.3 Personnel

Compétences

Compétences médicales obligatoires :
Gériatre.

- **Pour les unités de psycho-gériatrie** : gériatre et psychiatre

Compétences non médicales obligatoires :
IDE, assistant de service social, masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicien et psychologue.

- **Pour les unités de psycho-gériatrie**, le psychomotricien remplacera le kinésithérapeute.

Compétences recommandées, selon le profil de la population accueillie, sur site ou par convention :
MPR, neurologue, psychiatre, EMSP, pneumologue, psychomotricien, orthophoniste, pédicure-podologue, animateur…

- **Pour les unités de psycho-gériatrie**, le kinésithérapeute.

En tout état de cause, les moyens en personnel doivent être proportionnels aux besoins de l'unité.

*NB : pour les UCC se référer à la circulaire du 15 septembre

Formation

L'ensemble de l'équipe doit être formée spécifiquement à la prise en charge des patients gériatriques. L'équipe doit être capable de réaliser une évaluation gériatrique globale (médicale, psychologique, sociale et fonctionnelle) permettant de construire un projet thérapeutique global personnalisé.

- Pour les UCC : médecin ayant une expérience ou une formation en réhabilitation cognitivocomportementale.

- En outre, **pour les unités de psycho-gériatrie**, l'équipe recevra une formation spécifique en lien avec les neuro-psychiatres.

Recherche et pratiques professionnelles

Actuellement, les équipes pluridisciplinaires de gériatrie, dans le respect des règles déontologiques, mettent en relation leurs pratiques professionnelles et la recherche dans le but d'améliorer la qualité et l'efficience des soins et de la prévention et le service rendu aux patients.

Aussi, les SSR Gériatriques devront tendre vers la formalisation de leurs travaux pour partager leurs expériences et ainsi participer à la promotion des bonnes pratiques.

3 - 4 Organisation des soins

Prise en charge

Les différentes étapes de la prise en charge sont :

- De dispenser les soins requis
- D'assurer et réévaluer le bilan médico-psycho-social
- D'assurer la rédaction et le suivi périodique du projet personnalisé
- D'accompagner l'acceptation de la perte d'autonomie
- D'accompagner la phase de retour dans le milieu de vie en collaboration avec le patient et l'entourage

Mode de prise en charge

L'état clinique du patient, son degré d'autonomie, son environnement familial et/ou la proximité du domicile détermine son mode de prise en charge.

L'admission en SSR Gériatrique doit être envisagée après évaluation de l'état médico-psycho-social du patient. Elle peut se faire soit à la sortie d'une hospitalisation en court séjour, soit en direct de son domicile et selon la modalité : hospitalisation complète ou partielle.

Dès lors qu'une structure SSR Gériatrique prend en charge un patient, c'est-à-dire élabore le projet thérapeutique et le projet de vie, elle doit en assurer le suivi et permettre une ré-entrée directe, une orientation vers des structures plus adaptées (court séjour gériatrique ou non, en hospitalisation complète ou partielle ou encore en hospitalisation à domicile) ou l'organisation d'un séjour de répit.

La réalisation du suivi implique, au sein de la filière gériatrique dans laquelle le SSR s'inscrit, une collaboration étroite entre les différentes structures de soins concernées, les partenaires sociaux et médicosociaux, les professionnels de santé libéraux, le CLIC et/ou le réseau de santé et les proches.

Dans les unités de psycho-gériatrie, le binôme gériatre / psychiatre est responsable de l'ensemble des décisions prises pour le patient.

Permanence des soins

La permanence des soins est assurée par une garde ou une astreinte médicale et par la présence d'au moins un infirmier la nuit.

L'établissement définit, en lien avec les praticiens, les modalités d'organisation de la continuité des soins, notamment la possibilité de transfert sur des unités de court séjour, et s'assure de leur bonne application.
Celles-ci sont décrites sous forme de protocoles clairs et opérationnels permettant des interventions médicales 24h/24.

Dans les unités de psycho-gériatrie, en cas de nécessité et en l'absence du psychiatre les jours fériés et non ouvrables, la prise en charge sera protocolisée.

Réseaux et filières

Les établissements accueillant un SSR Gériatrique doivent être inscrits dans au moins une filière de soins gériatrique et en avoir signé la convention constitutive.

Les SSR Gériatriques doivent rechercher une articulation avec les autres SSR, en particulier SSR Neurologiques, Cardio-Vasculaires…, mais aussi avec des réseaux : douleur, cancérologique, soins palliatifs, diabète…

La mise en place de consultations pluridisciplinaires devrait permettre d'optimiser la prise en charge de ces patients polypathologiques dépendants ou à risque de le devenir.

CAHIER DES CHARGES « PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS DU « SYSTEME NERVEUX » EN SSR

Dit SSR Neurologique

Outre les éléments décrits dans :

- la circulaire N°DHOS/O1/2008/305 du 03 octobre 2008 relative aux décrets n° 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation, y compris la fiche technique thématique ;
- le socle commun pour les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) indifférencié.

I – DEFINITION

1-1 Objectifs spécifiques de la prise en charge

La prise en charge spécialisée des affections du système nerveux en SSR a pour objectif d'accueillir les personnes souffrant d'affections du système nerveux central et/ou périphérique, quel que soit leur âge, et que ce soit :

- pour un programme de rééducation et de réadaptation, le plus souvent après une pathologie aigue ou pour l'aggravation d'une pathologie connue ;

- pour un diagnostic, un bilan ou un suivi dans le cadre de déficiences chroniques handicapantes ;

- pour des actes médicaux ou médico-techniques spécialisés.

1–2 Zone de recrutement, recours-expertise et centres de ressource

Recrutement de proximité et/ou interdépartemental

Les structures de SSR Neurologiques doivent répondre à un besoin de proximité pour la plupart des pathologies du système nerveux. Certaines d'entre elles peuvent avoir une vocation interdépartementale ou régionale, en fonction de leurs spécificités pour lesquelles elles pourront être reconnues centres de ressources (cf chapitre 2.1).

Comme tous les SSR disposant d'une mention complémentaire, les SSR affections neurologiques sont, de fait, des établissements de recours pour les autres établissements du territoire.(cf socle commun)

II – MISSIONS

2–1 Typologie de la prise en charge et indications médicales

On distingue quatre types de patients :
1 les patients justifiant d'une prise en charge rééducative intensive et complexe :
Post AVC, traumatisme crânien (TC) , poussée de sclérose en plaque …
2 les patients justifiant à la fois d'une rééducation, mais également d'une aide importante à la réinsertion.
Pour ces patients, le SSR a un rôle particulièrement important dans l'éducation des aidants, notamment les suites de gestes techniques comme la gastrostomie, la ventilation invasive ou non invasive, la prise en charge de la douleur, des troubles vésico sphinctériens, de la spasticité.
Ces patients présentent des affections neurologiques lourdes et polyhandicapantes ,.des pathologies neuro-dégénératives ou inflammatoires évoluées .
3 – certains patients présentant des pathologies tumorales graves et nécessitant un environnement neurologique
4 - Les EVC – EPR : ces patients justifient d'une prise en charge lourde (gastrostomie, trachéotomie, soins de nursing importants) du fait d'une situation clinique particulière ; absence d'éveil depuis 3 à 6 mois pour une raison médicale, 12 mois pour une cause traumatique chez des patients le plus souvent jeunes ayant une espérance de vie de plusieurs années.

Toutes les structures de SSR pour affections neurologiques doivent être capables de prendre en charge des patients pouvant nécessiter :

- une rééducation complexe et intensive ; c'est à dire multidisciplinaire d'au moins deux heures par jour pour l'adulte et d'au moins une heure par jour pour l'enfant ;

- une surveillance médicale et infirmière, en raison d'un risque élevé d'aggravation, de décompensation ou de complications de l'affection neurologique et de facteurs de co-morbidité;
- des soins techniques (dont les stomies) et de nursing importants,

Ces patients peuvent présenter des troubles des fonctions cognitives et du comportement.

Centres de ressources : Les SSR de ressources interdépartementaux ou régionaux s'adressent aux patients complexes présentant les affections neurologiques suivantes :

- les cérébrolésés avec troubles cognitifs importants, (dont le suivi à l'âge adulte du handicap de l'enfant) : la présence de neuropsychologue tous les jours ouvrables et l'accès au psychiatre sont indispensables ;
- les pathologies médullaires complexes : une expertise en neuro-urologie, en sexologie est nécessaire, une compétence dans la réinsertion professionnelle est indispensable, de même qu'un accès à l'évaluation de la conduite automobile adaptée au handicap ;
- les affections neurologiques pouvant nécessiter une ventilation: myopathies, neuropathies sévères, sclérose latérale amyotrophique, locked-in syndrome et tétraplégiques hauts : la possibilité de ventilation mécanique, l'accès à un pneumologue, à un infectiologue et une permanence médicale sont indispensables. Un accès aux techniques de communication et à la domotique est nécessaire ;
- les pathologies neuro-dégénératives ou inflammatoires évoluées : Maladie de Parkinson,

sclérose en plaques, démence du sujet jeune, du fait de la complexité de leur prise en charge, que ce soit sur le plan du traitement médical (nécessité d'un lien étroit avec le neurologue), sur le plan cognitif ou sur le plan rééducatif (troubles de la déglutition, troubles vésico-sphinctériens, spasticité…) ;

- les pathologies tumorales graves du fait de la complexité de la prise en charge médicale (nécessité de surveillance d'intercures de chimiothérapie, nursing important en lien avec la gravité des patients, crises comitiales …), de la spécificité du projet médical (dont l'accompagnement de fin de vie), et de la nécessité d'une prise en charge neurologique, rééducative, psychologique et cognitive. Des conventions avec les unités ou équipes de soins palliatifs sont nécessaires.

Ces structures doivent apporter un avis expert dans les cas les plus complexes suivants: diagnostic ou suivi de pathologie neurologique, mise en place, suivi et/ou adaptation de l'appareillage, de la domotique, chirurgie du handicap, bilan uro-dynamique, injection de toxine botulique.

2-2 Modes de prise en charge

Il s'agit d'hospitalisation complète, de semaine ou de jour en fonction de l'état clinique du patient, de son degré d'autonomie, de son environnement et de la proximité de son domicile. Ces différents modes d'hospitalisation peuvent se succéder si besoin ; les patients peuvent être admis en hospitalisation de jour, au décours d'un séjour en MCO, en SSR, pour un séjour de réinduction ou dans le cadre de bilans d'expertises.

III – ORGANISATION

Le service de SSR Neurologiques est situé au sein d'une structure de SSR ou peut être adossé à un service de neurologie, avec une mutualisation des compétences. Le service a une capacité supérieure ou égale à 15 lits. S'il dispose de lits d'hospitalisation complète et de places de jour, le nombre minimum de places de jours est de 4. S'il dispose uniquement de places de jour, le nombre minimum de places est de 10 .

3–1 Les locaux

L'aménagement de l'ensemble des locaux doit être adapté au handicap des patients. La rééducation neurologique est le plus souvent individuelle nécessitant salles de kinésithérapie et d'ergothérapie, boxes pour les orthophonistes et les psychologues. Un accès facile à l'oxygène et à l'aspiration est indispensable du fait de la fréquence des troubles de la déglutition dans ces pathologies.

3–2 Les moyens matériels

Eléments recommandés :

- En salle d'hospitalisation :

* pour chaque patient : lits électriques à hauteur variable,
* par service : échographe vésical portatif, système de monitoring-enregistrement de la saturation en oxygène, de la pression artérielle, du rythme cardiaque, et accès à un matelas anti-escarres type air pulsé en tant que besoin.

- Plateau de kinésithérapie avec plan de Bobath à hauteur variable, techniques

d'électrophysiologie, stimulation électrique fonctionnelle, rééducation de l'équilibre et de la marche, réentrainement à l'endurance

- Plateau d'ergothérapie : équipé pour la rééducation analytique et globale du geste et de la fonction, la réalisation de petits appareillages, la réadaptation au milieu familial et éventuellement professionnel

- Plateau d'orthophonie et neuropsychologie équipé de matériels de rééducation neuropsychologique, du langage, de la communication et en particulier avec support informatique.

Eléments sur place ou par convention :

- Laboratoire d'urodynamique,
- Laboratoire d'analyse du mouvement,
- Accès à un atelier d'appareillage et/ou d'ajustement d'aides techniques ou technologiques (communication, interaction avec l'environnement, informatique),
- Accès à un atelier de fauteuil roulant,
- Accès à une unité de réanimation ou de soins intensifs.

Eléments souhaitables :

- Balnéothérapie,
- Salle de sport,
- Equipements d'isocinétisme.

3–3 Personnel

Compétences médicales :

Le médecin coordonnateur est qualifié spécialiste en médecine physique et de réadaptation ou en neurologie. Les patients doivent avoir accès à un médecin qualifié spécialiste en médecine physique et de réadaptation et à un médecin qualifié spécialiste en neurologie. Une compétence psychiatrique est souhaitée.

Compétences non médicales :

Présence quotidienne : tous les jours ouvrables et fériés: IDE, aide soignant

Présence obligatoire:
- masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute, tous les jours ouvrables,
- psychologue et neuropsychologue.

Possibilité de kinésithérapie de week-end et jours fériés.

Accès tous les jours ouvrables à l'assistant de service social.

Présence recommandée :
Diététicien, psychomotricien.

L'ensemble de l'équipe est formé à la prise en charge des pathologies neurologiques, les effectifs sont adaptés en fonction de la taille de l'unité et du profil des patients accueillis.

3–4 La permanence des soins

La continuité des soins est assurée par une garde ou une astreinte médicale, par la présence d'au moins un infirmier et un aide-soignant la nuit.

3–5 Réseaux et filières

Les filières

Les services de SSR pour affections neurologiques prenant en charge les AVC, doivent être intégrés dans les filières de prise en charge des AVC. Des circuits spécifiques sont mis en place pour les autres pathologies neurologiques. La coordination entre le MCO et le SSR doit permettre d'élaborer précocement, en MCO, un projet médico-social. Il est souhaitable que, dès le court séjour, un médecin rééducateur intervienne pour aider à définir le projet de réadaptation ; dans certaines pathologies comme les cérébrolésés complexes ou la SLA, une évaluation multidisciplinaire permettra de préciser les besoins médicaux et de rééducation et l'orientation du patient.

Des filières doivent être contractualisées entre les SSR *:* les SSR doivent assurer une mission d'expertise et de recours auprès des SSR polyvalents. Des liens étroits doivent exister entre les filières neurologiques et gériatriques : concertation pluridisciplinaire en fonction des profils de patients.

L'aval des structures de SSR

Pour de nombreux patients ayant des affections neurologiques, le retour au domicile doit être soutenu par des structures d'aides au domicile : SSIAD, SAMSAH, voire par une hospitalisation à domicile, ces différentes interventions pouvant se succéder si besoin.

La prise en charge en HAD doit être limitée à quelques mois :

- HAD de réadaptation et de réinsertion pour les patients justifiant la poursuite d'une rééducation pluridisciplinaire dans le but d'un gain fonctionnel et d'une optimisation des acquis dans leur cadre de vie ;
- HAD conventionnelle pour les prises en charge à domicile ou en EHPAD des patients neurologiques lourds et stabilisés.

L'aval du SSR s'intègre dans les USLD et les structures médico sociales notamment pour les patients dont l'état ou l'environnement ne permettent pas un maintien au domicile : suites d'AVC et de traumatismes crâniens graves, SEP sévères, Parkinson évolués, Maladies neurologiques rares (Chorée de Hungtington, Maladie de Wilson …), paralysie cérébrale, encéphalopathies éthyliques. Les structures d'aval concernent également les sujets jeunes et doivent tenir compte de la gravité et la lourdeur de certains patients. Afin de réduire les délais pour les structures nécessitant une orientation par la commission des droits et de l'autonomie (CDA) de la maison départementale des personnes handicapées (SAMSAH, UEROS, MAS, FAM…), il serait nécessaire d'obtenir un accord de principe pour une prise en charge non différée, dès la sortie du SSR avec régularisation secondaire

par la MDPH.

Le suivi des patients

Les patients ayant une affection neurologique chronique nécessitent un suivi régulier neurologique, physique, cognitif, psychologique et social. Ce suivi permet si nécessaire :

- de mettre en place certaines thérapeutiques en particulier à visée fonctionnelle : chirurgie fonctionnelle, appareillage, toxine ;
- la reprise de la rééducation lors d'une perte d'autonomie jugée réversible, par exemple dans le cadre de séances de réinduction ;
- des séjours de répit pour soulager la famille et les aidants.

IV – SOINS DE REEDUCATION POST-REANIMATION (SRPR)

Les SRPR s'adressent à des patients nécessitant, à la sortie des services de réanimation, un environnement médical et technique de niveau suffisant pour faire face à des situations cliniques lourdes ou à des états d'aggravation ou de décompensation. Il s'agit de patients cérébrolésés (traumatisme crânien, locked-in syndrome…), tétraplégiques hauts ou ayant présenté une anoxie cérébrale. Ces patients doivent avoir une autonomie ventilatoire minimum de 4 à 6 heures.
Ils justifient d'une prise en charge rééducative : entretien respiratoire et articulaire, prévention des complications de décubitus, traitement des complications : spasticité, neuropathie de compression, paraostéoarthropathie neurogéne (POAN), etc. …

Dirigé par un médecin qualifié spécialiste en médecine physique et de réadaptation, cette structure doit avoir accès au réanimateur, au neurochirurgien, au neurologue, à l'infectiologue. La continuité des soins est assurée par une garde médicale ; un accès à la réanimation doit être organisé.

Les compétences non médicales sont :

- obligatoires pour les infirmières et aides soignantes afin d'assurer les soins techniques et de nursing importants chez ces patients, kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, psychologues, neuropsychologues, assistantes sociales.
- recommandées pour la psychomotricienne

D'une capacité minimale de 12 lits, ces structures se situent dans :

- des unités de surveillance continue avec compétence MPR
- des structures de SSR avec compétence en ventilation mécanique

Elles s'intègrent dans les filières EVC, EPR, SSR pour affections neurologiques et USLD.

IV – LES UNITES EVC-EPR

On parle d'état végétatif chronique (EVC) lorsque l'absence d'éveil perdure au-delà de 3 à 6 mois pour une raison médicale, 12 mois pour une cause traumatique. Si le patient répond à quelques stimulations, on parle d'état pauci-relationnel (EPR). Ces deux catégories de patients sont suffisamment proches pour pouvoir bénéficier d'une prise en charge commune en unités bien identifiées.

La grande espérance de vie des personnes en EVC ou en EPR justifie une prise en charge dans des unités de proximité dans lesquelles un projet thérapeutique spécifique doit être défini. Pour

l'écriture de ce projet, le recours à un médecin de médecine physique et réadaptation est obligatoire. Ces unités ne sont pas destinées à accueillir des patients en fin de vie ou n'ayant aucun trouble de la conscience (LIS par exemple).

Le diagnostic clinique d'EVC-EPR doit être porté dans les services d'amont assurant l'éveil. Ces services, dénommés selon les régions « éveil » ou « services de rééducation post-réanimation » (SRPR), prennent en charge les patients sans éveil, considérés comme stabilisés sur le plan hémodynamique et respiratoire (généralement 6 à 8 semaines après l'accident). Le travail initié dans les services SRPR (notamment l'évaluation des patients) doit être poursuivi dans les unités EVC-EPR.

Les patients accueillis en unité EVC-EPR sont très souvent gastrostomisés. La trachéotomie n'est pas une contre-indication à l'admission.

Les objectifs de soins sont particulièrement centrés sur les points suivants :

- maintenir un bien être physique et psychique ;
- éviter les complications et la douleur ;
- assurer les traitements médicaux de la spasticité d'une part, orthopédique ou chirurgicaux simples d'autre part, dans un but de confort du patient.

Capacité de 6 à 8 lits au sein d'un service existant, pouvant être un service SSR, voire de médecine.

La prise en charge médicale doit se répartir entre un temps de rééducation assuré par un médecin de médecine physique et réadaptation et un temps médical assuré par un médecin de l'établissement concerné.

Présence, 24 h/24 h et 365 jours par an d'IDE et d'aides soignantes

Présence obligatoire de :

- masseur kinésithérapeute ;
- ergothérapeute ;
- psychologue ;
- orthophoniste ;
- assistante sociale.

Présence souhaitée :

- psychomotricienne.

Une évolution favorable est possible, principalement chez les patients en état pauci- relationnel. Pour ces derniers, une convention doit préciser les lieux d'accueils possibles sanitaires ou médicosociaux (USLD, MAS ….), y compris pour l'accueil des sujets jeunes.

CAHIER DES CHARGES « PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS RESPIRATOIRES EN SSR »

dit SSR « Pneumologique »

Outre les éléments décrits dans :

- la circulaire N°DHOS/01/2008/305 du 03 octobre 2008 relative aux décrets n°2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation, y compris la fiche technique thématique
- le socle commun pour les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) indifférencié

I – DEFINITION

1 – 1 Objectifs spécifiques de la prise en charge

La prise en charge spécialisée des affections respiratoires en SSR consiste à accueillir les patients atteints d'affections respiratoires, avec un handicap respiratoire transitoire ou permanent, lorsque leur état ne nécessite plus leur maintien en service aigu ou ne leur permet plus de rester à domicile, mais exige un traitement et une surveillance spécialisés avant leur retour à domicile. Parmi les moyens et modes d'action du SSR respiratoire figure, de façon non exclusive, la réhabilitation respiratoire. Il s'agit d'un traitement ayant pour objectif d'améliorer les capacités physiques et la qualité de vie d'un patient porteur d'une maladie respiratoire chronique et ayant une diminution de ses activités quotidiennes, mené par une équipe multidisciplinaire, en accord avec le patient, sur la base d'un programme individualisé. L'adaptation d'une assistance ventilatoire préalablement mise en place ainsi que l'éducation thérapeutique ciblée sur la prise en charge respiratoire font également partie des missions du SSR respiratoire.

1 – 2 Orientation de la prise en charge en lien avec l'état du patient

L'orientation d'un patient pour une prise en charge spécialisée en SSR « affections respiratoires » est liée à l'existence d'une insuffisance respiratoire sévère, quel que soit son mécanisme (c'est-à-dire intrinsèquement respiratoire, ou extra-respiratoire, neurologique ou neuromusculaire), souvent mais pas exclusivement au décours d'une décompensation, et dont la particularité est d'être à l'origine d'un risque élevé de décompensation.

Zone de recrutement : cette prise en charge est à vocation interdépartementale et/ou régionale.

Son indication est l'insuffisance respiratoire chronique (IRC) grave

* stabilisée, au décours d'un épisode aigu ayant motivé une hospitalisation, ne pouvant pas bénéficier d'une réhabilitation ambulatoire ;

*ou responsable d'une aggravation significative du handicap respiratoire mettant en jeu le maintien à domicile.

Ces unités sont caractérisées par

- la capacité à adapter des appareillages respiratoires tels que l'oxygénothérapie et la ventilation mécanique dans ses aspects chroniques ;
- la réhabilitation respiratoire : prise en charge trans-disciplinaire, axée sur le ré-entraînement à l'effort qui permet de diminuer le handicap respiratoire (diminution de la dyspnée, amélioration de la tolérance à l'effort et de l'autonomie) dans environ 2/3 des cas ;
- l'éducation thérapeutique ;
- la continuité des soins de l'Unité Fonctionnelle assurée par un pneumologue.

Pour ces structures ayant une activité à vocation régionale, leur répartition dans la région doit être équilibrée autant que possible. A côté de leur vocation régionale, ces établissements doivent privilégier l'accueil des patients résidants dans leur zone de recrutement.
Cette zone de recrutement sera définie pour chaque établissement en fonction des implantations des autres établissements exerçant la même activité. (cf chapitre III.2 du socle commun)

Les structures disposant d'une mention spécifique sont de fait établissements de recours-expertise (cf socle commun).

II – Missions

2 - 1 Typologie de la prise en charge y compris prises en charge spécifiques

La structure autorisée doit être en mesure de garantir aux patients pris en charge :

- une rééducation complexe et intensive, c'est-à-dire multidisciplinaire d'au moins deux heures par jour ;
- la mise en place du suivi et/ou l'adaptation d'une assistance respiratoire et/ou d'une ventilation chronique ;
- une surveillance médicale et/ou un traitement médical important, en raison de facteurs de co-morbidité, ou de risques cliniques/séquelles/complications de l'affection causale ;
- la poursuite et la stabilisation des fonctions vitales au décours de la prise en charge en court séjour (réanimation, post-opératoire précoce…), notamment les exacerbations d'IRC ne relevant pas d'un passage en réanimation ou de soins spécifiques complexes ;
- la réalisation de soins techniques et de nursing ;
- l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage.

2 – 2 Indications

Indications médicales

Certains types d'insuffisance respiratoire relèvent plus particulièrement d'une prise en charge spécialisée :

- BPCO stade 3 et 4 ; insuffisance respiratoire restrictive évoluée
- complications respiratoires de l'obésité morbide ;
- rééducation post chirurgie thoracique ;
- mucoviscidose ;
- bronchectasies ;

- complications respiratoires et ORL des maladies génétiques, des pathologies congénitales et des malformations congénitales ;
- le retentissement respiratoire des maladies neurologiques centrales et des maladies neuro-musculaires (tétra et paraplégies, SLA, myopathies…) ;
- les séquelles respiratoires intrinsèques ou neuro-musculaires des affections aiguës (sans pathologie respiratoire préalable) ayant nécessité un séjour prolongé en réanimation ; il s'agit de patients susceptibles de redevenir rapidement ambulatoires.

Indications psycho-sociales

La structure prend en charge les patients ayant une insuffisance respiratoire sévère à l'origine d'un risque élevé de décompensation, y compris :

- les patients socialement défavorisés (sans domicile ou à très faible revenu) ;
- les patients ayant une pathologie psychiatrique stabilisée, et/ou présentant des conduites à risque ;
- les patients pour lesquels un séjour de répit pour les familles est indiqué.

III – Organisation

3 – 1 Implantation et activité

La capacité souhaitable d'une structure SSR Pneumologie est de 60 lits et places minimum dans le cas d'une structure autonome. Elle peut être réduite à 30 lits et places lorsque la structure est implantée sur un site comportant d'autres activités sanitaires.

3 – 2 Locaux et plateau technique

Eléments obligatoires

En complément de l'article D.6124-177-7 (conditions générales sur les espaces de rééducation), la structure doit disposer de :

- ventilation mécanique non invasive ;
- oxygénothérapie ;
- équipements permettant les gestes d'urgence et de réanimation respiratoire, notamment l'intubation trachéale, les nébulisations de bronchodilatateurs, l'oxygénothérapie nasale et la surveillance continue de la saturation en oxygène ;
- espaces et équipements nécessaires au drainage bronchique, aux massages et au réentraînement à l'effort ;
- accès à un plateau technique d'explorations pneumologiques permettant au minimum la réalisation de radiographies du thorax, d'explorations fonctionnelles respiratoires au repos et à l'effort, de fibroscopies bronchiques et la mesure des gaz du sang.

Eléments spécifiques minimaux souhaitables

- test de marche de 6 minutes ;
- spiromètre ;
- salle de sport ;
- équipement pour oxygénothérapie continue et de déambulation.

3 - 3 Personnel

- compétence médicale obligatoire : pneumologue
- compétences para médicales obligatoires : IDE, aides-soignants, assistant de service social, masseur-kinésithérapeute ;
- compétences recommandées : MPR, ergothérapeute, psychomotricien, diététicien, psychologue, enseignant en activité physique adaptée, tabacologue, algologue ;
- possibilité d'accès à des spécialistes référents et de préférence par présence sur le site, infectiologue, neurologue, psychiatre, chirurgien thoracique ;
- outre la formation à la prise en charge de l'urgence respiratoire prévue à l'article D.6124-177-35, le personnel doit être formé à la gestion des soins spécifiques, à la prise en charge d'insuffisants respiratoires sévères (oxygénothérapie, soins d'une trachéotomie, aspirations bronchiques, administration d'aérosols, mesure des gaz du sang…), ainsi qu'à la gestion des différents types d'appareils d'assistance ventilatoire.

3 - 4 Organisation des soins

Permanence des soins :

- présence infirmière la nuit requise ;
- possibilité de kinésithérapie le week-end et les jours fériés. ;
- garde médicalisée dans l'établissement ;
- le pneumologue assure la continuité des soins et participe à une astreinte de sécurité ;
- l'accès à une unité de réanimation médicale ou de soins intensifs est organisé par convention.

Réseaux et filières (conventions signées)

Les filières de prise en charge des patients ayant une IRC doivent être clairement identifiées. En effet, ces patients fragiles peuvent être amenés à faire des allers-retours fréquents entre le MCO et le SSR. Idéalement, l'unité MCO « sevrage ventilatoire et réhabilitation respiratoire » et l'unité SSR « Prise en charge des affections respiratoires » devraient se trouver sur le même lieu (exemple de Bligny).

Filières d'amont : les services adressant des patients après la phase aiguë en SSR spécialisé doivent signer des conventions précisant les modalités d'adressage et les modalités de retour.

Filières d'aval : à l'issue de leur séjour en SSR « Prise en charge des affections respiratoires », les patients retournent le plus souvent à leur domicile.
Ce retour peut nécessiter en outre, pour la poursuite de leurs soins, une HAD, un hôpital de jour, un réseau de type Recupair qui a pour mission régionale de proposer le développement ambulatoire de la réhabilitation respiratoire.

Suivi par consultation : organisé soit par la structure de prise en charge aiguë, soit par le SSR « Prise en charge des affections respiratoires », soit par les deux.

Aval de l'aval : pour certains patients affectés par un handicap respiratoire ne permettant plus les actes de la vie quotidienne et ne pouvant être éduqués, une structure d'aval doit être envisagée. L'installation de Maisons d'Accueil Spécialisées dans la gestion du handicap respiratoire, adossées au SSR « Assistance Ventilatoire à domicile » est une mesure préconisée par le groupe de travail (confère annexe jointe).

CAHIER DES CHARGES
«PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS DES SYSTEMES DIGESTIF, NUTRITION, METABOLIQUE ET ENDOCRINIEN
EN SSR »

Dit SSR « Digestif

Outre les éléments décrits dans :

- La circulaire n° DHOS/01/2008/305 du 03 octobre 2008 relative aux décrets n° 2008-377 du 17 avril 208 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation, y compris la fiche technique thématique.
- Le socle commun pour les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) indifférencié

I – DEFINITIONS

1 - 1- Objectifs spécifiques de la prise en charge

La prise en charge spécialisée des affections digestives, nutritionnelles, métaboliques et endocriniennes en SSR a pour objectif d'influencer favorablement le processus évolutif des maladies et de préserver et d'améliorer la réinsertion des patients dans leur milieu de vie.
Il s'agit d'une approche médicale, diététique, physique et psychologique qui a pour but d'assurer aux patients la meilleure condition physique, mentale et sociale possible, ainsi qu'une meilleure qualité de vie.

1 - 2 - L'orientation de la prise en charge en lien avec l'état du patient

L'orientation d'un patient pour une prise en charge spécialisée en SSR « digestif, nutrition, métabolique et endocrinien » est liée à l'existence ou à la décompensation d'une pathologie installée et sévère, à l'existence d'une pathologie débutante nécessitant une prise en charge précoce ou lorsqu'il existe une situation à risque d'aggravation.

1 - 3 – Zone de recrutement, recours-expertise

La prise en charge spécialisée en SSR « digestif, nutrition, métabolique et endocrinien» est une activité de recours et d'expertise de niveau régional. La répartition des établissements dans la région doit être équilibrée autant que possible. A côté de leur vocation régionale, ces établissements doivent privilégier l'accueil des patients résidants dans leur zone de recrutement.

Pour ces structures ayant une activité à vocation régionale, leur répartition dans la région doit être équilibrée autant que possible. A côté de leur vocation régionale, ces établissements doivent privilégier l'accueil des patients résidants dans leur zone de recrutement.
Cette zone de recrutement sera définie pour chaque établissement en fonction des implantations des autres établissements exerçant la même activité. (cf chapitre III.2 du socle commun)

II - MISSIONS

Typologie de la prise en charge et indications médicales

La structure autorisée doit être capable de prendre en charge des patients présentant une ou plusieurs des pathologies dans les situations suivantes : obésités sévères et /ou morbides (suites de chirurgie de l'obésité), dénutritions sévères, patients avant ou après une intervention chirurgicale complexe ou une transplantation d'organe , complications de pathologies généralement en lien avec l'alcool (sevrages résidentiels et /ou ambulatoires, pancréatite aiguë, hépatite aiguë, cirrhose grave), séquelles nutritionnelles de chirurgie digestive lourde y compris celles pouvant nécessiter une nutrition parentérale prolongée, séquelles nutritionnelles de troubles du comportement alimentaire graves, complications liées au diabète (vasculaires, métaboliques, infectieuses, podologiques).

Par conséquent, la structure autorisée doit être capable d'assurer :

- La rééducation complexe et intensive, c'est-à-dire multidisciplinaire d'au moins trois heures par jour pour l'adulte,
- La surveillance médicale et/ou un traitement médical adapté aux facteurs de co-morbidité ou de risques cliniques /séquelles/complications de l'affection causale,
- L'alimentation entérale et/ou parentérale,
- La prise en charge d'une stomie,
- La prise en charge d'une voie veineuse centrale.

Les patients présentant des affections des systèmes digestif, nutrition, métabolique et endocrinien, ne relevant pas des pathologies mentionnées ci-dessus, relèvent de SSR indifférenciés qui auront passés des conventions avec des établissements SSR de recours.

Les patients ne relevant plus des pathologies et prises en charge ci-dessus mentionnées relèvent d'un SSR indifférencié qui aura passé une convention avec le SSR de recours

III – ORGANISATION

3 - 1 - Implantation et capacité

La taille souhaitée d'une unité de soins de suite spécialisés en «SSR digestif, nutrition, métabolique et endocrinien» est de 30 lits minimum, correspondant à la masse critique nécessaire à l'organisation d'une prise en charge spécifique. Cette unité doit être implantée dans un établissement disposant d'autres unités de SSR et/ou des capacités de court séjour.

3 - 2 - Locaux et plateau technique

En complément du D.6124-177-7 (conditions générales sur les espaces de rééducation), la structure doit disposer sur place de locaux appropriés à la mise en oeuvre d'ateliers de réadaptation à la vie sociale et professionnelle, de même qu'à la participation de l'entourage aux programmes de soins.

Eléments spécifiques minimaux attendus :

- Cuisine éducative et thérapeutique (obésité, diabète, troubles du comportement alimentaire),
- Locaux, mobilier et salle de réadaptation adaptés aux poids des patients,
- Salles d'éducation de groupe (repas thérapeutiques),
- Un parc de pompes de nutrition entérale et parentérale,
- Parcours marche extérieur (obésité),
- Des chambres individuelles ou d'isolement,
- Salle d'éducation physique (obésité, diabète).

3 - 3 - Personnel

Compétences

Compétences médicales obligatoires :

L'équipe médicale doit comprendre un endocrinologue et/ou un gastro-entérologue et/ou un médecin justifiant d'un DESC nutrition et/ou DU européen de nutrition artificielle, en fonction du profil des patients et de la taille de la structure.

Compétences non médicales obligatoires :

IDE, assistant de service social, diététicien, masseur-kinésithérapeute, psychologue, aide soignant. Les ratios en personnel doivent être adaptés en fonction du profil des patients,

Dans tous les cas possibilité de recours à des spécialistes référents et de préférence par présence sur le site : chirurgien viscéral, cardiologue, psychiatre, pneumologue, alcoologue, MPR,

Il est recommandé d'avoir recours à la compétence de stomathérapeute en cas de prise en charge de patients stomisés

L'équipe pluridisciplinaire peut bénéficier des compétences d'ergothérapeute, enseignant en activité physique adaptée.

Formation

Une formation adaptée des soignants non médecins aux gestes techniques en rapport avec l'activité est organisée dans le service. Cette formation doit être organisée de façon pérenne, prenant en compte les renouvellements des équipes.

3 - 4 - Organisation des soins

Modes de prise en charge dans la structure de SSR

Ils dépendent des nécessités de prise en charge médicale liée à la pathologie du patient, de son degré d'autonomie, de son environnement familial et de la proximité du domicile. Il peut s'agir d'hospitalisation complète, de semaine et d'hospitalisation de jour.

Permanence des soins

La permanence des soins est assurée par une garde ou une astreinte médicale 24h/24 en fonction de la typologie des patients acceptés, organisée en lien avec les autres unités de soins de l'établissement et par la présence d'au moins un infirmier la nuit dédié à l'unité fonctionnelle. L'accès à un laboratoire de biologie médicale 24h/24 est impératif.

Réseaux et filières

Filière d'amont :

Les services de médecine et de chirurgie adressant des patients après la phase aigue en SSR spécialisés doivent signer des conventions optimisant les relations entre ces différentes structures. Ces conventions précisent les modalités de collaboration et visent à assurer la continuité des soins et une prise en charge globale des patients. Une évaluation périodique de ces conventions est exigée.

Filière d'aval :

Lorsqu'ils ne répondent plus aux critères de prise en charge en SSR spécialisé, les patients rentrent le plus souvent à domicile où ils poursuivent leurs soins avec des soins infirmiers libéraux ou SSIAD et /ou des auxiliaires de vie et /ou des prestataires à domicile ou en HAD.
En cas d'aggravation, ils peuvent être transférés en court séjour ou en SSR indifférencié en hospitalisation complète ou de jour, soit en USLD, en EHPAD ou en MAS.
Le suivi par consultation est organisé soit par la structure aigue soit par celle de SSR spécialisé soit par les deux.

CAHIER DES CHARGES
«PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES EN SSR »

Outre les éléments décrits dans :

- la circulaire N°DHOS/O1/2008/305 du 03 octobre 2008 relative aux décrets n° 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation, y compris la fiche technique thématique
- le socle commun pour les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) indifférencié

I - DEFINITION

1-1 Les objectifs spécifiques de la prise en charge

Outre les objectifs généraux précisés dans l'annexe de la circulaire du 3 octobre 2008, la prise en charge spécialisée des affections cardio-vasculaires en SSR a pour objectif la réadaptation cardiovasculaire. La réadaptation cardiovasculaire est l'ensemble des mesures nécessaires pour influencer favorablement le processus évolutif de la maladie ainsi que pour assurer aux patients la meilleure condition physique, mentale et sociale possible afin qu'ils puissent occuper, par leurs propres moyens, une vie aussi normale que possible dans la société. Elle constitue une prise en charge thérapeutique ayant démontré son efficacité sur la morbi-mortalité

1-2 L'orientation

L'orientation d'un patient pour une prise en charge spécialisée en SSR cardiovasculaire est liée à l'existence d'une pathologie cardiaque et~~/ou~~ d'un risque de complications. Son état est stabilisé dans la mesure du possible lors de son admission. Pour l'adulte, il existe trois niveaux de risque vital (faible, intermédiaire et élevé) définis par la société française de cardiologie (voir ci-après les critères pour la stratification du risque évolutif) permettant de déterminer les modalités de la prise en charge et de surveillance (cf. Infra)

1-3 Zone de recrutement, établissement de recours et d'expertise

La zone de recrutement est départementale et interdépartementale.

Les établissements autorisés dans la prise en charge spécialisée en SSR cardio-vasculaires s'engagent à assurer une mission d'expertise et de recours. Après avis du cardiologue, l'accès au plateau technique peut être facilité pour les patients des autres établissements SSR.

II - LES MISSIONS

Le programme de réadaptation cardiaque associe pour chaque patient l'évaluation fonctionnelle, le reconditionnement à l'effort, la prévention, l'éducation thérapeutique, les aides à la réinsertion socioprofessionnelle et un soutien psychologique.

2-1 Typologie de la prise en charge et indications médicales

La typologie et les indications sont celles définies par la Société Française de cardiologie. La structure autorisée doit notamment être capable de prendre en charge une ou plusieurs des pathologies suivantes : cardiopathie avec ischémie résiduelle sévère, insuffisance cardiaque sévère, réadaptation post-greffe ou post-chirurgie cardiaque ; les complications de la chirurgie cardiaque ; les cardiopathies congénitales.

Les personnes âgées polypathologiques, incluant une affection cardiovasculaire, dépendantes ou susceptibles de le devenir, relèvent de SSR gériatriques ou indifférenciés.

2-2 Toute structure autorisée doit être capable de prendre en charge des patients à risque élevé et pouvant nécessiter :

- une poursuite de la stabilisation des fonctions vitales au décours d'une prise en charge en court séjour (réanimation, post opératoire précoce…),
- une surveillance médicale et/ou un traitement médical spécialisé en raison des risques inhérents à la spécialité,
- une réadaptation intensive c'est-à-dire multidisciplinaire d'au moins 3 h/jour,
- une réentraînement complexe avec réévaluation cardiologique quotidienne.
- Une gestion de l'urgence cardiologique

III - ORGANISATION

3-1 Implantation et capacité

La capacité souhaitable d'une unité d'hospitalisation complète est au minimum de 30 lits et doit être intégrée dans un établissement de SSR d'une capacité totale minimale de 60 lits ou adossé à un service de cardiologie ou de chirurgie cardiaque. Une unité inférieure à 30 lits doit impérativement être adossée à un service de court séjour, incluant une activité de cardiologie.

La capacité minimale d'un hôpital de jour est de 5 places, ce qui permet en moyenne la prise en charge de 7-8 patients par jour. Un hôpital de jour dont la capacité est inférieure à 10 places doit impérativement être adossé soit à un service de réadaptation cardiaque comprenant des lits d'hospitalisation complète, soit à un service de court séjour de cardiologie.

3-2 Locaux et plateaux techniques

Equipements obligatoires[1]

En complément de l'article D.6124-177-7 la structure doit disposer sur place :

pour les explorations :

- écho doppler cardiaque,
- système d'épreuve d'effort cardio-respiratoire avec analyse de la consommation d'oxygène,
- holter ECG,
- holter tensionnel,

pour la rééducation :

- bicyclettes ergométriques,
- tapis roulant,
- autres types d'ergomètres et de matériels de rééducation
- monitorage par télémétrie,
- fluides médicaux en salle d'épreuve d'effort et de rééducation,
- saturomètre,
- cardio-fréquencemètres,

pour les urgences :

- chariots d'urgence et de réanimation cardiaque situés sur le plateau technique, situés obligatoirement en salle de test d'efforts et à proximité des salles de rééducation,

Locaux obligatoires[2] *:*

- plateau de reconditionnement à l'effort et salle de gymnastique offrant 7m² par personne, d'une surface minimale de 80 m², aérés et ventilés avec téléphone,
- salles de relaxation et d'éducation,
- salle de soins d'urgence équipée de manière à permettre les gestes d'urgence et/ou de réanimation cardiaque avant transfert (1 ou plusieurs lits avec cardioscopes, défibrillateur, matériel d'intubation et de ventilation).

3-3 Les modes de prise en charge

La réadaptation cardiaque s'effectue en hospitalisation complète ou de jour (en fonction de l'état du patient et de la proximité géographique de son domicile).

La réadaptation en hospitalisation complète est indiquée chez les patients plus sévèrement atteints, tels que précisé par les recommandations de la SFC : patients à haut risque de complications du fait de la précocité de l'admission en SSR par rapport à phase aiguë ou de la sévérité de la pathologie, des patients ayant des contre indications ou des impossibilités de prise en charge ambulatoire

La prise en charge en hospitalisation de jour intervient le plus souvent après une hospitalisation en service de soins aigus, voire en réadaptation cardiaque hospitalisation complète ou éventuellement

[2] Cf. décret relatif aux conditions techniques de fonctionnement des activités de SSR

après un passage à domicile. Elle est indiquée chez les patients ayant présenté un accident cardiaque non compliqué qui répondent aux critères suivants :

- autonomes,, état cardiovasculaire stabilisé
- désadaptation cardio-vasculaire modérée à l'effort,
- évolution simple, séquelles minimes,
- patient appartenant à un groupe à faible risque,
- proximité géographique entre le domicile du patient et l'unité de réadaptation cardiaque.

3-4 Le personnel

Les compétences requises pour une structure sont les suivantes :

Compétences médicales obligatoires : cardiologue dans la structure les jours ouvrables qui assure la coordination de l'équipe pluridisciplinaire et de l'organisation des soins en collaboration avec le cadre de soins

Autres compétences obligatoires : masseur-kinésithérapeute, IDE, diététicien, assistante de service social, psychologue et tabacologue. ASQ,

Autres compétences recommandées : diabétologue ou médecin nutritionniste, psychiatre, pneumologue, médecin du travail.

L'équipe peut comporter d'autres qualifications telles que médecin généraliste éducateur sportif, ergothérapeute, sophrologue, orthophoniste.

Il est impératif que ce personnel soit périodiquement formé aux gestes d'urgence.

3-5 La permanence des soins :

Elle est assurée par une garde médicale «senior» ou par une garde d'un médecin «junior» ayant une expérience confirmée des urgences cardiologiques doublée d'une astreinte de cardiologue. La présence d'au minimum un infirmier et un ASQ la nuit pour 30 patients est requise et la possibilité de kinésithérapie le week-end et les jours fériés est recommandée.
Une intervention médicale en urgence doit être possible à tout moment. La possibilité d'un transfert des patients vers une unité de soins intensifs et/ou de réanimation doit être organisée par convention.

3-6 Réseaux et filières

Les structures de SSR cardio-vasculaires assurent l'aval des structures de soins aigus de cardiologie et de chirurgie cardiovasculaire. Les patients sont adressés soit directement à partir de ces services, ou après un passage à domicile.
Il est souhaitable que l'admission en SSR cardiovasculaire soit préparée le plus précocement possible pour optimiser la prise en charge d'une réadaptation personnalisée. Les structures d'amont doivent

fournir les renseignements nécessaires à la prise en charge de leurs patients. En retour, les SSR s'engagent à consulter, en priorité, le service d'origine en cas de besoin.
A la fin de la réadaptation, les patients retournent le plus souvent à domicile. En fonction des besoins, ils peuvent être ré adressés à leur service d'origine ou bien dans d'autres service SSR. Dans tous les cas la structure s'engage à fournir un compte rendu d'hospitalisation, avec double souhaitée aux patients, à l'attention des médecins traitants, cardiologues, ou médecins des structures d'amont et/ou d'aval, permettant la continuité de la prise en charge ultérieure du patient.

Il est recommandé de participer à un réseau de soins thématique (prévention cardiovasculaire, insuffisance cardiaque, …)

CAHIER DES CHARGES « PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS HEMATOLOGIQUES ADULTES ET ONCO HEMATOLOGIQUES ENFANTS » EN SSR

Outre les éléments décrits dans :

- la circulaire N°DHOS/O1/2008/305 du 03 octobre 2008 relative aux décrets n° 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation, y compris la fiche technique thématique
- le socle commun pour les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) indifférencié

I - DEFINITION

1 – 1 Objectifs spécifiques

Chez l'adulte, la prise en charge en Soins de suite spécialisé d'hématologie maligne, concerne les hémopathies malignes et les patients relevant de thérapeutiques immunosuppressives. Chez l'enfant, cette prise en charge peut également concerner les affections oncologiques. Cette prise en charge constitue un temps intermédiaire entre les soins aigus et le suivi ambulatoire dans la filière de soins et prépare le retour dans le lieu de vie. Elle vise la surveillance et /ou la poursuite des traitements liés aux affections onco-hématologiques et le cas échéant le recours aux soins palliatifs. Elle a également pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, psychologiques et sociales des personnes.

1 – 2 Orientations de la prise en charge en lien avec l'état du malade

L'unité de soins de suite spécialisés en hématologie maligne s'adresse à des patients provenant de court-séjour (ou bien d'un service de SSR polyvalent, ou encore du domicile), atteints d'hémopathies malignes ou relevant de thérapeutiques immunosuppressives, et présentant des complications ou un risque élevé de complications aigues nécessitant des soins spécifiques ne pouvant être réalisés en ambulatoire ou en soins de suite polyvalents.

L'orientation d'un patient pour une prise en charge spécialisée en SSR onco-hématologie est liée :

- soit à un état instable et à la nécessité d'un suivi quotidien par un médecin qualifié spécialiste en hématologie (ou un médecin présentant une expérience ou une formation attestée en onco-hématologie),
- soit à la nécessité d'assurer le traitement et /ou sa surveillance quand les contraintes thérapeutiques, sociales et/ou l'éloignement territorial ne permettent pas un retour rapide au domicile.

1 – 3 Zone de recrutement, recours et expertise, centre de ressource

La prise en charge en soins de suite d'hématologie maligne est une prise en charge spécialisée à vocation régionale, s'adressant à des patients complexes et nécessitant des compétences médicales particulières. Il est important de veiller à un maillage du territoire adapté aux besoins des patients.
Pour ces structures ayant une activité à vocation régionale, leur répartition dans la région doit être équilibrée autant que possible. A côté de leur vocation régionale, ces établissements doivent privilégier l'accueil des patients résidants dans leur zone de recrutement.
Cette zone de recrutement sera définie pour chaque établissement en fonction des implantations des autres établissements exerçant la même activité. (cf chapitre III.2 du socle commun)
Les structures disposant d'une mention spécifique sont de fait établissements de recours-expertise (cf socle commun).

II - MISSIONS

2 – 1 L'unité doit être en capacité :

De prendre en charge des patients :

- nécessitant la poursuite et/ou le suivi d'un traitement par chimiothérapie,
- à risque d'aplasie,
- après une greffe,
- dépendant de transfusion,
- la mise en place et/ou la poursuite d'une antibiothérapie intraveineuse
- une surveillance médicale et/ou un traitement médical important en raison de comorbidités, ou de risques cliniques/ séquelles/ complications de l'affections causales ou des traitements en cours, ou encore au décours d'une complication aiguë,

De pouvoir assurer les prises en charges suivantes:

- Effets secondaires de la chimiothérapie :

traitements antibiotiques, antifongiques, antiviraux,
facteurs de croissance,
transfusions,
différents isolements (septique, protecteur…)

- renutrition (nutrition entérale et parentérale)
- kinésithérapie motrice et/ou respiratoire
- traitement de la douleur
- accompagnement psychologique et si nécessaire l'accès à un avis psychiatrique
- engager la mise en œuvre le cas échéant de soins palliatifs (en concertation avec l'équipe de court séjour)

2 – 2 Chimiothérapie

Les établissements qui pratiquent la chimiothérapie devront se conformer aux recommandations de l'INCA[23], et établir une convention avec les établissements autorisés auxquels ils sont associés.

↳ Dans les cas où la préparation de la chimiothérapie n'est pas réalisée dans l'établissement associé, une convention de sous-traitance précisera les conditions de transport des produits ainsi que les conditions d'élimination des déchets.

2 – 3 Produits sanguins

Pour la fourniture de produits dérivés du sang, une convention avec un site transfusionnel EFS proche doit être formalisée (convention définissant la commande et l'approvisionnement des PSL en situation normale et d'urgence).
Il est nécessaire qu'un comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance (CSTH) soit mis en œuvre afin de définir la politique transfusionnelle.

III – ORGANISATION

3 – 1 Implantation et capacité

La taille souhaitée d'une unité de soins de suite spécialisés en onco-hématologie est de 3**0** lits. Toutefois si l'activité est adossée à un service de court séjour ou de SSR cancérologie, la capacité est ramenée à 15 lits.

Le taux d'occupation cible se situe à 85%.

L'unité doit être implantée dans un établissement de santé disposant, au minimum, d'une soixantaine de lits au total, dont des capacités de court-séjour ou de soins de suite.

3 – 2 Personnel : en terme de compétence et de formation

Le personnel médical

Il est nécessaire qu'au moins un médecin de l'unité soit qualifié spécialiste en hématologie ou présente une expérience ou une formation attestée en onco-hématologie.

Le personnel non médical

Cadre infirmier, IDE :

Le personnel soignant doit être formé à l'onco-hématologie (transfusion, voies centrales, évaluation de la douleur, maniement de packs de nutrition, cathéters d'abord veineux central, administration de chimiothérapies le cas échéant, soins palliatifs, relation d'aide, éducation thérapeutique).

---

[2] *:Recommandations relatives aux relations entre les établissements autorisés pour la pratique de la chimiothérapie et les établissements dits « associés »- www.e-cancer.fr.*

[3] *Bien que ces recommandations s'appliquent à la fois pour la pratique de la chimiothérapie orale et la chimiothérapie par voie intra-veineuse, la préparation centralisée ne s'applique bien entendu que pour la chimiothérapie intra-veineuse.*

L'effectif soignant doit être adapté en fonction de l'importance du volume de chimiothérapies, du nombre de transfusions, du nombre de gestes techniques, de la dépendance des malades et des prises en charges de fin de vie.

Autres personnels :
Un assistant de service social est obligatoire. Possibilité d'accès sur site à un psychologue, masseur-kinésithérapeute, diététicien, et selon le profil des patients du personnel éducatif (animateur socio-culturel, aide médico-psychologique). Pour les structures accueillant des enfants ou des adolescents, le personnel éducatif doit être formé à leur prise en charge. Possibilité de recours aux conseils et/ou à l'assistance d'une équipe mobile de douleur/soins palliatifs ainsi qu'à une unité d'évaluation et de traitement de la douleur.

3 – 2 Locaux ,matériels , plateau technique

Locaux

Possibilité de chambres à un lit
L'unité spécialisée doit disposer de lits électriques et de matelas anti-escarres.

L'hébergement des accompagnants doit être possible.

Plateau technique

La présence sur site, ou l'accès par convention sur un plateau technique voisin, à une installation de radiologie et un laboratoire de biologie médicale 24 h/ 24 h, est indispensable.

Pour la fourniture de produits dérivés du sang, une convention avec un site transfusionnel EFS proche doit être formalisée (convention définissant la commande et l'approvisionnement des PSL en situation normale et d'urgence).
Il est nécessaire qu'un comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance (CSTH) soit mis en œuvre afin de définir la politique transfusionnelle.

3 – 4 Organisation des soins

La permanence des soins

Elle est assurée par une garde ou au moins une astreinte médicale, organisée en lien avec les autres unités de soins de l'établissement et par la présence d'au moins un infirmier la nuit dédié au service, sans préjuger des moyens supplémentaires nécessaires selon la taille et l'activité du service.

La continuité des soins

Elle doit se faire en lien avec les établissements adresseurs et les structures d'aval. Une convention est établie avec les établissements de court séjour adressant les patients, précisant les modalités de collaboration et visant à assurer la continuité des soins et une prise en charge globale des patients.

Des réunions de synthèse pluridisciplinaire sont organisées.

Filière de soins

L'établissement SSR onco-doit adhérer à un réseau cancérologique lequel est intégré dans une filière cancérologique.

Les missions dévolues aux soins de suite cancérologiques et leur articulation avec les autres structures de prise en charge de ces patients (court-séjour, HAD, SSIAD, prise en charge libérale, EHPAD), sont définies et évaluées au sein du réseau de cancérologie.

CAHIER DES CHARGES « PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS EN SSR »

Outre les éléments décrits dans :

- la circulaire N°DHOS/O1/2008/305 du 03 octobre 2008 relative aux décrets n° 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation, y compris la fiche technique thématique
- le socle commun pour les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) indifférencié

I - DEFINITION

Les services de soins de suite et de réadaptation (SSR) en addictologie ont pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, et sociales des personnes ayant une conduite addictive aux substances psychoactives et de promouvoir leur réadaptation.
Les SSR sont une des composantes des structures addictologiques de recours, de niveau 2 (cf. circulaire DHOS 22/09/2008). Ils accueillent en hospitalisation des patients, dépendants ou non, après un sevrage y compris ambulatoire, ou après des soins en hospitalisation complète.
Le champ de compétence des SSR s'étend aux conduites addictives aux substances psychoactives, associées ou non à d'autres addictions comportementales.

1 - 1 Objectifs spécifiques

La prise en charge vise, à prévenir la rechute et les risques liés à la consommation.
Les SSR assurent en plus du suivi médical, une aide psychothérapeutique individuelle et collective, et un programme socio-éducatif destiné à favoriser la réadaptation à une vie sociale et à domicile.
Selon les complications et déficits qu'entraînent les addictions, les services doivent aussi être en capacité de prendre en charge des complications somatiques, ou des troubles psychologiques, ou psychiatriques, ou des troubles neurologiques et cognitifs ainsi que la réadaptation sociale.

1 - 2 L'orientation de la prise en charge en lien avec l'état du patient

L'orientation d'un patient pour une prise en charge spécialisée en SSR «addictologie», après sevrage simple ou après des soins en hospitalisation complète, est liée à la dépendance et à ses conséquences. Il s'agit le plus souvent d'un cadre de poly consommation et de difficultés sociales, psychologiques et familiales.
Les patients doivent être stabilisés sur le plan somatique, hors phase aiguë.

Les critères positifs d'orientation vers le SSR

Le patient doit être volontaire et motivé pour :

-être en mesure de réfléchir sur son comportement addictif
-accepter ce travail sur soi dans un lieu et un temps propices à la restauration de la personne
-adhérer aux objectifs thérapeutiques et aux conditions du séjour au sein de l'établissement choisi
-adhérer au contrat thérapeutique proposé par la structure et coopérer aux soins.
La spécificité de l'évolution addictologique et donc de sa prise en charge nécessite d'ouvrir aux patients une possibilité de réadmission dans l'établissement.

La prise en charge peut se faire également dans les situations suivantes :

- **du point de vue organique** : détériorations physiques et sensorielles, atteintes somatiques plus ou moins importantes et sévères.
- **du point de vue des fonctions cognitives** : les troubles cognitifs nécessitent d'être pris en charge. Il peut s'agir d'altérations cognitives plus ou moins ancrées.
- **du point de vue de la santé mentale** : les troubles associés d'ordre psychologique et psychiatrique constituent des critères d'indication.
- **du point de vue de l'environnement social** : les difficultés au plan social, familial, professionnel ; environnement peu / mal soutenant ; isolement.
- **du point de vue de la précarité** : précarité sociale (isolement), professionnelle (absence d'emploi et de perspective) et précarité de logement (hébergement, SDF).
- **du point de vue des conduites de polytoxicomanie**

1 - 3 Zone de recrutement, recours-expertise et centre de ressource

Les établissements SSR en addictologie sont des structures départementales. Certains peuvent également avoir une vocation régionale au regard de leur degré d'expertise.
Les établissements SSR spécialisés dans la prise en charge des addictions sont de fait des établissements de recours (cf socle commun).
Les établissements de court séjour référents sont les structures d'hospitalisation de niveau 3.
Les établissements de proximité sont d'une part les autres établissements de SSR (polyvalents et neurologie), et d'autre part les établissements qui appartiennent à la filière de soins en addictologie (court séjour et structures médico-sociales).

II - MISSIONS

2 - 1 Profil des patients

La structure autorisée doit être capable de prendre en charge des patients dépendants :

- nécessitant une réadaptation complexe et intensive ; c'est à dire multidisciplinaire, d'au moins 5 H par jour qui inclut le temps infirmier.
- y compris présentant au premier plan des troubles des fonctions cognitives ;
- y compris présentant des troubles psychologiques ou psychiatriques.

2 - 2 Mode de prise en charge

La durée de la prise en charge varie selon les patients de quelques semaines à 3 mois, éventuellement ré-évaluable. Le projet thérapeutique élaboré avec le patient prévoit la durée de son séjour. Ce dernier peut être organisé avec des alternances de retour à domicile, dans un but de réinsertion et de maintien des liens de proximité.

- Les pratiques thérapeutiques et de réadaptation sont dispensées de façon individuelle ou collective sous forme de psychothérapie, d'ergothérapie, de psychomotricité, d'ateliers thérapeutiques collectifs, de kinésithérapie, d'éducation thérapeutique, d'activité physique adaptée, d'ateliers d'insertion sociale…

- Une prise en charge particulière est effectuée pour des patients présentant au premier plan des troubles des fonctions cognitives et qui n'ont plus les capacités pour bénéficier pleinement des soins de suite et de réadaptation addictologique classiques.
Dans ces cas, un séjour préalable dans un SSR neurologique ou polyvalent avec un programme thérapeutique spécialement adapté s'avère souhaitable. Ce séjour permet une amélioration progressive de l'état de ces patients qui peuvent ultérieurement, intégrer le programme de SSR spécifique.

2 - 3 Mode d'entrée des patients

- L'admission est réalisée sur la base d'un dossier médical comportant des données Médicales, addictologiques et sociales et faisant état des co-morbidités éventuelles associées à l'addiction.

- Les SSR assurent la prise en charge des patients, soit dans les suites d'une hospitalisation dans une structure d'addictologie de niveau 1, 2 ou 3 pour un sevrage simple ou des soins en hospitalisation complète, soit à la suite d'une orientation par une structure médico-sociale (CSAPA), soit par un accès direct du domicile à la demande du médecin traitant.
Il est nécessaire de redéfinir les modalités d'accueil des patients en provenance des structures de type CSAPA afin de surmonter les difficultés actuelles.

2 - 4 Modes de sortie des patients et gestion de l'aval

En aval, les établissements de SSR orientent si besoin vers les établissements d'hospitalisation de jour (SSR, psychiatrique, ou d'addictologie), les consultations d'addictologie, et les structures médico-sociales telles que les CSAPA. L'hébergement à la sortie doit être pris en compte dès la définition du projet d'admission en SSR.

La préparation de la sortie finalise les objectifs du projet thérapeutique personnalisé.
Elle implique une collaboration entre les différentes structures du dispositif de prise en charge en addictologie, les partenaires sociaux et médico-sociaux, les professionnels de santé libéraux, le patient et son entourage. Cette collaboration est facilitée par l'intervention du réseau de santé en addictologie lorsqu'il existe sur le territoire.

III - ORGANISATION

3 - 1 Implantation et capacité

Implantation géographique

La répartition géographique des soins de suite et de réadaptation doit répondre aux besoins de la région et des projets thérapeutiques de ces structures de façon à assurer une couverture satisfaisante du territoire.

Le recrutement s'adresse d'abord aux patients de la région. Toutefois l'admission de patients hors région est indiquée dans les cas suivants :
- parce que le SSR propose un programme thérapeutique spécifique répondant aux besoins du patient
- parce que des séjours répétés dans les établissements d'une même région ne suscitent plus d'effets
- parce que l'éloignement géographique est parfois thérapeutique.

Pour les structures ayant une activité à vocation interdépartementale ou régionale, leur répartition dans la région doit être équilibrée autant que possible. A côté de leur vocation régionale, ces établissements doivent privilégier l'accueil des patients résidants dans leur zone de recrutement. Chaque établissement définira sa zone de recrutement en tenant compte des implantations des autres établissements exerçant la même activité.

Capacité souhaitable en lits

Une structure de SSR en addictologie doit disposer au minimum d'une unité spécifique qui comprend 15 à 20 lits. Cette unité doit être adossée à un établissement de SSR dont les capacités minimales sont définies dans le socle commun afin de pouvoir bénéficier du plateau technique adéquat.
Une structure de SSR autonome en addictologie comprend au maximum 60 lits à 70 lits.
Au delà de cette capacité, il est indiqué, pour des raisons fonctionnelles, d'organiser le SSR en plusieurs unités (cf. circulaire DHOS du 22/09/2008).

3 - 2 Locaux et plateaux techniques

Les SSR doivent disposer de locaux et d'un plateau technique de rééducation adapté aux activités thérapeutiques et de réadaptation.
L'accès à des plateaux médico-techniques d'exploration et de rééducation spécialisés doit être rendu possible.

3 - 3 Personnel

La prise en charge médicale devra être assurée au minimum par un ou des médecins, disposant d'une compétence en addictologie. Si plusieurs médecins participent à la prise en charge, la direction de l'établissement désigne parmi les praticiens exerçant en son sein un ou plusieurs médecins coordonnateurs, justifiant d'une formation et d'une expérience adaptée à la nature des prises en charge spécialisées mentionnées dans l'autorisation dont elle est titulaire.
Le médecin coordonnateur assure la coordination de l'équipe pluridisciplinaire et celle de l'organisation des soins dispensés aux patients. Il donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution.

La prise en charge psychologique, éducative, sociale est assurée par la présence de psychologues et de personnel éducatif et social qualifié (éducateur spécialisé, animateur socioculturel, conseiller ESF, aide médico-psychologique, assistant social, etc.)
Le recours à des avis spécialisés, en particulier en psychiatrie doit être prévu.

Pour optimiser et renforcer le projet thérapeutique, il est recommandé que l'équipe soignant soit complétée par les professionnels suivants: ergothérapeute, diététicien(ne), éducateur technique, moniteur d'atelier, éducateur sportif, psychomotricien, masseur-kinésithérapeute, enseignant en activités physiques adaptées, intervenants culturels…
Cette équipe pluridisciplinaire doit être formée spécifiquement à l'addictologie, de manière pérenne eu égard aux rotations de personnels.

3 - 4 Organisation des soins

La continuité médicale

La continuité médicale des soins est assurée soit par une astreinte, soit éventuellement par convention avec une garde externe. Une présence infirmière est assurée 24H sur 24 sur site.

Appartenance aux réseaux et filières de soins

Les SSR sont un temps intermédiaire de prise en charge résidentielle entre les soins aigus et le suivi ambulatoire dans la filière de soins addictologiques qui s'applique après le retour dans le lieu de vie.

Les SSR spécialisés dans la prise en charge des addictions doivent conventionner avec une ou plusieurs filières de soins et participer à l'action de réseaux en addictologie.

Les établissements de SSR ont vocation à s'inscrire et s'intégrer dans des filières de soins en addictologie, aux cotés d'établissements de court séjour, d'hôpitaux de jour, et de consultations. Les établissements de SSR (structure de recours de niveau 2) viennent ainsi poursuivre les soins et sevrages apportés dans les structures d'hospitalisation complète.

Partenariats

Il est recommandé de mettre en place un partenariat organisé avec les associations d'entraide du secteur et plus généralement de toute association pouvant contribuer à la stabilisation et à la réinsertion des patients, mais aussi pour l'hébergement de patients qui le nécessitent.

CAHIER DES CHARGES
« PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS DES BRULES EN SSR EN ILE-DE-FRANCE »

I - DEFINITION

1 - 1 Objectifs spécifiques de la prise en charge

La prise en charge spécialisée des brûlés en SSR répond aux besoins de patients ayant des problèmes cutanéo-trophiques et de l'appareil locomoteur complexes nécessitant des compétences pluridisciplinaires et un plateau technique de rééducation spécialisée.
Cette prise en charge a pour objectif d'assurer le traitement préventif et curatif des complications (de décubitus, cicatricielles, orthopédiques, neurologiques, respiratoires…), de prendre en charge la douleur, de gérer les problèmes posés par l'addition des déficiences, de favoriser un retour à l'autonomie le plus précoce possible en organisant la réadaptation et la réinsertion socio-familliale et professionnelle ainsi que le parcours dans le réseau de soins.

1 - 2 L'orientation de la prise en charge en lien avec l'état du patient

L'orientation d'un patient dans une unité spécialisée en « SSR brûlés » est liée à l'existence d'un enjeu fonctionnel et d'un potentiel de récupération, d'un enjeu esthétique, à la nécessité de soins de pansements spécialisés ou à des risques spécifiques d'évolution risquant d'entraîner l'installation ou l'aggravation d'une déficience. L'admission ne nécessite pas forcément que l'état du patient soit stabilisé, mais que les problèmes de réanimation soient réglés. Le patient peut être adressé avant la fin de l'épidermisation pour permettre d'entreprendre sans tarder une rééducation intensive non réalisable en centre aigu. Cette prise en charge précoce permet de réduire les séquelles fonctionnelles et esthétiques et de gagner du temps sur l'ensemble de la durée totale de l'hospitalisation, réduisant le coûts global de la prise en charge.

Chez l'enfant : les troubles de la cicatrisation sont plus fréquents, et imposent un suivi spécialisé tout au long de la croissance.

1 - 3 Etablissements de recours

La prise en charge spécialisée en « SSR brûlés » est une activité de recours et d'expertise de niveau régional, voire nationale avec accueil des patients les plus lourds des DOM TOM. Ces établissements spécialisés dans la prise en charge en SSR des brûlés doivent être référencés par la SFETB*. Ils sont par ailleurs garants de l'organisation de la filière d'aval.

Chez l'enfant : Tous les enfants brûlés traités initialement en centre aigu spécialisé ou non (40% des enfants sont hospitalisés en établissement non spécialisé à la phase aigue), doivent pouvoir bénéficier d'une prise en charge spécialisée en SSR « brûlés » pour enfants et adolescents.

**SFETB : Société Française d'Etudes et de Traitement des Brûlés, www.sfetb.org*

II - MISSIONS

2 - 1 Typologie de la prise en charge

La structure autorisée doit être en mesure de garantir aux patients pris en charge :

- Une poursuite de la stabilisation des fonctions vitales au décours d'une prise en charge en court séjour (réanimation, post opératoire précoce...).
- Une rééducation complexe et intensive, c'est à dire multidisciplinaire d'au moins deux heures par jour pour l'adulte et d'au moins une heure par jour pour l'enfant
- Le suivi et/ ou l'adaptation d'appareillage ou d'aides techniques
- Des pansements spécialisés, des bandages et/ ou vêtements compressifs
- Une surveillance médicale et/ou un traitement médical important, en raison de facteurs de co-morbidité, ou de risques cliniques / séquelles /complications de l'affection causale avec une capacité de surveillance 24 H /24
- Une participation aux discussions médico-chirurgicales
- Une prise en charge psychologique et/ou psychiatrique
- Un suivi au long cours par bilans réguliers d'évaluation, jusqu'à la maturation cicatricielle afin de dépister et prévenir les aggravations fonctionnelles et esthétiques, d'adapter la rééducation et l'appareillage aux nouveaux besoins (et à la croissance chez l'enfant) et aux nouvelles technologies, et de proposer si nécessaire une chirurgie réparatrice fonctionnelle et esthétique.
- Une éducation thérapeutique du patient et de son entourage
- La mise en place des conditions d'une réadaptation sociale et professionnelle
- L'organisation du retour dans un lieu de vie (domicile, hébergement, …) compatible avec la poursuite des soins

2 – 2 Indications

Indications médicales

Certains types de brûlures relèvent plus particulièrement d'une prise en charge spécialisée :

A ce titre, la structure autorisée doit être capable de prendre en charge les brûlures graves (profondes et/ou étendues), les brûlures avec atteinte d'une zone vitale (face), fonctionnelle et esthétique (plis de flexion, mains, thorax, face, cou) ou particulière comme le périnée, les brûlures avec lésions associées (polytraumatisés), les brûlures entraînant des amputations de membre ou de segment de membre, les brûlures avec complications orthopédiques infectieuses, les brûlures avec plaie infectée.

Elle doit également être capable de prendre en charge les suites de greffes de peau (immédiates et en séquelles), les suites de chirurgie à visée de reconstruction fonctionnelle et esthétique et les pathologies cutanées graves non liées à la brûlure mais qui justifient des pansements complexes et une prise en charge de rééducation et/ ou de réadaptation.

Indications psychosociales

La structure autorisée doit également être capable de prendre en charge :

Les patients brûlés socialement défavorisés (sans domicile ou à très faible revenu) qui ne peuvent assumer seuls les soins et doivent être hospitalisés dans des services de SSR pour éviter une aggravation des plaies ou la survenue de séquelles invalidantes. Cependant, ces patients ne doivent être adressés en SSR spécialisé que dans le cas où la brûlure est susceptible d'entraîner des complications.

Les patients psychiatriques présentant des brûlures, doivent être hospitalisés en « SSR brûlés »dans le cas ou la brûlure est susceptible d'entraîner des complications.

Il en est de même pour les patients présentant des conduites à risque, et les victimes de maltraitance.

III – ORGANISATION

3 - 1 Implantation et capacité

La taille souhaitée d'une unité de soins de suite spécialisés en « SSR brûlés » est de 20 lits minimum pour les adultes, correspondant à la masse critique nécessaire à l'organisation d'une prise en charge spécifique

Chez l'enfant : la taille souhaitée d'une unité de « SSR brûlés » est de 10 lits

Pour garantir la fluidité de la filière, le taux d'occupation ne doit pas dépasser 85 %.

3 – 2 Locaux et plateau technique

En complément du D.6124-177-7 (conditions générales sur les espaces de rééducation), la structure doit disposer d'installation de balnéothérapie et d'un accès (sur place ou par convention) à un atelier d'ajustement d'aides techniques, à un atelier d'appareillage et de confection de prothèses et à un laboratoire d'analyse du mouvement.

Eléments spécifiques minimaux attendus

- Au moins une douche filiforme ou vacuothérapie.

- En kinésithérapie : des espaces suffisants pour permettre des soins individuels ; des équipements pour la verticalisation, la récupération d'amplitude articulaire, la rééducation de l'équilibre et de la marche, le réentraînement à l'effort et de matériel de massothérapie mécanique et de physiothérapie.

- En ergothérapie : des locaux spécifiques répartis en locaux individuels ou communs et en ateliers, équipés pour : la rééducation analytique et globale de la préhension, du geste et de la fonction, la réalisation d'appareillages (conformateurs pour l'adulte et l'adolescent ou masques faciaux pour l'enfant, orthèses) et la réadaptation au milieu socio-familiale et professionnel.
- Une ou plusieurs salles de pansements spécialisés permettant des soins sous antalgie (sédation ou analgésie) avec une attention particulière pour éviter le développement des infections nosocomiales.

- Un atelier de couture (confection de vêtements compressifs).

- Des chambres individuelles ou d'isolement.

- Salles dédiées à la psychomotricité, l'orthophonie, le maquillage esthétique.

- Salle de réadaptation à l'effort, de musculation et de sport.

Autres locaux

Bureau(x) destiné aux consultations médicales, entretiens avec le psychologue, consultations de lutte contre la douleur, consultations psychiatriques.

3 - 3 Personnel

Compétences

Compétences médicales obligatoires : MPR ou médecin « brûlologue » (expérience et/ou formation attestée en brûlure).

Compétences non médicales obligatoires : IDE, assistant de service social, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute, psychomotricien, diététicien, psychologue, prothésiste ou orthésiste.

Dans tous les cas possibilité de recours à des spécialistes référents et de préférence par présence sur le site : chirurgien plasticien et spécialiste de la main, algologue, psychiatre, nutritionniste, ophtalmologue, ORL, cardiologue, neurologue, pneumologue, etc.

Formation

Une formation adaptée des soignants non médecins à la brûlure et aux soins (pansements, orthèses, mise en place de vêtements compressifs), à la prise en charge de la douleur et à la dimension psychologique des patients, est organisée dans le service pour le personnel de la structure référente spécialisée et pour les structures partenaires dépendante du réseau. Cette formation doit être organisée de façon pérenne, prenant en compte les renouvellements des équipes.

Activité de recherche

Les structures de SSR brûlés doivent avoir une activité de recherche clinique.

3 - 4 Organisation des soins

Modes de prise en charge

Intervention précoce et systématique d'un médecin MPR du « SSR brûlés » en service aigu du CTB (Centre de traitement des brûlés), pour évaluer tous les patients : les modalités d'intervention de ce médecin devront être formalisées au moyen d'une convention entre les services aigus et le SSR, afin de déterminer un programme thérapeutique commun pour les patients qui le nécessitent.

Dans la structure de SSR, les modes de prise en charge dépendent de l'état clinique du patient, de son degré d'autonomie, de son environnement familial et de la proximité du domicile. Il peut s'agir

d'hospitalisation complète, de semaine, d'hospitalisation de jour, de soins externes en soins infirmiers et/ou en soins de rééducation spécifiques. Les moyens pour y parvenir sont le recours à l'hospitalisation classique et l'hospitalisation à domicile, l'hospitalisation de jour, les consultations de suivi et les éventuels soins en ambulatoire.
L'hospitalisation (ou la réhospitalisation) directe en SSR spécialisé doit être possible pour des bilans d'expertise, ajustements thérapeutiques et traitements de complications.
Des consultations médico-chirurgicales pluridisciplinaires doivent être assurées dans la structure de SSR spécialisés ou en centre aigu.
Le « SSR brûlés » doit permettre l'accès à toutes les spécialités en fonction des besoins des patients, pour la prise en charge optimale de toutes les complications (orthopédiques, neurologiques et psycho-comportementales…) et comorbidités.

Dans les situations complexes, un suivi rééducatif au long cours jusqu'à maturation cicatricielle, doit être proposé au patient. Ce suivi est mis en place en collaboration avec le médecin traitant et le chirurgien, soit dans la structure de SSR, soit dans le service de consultation attaché au CTB.

Permanence des soins

La permanence des soins est assurée par une garde ou une astreinte médicale 24/24 H et par la présence d'au moins un infirmier la nuit dédié au service.

Réseaux et filières

Filière d'amont :

Les CTB adressant des patients après la phase aigue en SSR spécialisés doivent signer des conventions précisant les modalités de l'adressage.

Les établissements périphériques non spécialisés prenant en charge des brûlures doivent systématiquement demander un avis de SSR spécialisé dans le mois qui suit la brûlure (l'analyse PMSI des flux année N+1 permettra de comparer les taux de transferts en SSR entre les structures aigues spécialisées et non spécialisées).

Filière d'aval :

A l'issue de leur séjour en « SSR brûlés », les patients rentrent le plus souvent à leur domicile. Mais ils peuvent être adressés pour la poursuite de leurs soins :
En HAD de réadaptation (Coubert, Eaubonne Montmorency, …).
Dans une structure HDJ de SSR polyvalent (1 par département de manière à définir pour un maillage idéal dans la région).
Dans une structure spécialisée référencée pour le séjour en Centre Thermal.
Le suivi par consultation est organisé soit par la structure aigue soit par celle de « SSR brûlés » soit par les deux.
Le réseau établit des liens avec les kinésithérapeutes de ville qui le souhaitent moyennant une formation donnée soit par la structure aigue soit par celle de « SSR brûlés ».

Les structures de SSR polyvalent accueillant des patients en HDJ (ou structures « relais »), doivent se porter volontaires pour s'impliquer dans la démarche. Elles seront accompagnées dans l'acquisition de compétences et de moyens en matière de rééducation en peau brûlée. Une convention sera signée entre les structures relais et le Centre de SSR spécialisé, afin de formaliser les relations entre les différents acteurs et leurs implications respectives dans la démarche.

Certains servent déjà de filière d'adressage au CRF de Coubert, comme les centres de rééducation de La Chataigneraie (75), des Peupliers (75), de Garches (92), et de Gonesse (95). Dans les autres départements, l'accompagnement pourrait concerner :

- dans le 78 : Le Terrier ou Rambouillet
- dans le 91 : La Clinique de l'Essonne
- dans le 93 : Le CH d'Aulnay
- dans le 94 : Les centres de Villiers sur Marne ou Valenton

CAHIER DES CHARGES CANCEROLOGIE EN SSR

Outre les éléments décrits dans :

- la circulaire N°DHOS/O1/2008/305 du 03 octobre 2008 relative aux décrets n° 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation, y compris la fiche technique thématique
- le socle commun pour les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) indifférencié

I - DEFINITION

1 – 1 Objectifs spécifiques

Chez l'adulte, la prise en charge spécialisée en SSR de cancérologie, concerne les tumeurs malignes solides. Elle constitue un temps intermédiaire entre les soins aigus et le suivi ambulatoire dans la filière de soins et prépare le retour dans le lieu de vie.

1 – 2 Orientations de la prise en charge en lien avec l'état du malade

L'unité de soins de suite spécialisés en cancérologie s'adresse à des patients provenant de court-séjour (ou bien d'un service de SSR polyvalent, ou encore du domicile), atteints d'une pathologie maligne et présentant une altération importante de l'état général ou des complications nécessitant des soins spécifiques ne pouvant être réalisés en ambulatoire ou en soins de suite polyvalents.

L'orientation d'un patient pour une prise en charge spécialisée en SSR de cancérologie, est liée :

- soit à un état clinique nécessitant un suivi quotidien par un médecin qualifié spécialiste en cancérologie, ou un médecin présentant une formation ou une expérience attestées en cancérologie,

- soit à la nécessité d'assurer le traitement et/ou sa surveillance quand les contraintes thérapeutiques, sociales et/ou l'éloignement territorial ne permettent pas un retour rapide au domicile.

1 – 3 Spécificité de la prise en charge et maillage régional

La prise en charge de SSR de cancérologie est une prise en charge spécialisée s'adressant à des patients complexes et nécessitants des compétences médicales particulières. Les patients peuvent être adressés du court séjour, mais également d'un service de SSR polyvalent ou du lieu de vie habituel.

Il est important cependant que l'organisation mise en place entre les structures spécialisées de SSR de cancérologie et celles de SSR polyvalent permette un maillage régional suffisant, afin de garantir aux patients une offre de proximité et, leur éviter des trajets trop longs notamment pour des prises en charge itératives.

II - MISSIONS

2 – 1 Typologie de la prise en charge y compris prise en charge spécifique

L'Unité doit assurer la continuité des soins oncologiques et en particulier des prises en charge :

- de renutrition (nutrition entérale et parentérale)

- des effets secondaires de la chimiothérapie :
  - traitements anti-émétiques
  - traitements antibiotiques, antifongiques, antiviraux,
  - facteurs de croissance,
  - transfusions,
  - isolement pour BMR
  - isolement pour aplasie

- de surveillance de stomies (et éducation des patients)

- d'oxygénothérapie

- de kinésithérapie motrice ou respiratoire

- de traitement de la douleur

- de soins palliatifs non complexes ne relevant pas d'une prise en charge en USP

2 – 2 Chimiothérapie

En plus des prises en charge citées dans le paragraphe 2.1, certains établissements associés pourront être reconnus au titre de la pratique de la chimiothérapie :

↳Ils devront se conformer aux recommandations de l'INCA* pour la pratique de la chimiothérapie**, et établir une convention avec le(s) établissement(s) autorisé(s) au(x)quel(s) ils sont associés.

↳ Dans les cas où la préparation de la chimiothérapie n'est pas réalisée dans l'établissement associé, une convention de sous-traitance précisera les conditions de transport des produits ainsi que les conditions d'élimination des déchets.

** :Recommandations relatives aux relations entre les établissements autorisés pour la pratique de la chimiothérapie et les établissements dits « associés »- www.e-cancer.fr.*

*** : Bien que ces recommandations s'appliquent à la fois pour la pratique de la chimiothérapie orale et la chimiothérapie par voie intra-veineuse, la préparation centralisée ne s'applique bien entendu que pour la chimiothérapie intra-veineuse.*

2 – 3 Produits sanguins

Pour la fourniture de produits dérivés du sang, une convention avec un site transfusionnel EFS proche doit être formalisée (convention définissant la commande et l'approvisionnement des PSL en situation normale et d'urgence).
Il est nécessaire qu'un comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance (CSTH) soit mis en œuvre afin de définir la politique transfusionnelle.

III – ORGANISATION

3 – 1 Implantation et capacité

La taille minimale souhaitée d'une unité de soins de suite spécialisés en cancérologie est de **15** lits.

Le taux d'occupation cible se situe à 85 %, gage de fluidité de la filière.

L'unité doit être implantée dans un établissement de santé disposant, au minimum, d'une soixantaine de lits au total, dont des capacités de court-séjour ou de soins de suite. Il est souhaitable, sans que cette condition soit impérative, que l'établissement de santé exerce une activité soit de cancérologie en court-séjour, soit de soins palliatifs en court-séjour ou en soins de suite.

3 – 2 Compétence et formation des personnels

Le personnel médical

Le médecin coordonnateur de l'unité est titulaire d'une formation en oncologie (au minimum DU d'oncologie médicale).

Le personnel non médical

Cadre infirmier, IDE :

Le personnel soignant doit être formé à la cancérologie (maniement de packs de nutrition, cathéters d'abord veineux central, stomathérapie, maniement des chimiothérapies pour les établissements pratiquant la chimiothérapie).

Les ratios en personnel doivent être adaptés en fonction du profil des patients, et l'effectif soignant doit être majoré en fonction de l'importance du volume de chimiothérapies, de la dépendance des malades et des prises en charges de fin de vie.

Autres personnels :

Possibilité d'accès à un psychologue masseur-kinésithérapeute, diététicien, assistante sociale, orthophoniste (selon le profil des patients). Possibilité de recours aux conseils et/ou à l'assistance d'une équipe mobile de soins palliatifs.

L'organisation des plannings permet des réunions de synthèse de l'ensemble de l'équipe, avec participation du psychologue.

L'équipe médicale et soignante est formée aux soins palliatifs.

3 – 3 Organisation des soins

La permanence des soins

Elle est assurée au minimum par une astreinte médicale, organisée en lien avec les autres unités de soins de l'établissement et par la présence d'au moins un infirmier la nuit dédié au service

La continuité des soins

Une convention est établie avec les établissements de court séjour adressant les patients, précisant les modalités de collaboration et visant à assurer la continuité des soins et une prise en charge globale des patients.

Filière de soins

L'établissement SSR Cancérologie associé doit adhérer à un réseau de cancérologie lequel est intégré dans la filière cancérologique.

Les missions dévolues aux soins de suite cancérologiques et leur articulation avec les autres structures de prise en charge de ces patients (court-séjour, HAD, SSIAD, prise en charge libérale, EHPAD), sont définies et évaluées au sein du réseau de cancérologie

3 – 4 Locaux, matériels et plateau technique

L'hébergement des accompagnants doit être possible.

L'unité spécialisée doit disposer de lits électriques et de matelas anti-escarres.

La présence sur site, ou l'accès par convention sur un plateau technique voisin, à une installation de radiologie et un laboratoire de biologie médicale 24 h/ 24 h, est indispensable.

CAHIER DES CHARGES « PRISE EN CHARGE DES VIROSES CHRONIQUES EN SSR »

Outre les éléments décrits dans :
- la circulaire N° DHOS/01/2008/305 du 03 octobre 2008 relative aux décrets n°2008-377 du 17 avril 208 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation,
- le socle commun pour les Soins de Suite et de réadaptation indifférencié.

I – Définition

1 – 1 Objectifs spécifiques de la prise en charge

Chez l'adulte, la prise en charge spécialisée en SSR « viroses » concerne les personnes porteuses du VIH (dont celles co-infectées par les virus des hépatites) et celles mono-infectées par les virus des hépatites (hors VIH).

Elle constitue un temps intermédiaire entre les soins aigus et le suivi ambulatoire et prépare le retour dans le lieu de vie et/ou l'orientation vers un dispositif adapté (social et / ou médico-social)[4].

Cette prise en charge a pour objet de prévenir et réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques et sociales des déficiences et des limitations de capacité, de promouvoir la réadaptation et la réinsertion, permettant un retour au domicile avec une autonomie suffisante.

L'hospitalisation en SSR contribue à la surveillance médicale, la poursuite des traitements et leur réajustement, le cas échéant ainsi qu'à l'éducation thérapeutique du patient (ETP).

La durée de séjour ne peut être déterminée systématiquement à l'entrée, elle sera fonction de la réévaluation de la situation et du bénéfice effectif des rééducations.

1 – 2 L'orientation de la prise en charge en lien avec l'état du patient

L'unité s'adresse à des patients adultes, tous ages confondus, provenant de service de court séjour, d'un SSR polyvalent, du lieu de vie (domicile, institution médico-sociale, établissement pénitentiaire..).

Les prises en charge répondent à des besoins variés.

<u>Dans le domaine du VIH</u>, il s'agit de :

[4] Cette offre d'aval est parfois insuffisante ou éloignée

- suite de soins en post aigu, aide à l'observance,
- prise en charge des complications neurologiques du VIH,
-initiation de traitements complexes ou changements de traitements (anti-rétroviraux, antibiotiques, antifongiques…) au regard de l'état de santé et/ou du contexte et de l'environnement (précarité, primo arrivant, sortant de prison),
- prise en charge de la co infection par la tuberculose et de certaines infections opportunistes, du fait de la gestion parfois complexe de la restauration immunitaire,
- gestion des co-morbidités et co infections,
- effets indésirables lourds des traitements, patients en échec thérapeutique
- besoins spécifiques en cancérologie (cancers solides) et hématologie (lymphomes),
- prise en charge nutritionnelle et des complications métaboliques et/ou cardiovasculaires,
- insuffisance respiratoire, soins d'escarres,
-séjour de répit pour les patients bénéficiant d'un maintien à domicile pour lesquels l'entourage (aidants familiaux) et/ou eux-mêmes doivent être temporairement soulagés,
- prise en charge pré et post natale des femmes VIH positives.

Pour les personnes mono infectées par le VHC :

- complications de l'hépatite et des traitements (antiviraux, facteurs de croissance..),

1 – 3 Etablissement de proximité et/ou de recours, référent

1.3.1 S'agissant de patients complexes, nécessitant des compétences particulières, cette prise en charge concerne des établissements spécialisés de recours. Selon le profil des patients, les unités développent une expertise dans d'autres domaines ou spécialités.

1.3.2 Certains services peuvent développer un pôle de référence, recrutant certaines pathologies ou situations, du fait d'un savoir faire particulier, de plateaux techniques adaptés, d'une cohérence et d'une complémentarité avec d'autres services sur le site.

1.3.3 Certains patients séropositifs peuvent relever d'un SSR indifférencié. Dans ce cas, la mobilisation de l'offre de proximité est à rechercher en lien avec des services compétents en VIH pour l'accompagnement en termes de formation[5].

Les modalités d'hôpital de jour ou de consultations spécialisées SSR ne semblent pas pertinentes dans le domaine des viroses.

II – Missions (profil des patients pris en charge, pathologies spécifiques)

L'unité doit être en capacité de prendre en charge des personnes présentant:

un neuro–sida : pathologies neurologiques lourdes (démence par encéphalite, leuco-encéphalite multifocale progressive (LEMP), toxoplasmose cérébrale) responsables de séquelles très invalidantes,

[5] Les patients sont encore trop souvent refusés au motif de leur séropositivité.

parfois non réversibles, souvent liées à un diagnostic tardif ou une prise en charge tardive dans un contexte marqué par la précarité sociale et/ou les troubles psychologiques antérieurs,
une tuberculose : dans le cadre d'un pathologie inaugurale, ou en cours d'évolution nécessitant une prise en charge complexe compte tenu des interactions médicamenteuses et du contexte environnemental,
la co- infection avec hépatites : compte tenu de la complexité des traitements et de la lourdeur des situations,
pendant la grossesse et en suites de couche : aide à l'observance (prévention de la transmission mère/enfant et du traitement du bébé), soutien psychologique (choc de l'annonce, prévention et prise en charge de la dépression post natale), accompagnement social de la mère, suivi de l'enfant, évaluation et soutien du lien mère/enfant, orientation, gestion des morbidités (tuberculose, cancer du col).
une pathologie tumorale : dans le cadre du VIH (lymphome hodgkinien ou non, sarcome de Kaposi évolué) ou cancers plus fréquemment rencontrés chez les personnes séropositives (cancer du poumon, cancer anal..) pour les séjours inter cure. Les chimiothérapies sont assurées par convention avec une structure autorisée ou reconnue en cancérologie.
des déficits nutritionnels sévères, des troubles métaboliques : gestion de la nutrition entérale et parentérale, des dyslipidémies, des anomalies phosphocalciques,
des échecs thérapeutiques : gestion de traitements lourds, soutien psychologique, prise en compte du contexte (précarité, profil psychologique)
des hépatites :
- poursuite et mise en œuvre des traitements dans un contexte psycho-social difficile (psychiatrique, addictions, désinsertion sociale),
- prise en charge des complications : cirrhoses (compensées et décompensées), carcinome hépato cellulaire,
- complications des traitements par interféron, antiviraux, facteurs de croissance,
- prise en compte des addictions, organisation d'un sevrage alcool ou produits psycho actifs, mise en place ou réduction d'un traitement de substitution, en lien avec un service compétent en addictologie
- prise en charge pré greffes.

Ces patients sont très souvent en situation psychosociale plus difficile et particulièrement vulnérables.

2 – 1 Typologie de la prise en charge (y compris prises en charge spécifiques)

Le service doit être capable d'assurer :

- des actes de rééducation mécanique, sensori-motrice, neurophysiologique, une réadaptation fonctionnelle et une «requalification» de l'autonomie,
- la mise en place du suivi et/ou adaptation de l'appareillage et d'aides techniques,
- la surveillance médicale et/ou des traitements (antirétroviraux, prophylaxie des infections opportunistes),
- la poursuite et la stabilisation des fonctions vitales au décours de la prise en charge en court séjour (fréquence de l'insuffisance respiratoire),
- la prise en charge en soins techniques nutritionnels, en soins de nursing, les soins d'escarres,
- la prise en charge de la douleur,
- la gestion des pratiques addictives (sevrage, substitution, accompagnement)
- l'accompagnement et l'organisation de la fin de vie, les soins palliatifs non complexes, l'organisation de l'accès à une équipe mobile de soins palliatifs,

- la gestion des situations sociales difficiles (revenus, logement, droit au séjour).

Pour l'ensemble de ces patients, sont nécessaires :

- l'éducation thérapeutique du patient, l'aide et le soutien à l'observance : consultations individuelles d'éducation thérapeutique et actions collectives (groupes de paroles, ateliers), ces actions peuvent être co-construites entre soignants et associations,
- des démarches d'aide pour la qualité de vie (ateliers..),
- la prévention et l'aide à la réduction des prises de risque (sexualité, usage de drogues et surconsommation d'alcool),
- le soutien, et selon le profil, la prise en charge psychologique et/ou psychiatrique,
- le dépistage des troubles cognitifs,
- la prise en charge nutritionnelle avec 2 axes principaux : dépister la dénutrition, pathologie fréquente chez les hospitalisés, souvent sous-diagnostiquée et responsable d'une augmentation du risque de complications ; prévenir les troubles métaboliques induits par les traitements antirétroviraux
- l'accès à l'orthophonie, l'ergothérapie le cas échéant.

Pour les populations spécifiques des mères et de leur bébé dans les premiers mois: soutien de la parentalité, soins de la maman (kinésithérapie, psychomotricité), soins et observation du bébé.
Pour les patients jeunes : insertion scolaire et professionnelle.

Compte tenu de la précarité importante tant sur le plan social que psychologique (patients migrants/étrangers au statut administratif précaire, patients désinsérés et /ou démunis, fragilité psychologique et ruptures fréquentes), le travail social est fondamental. L'équipe doit s'assurer qu'en amont du SSR, les démarches sociales sont entamées avant l'admission en vue de la continuité du projet de soins et du projet de vie.

Ce travail est à poursuivre dans l'unité de SSR, en collaboration avec le service social référent.

III – Organisation

3 – 1 Implantation et capacité

La capacité souhaitable en lits est au minimum de 6 lits adossés à un SSR polyvalent.
Un adossement à une unité ou établissement de court séjour n'est pas nécessaire sur le même site ; en son absence, la filière est à organiser.
Pour les patients nécessitant une prise en charge en cancérologie, soit l'unité est adossée à une unité pratiquant la cancérologie, soit le partenariat est organisé avec le service référent. L'accès à un service de soins intensifs référent semble également utile.

3 – 2 Locaux et plateau technique

- locaux

Les locaux sont accessibles.
Le service propose une offre de chambres individuelles, en particulier pour les isolements et pour les personnes demandant à être seules. L'hébergement des accompagnants doit être possible, indispensable lorsque l'établissement est difficilement accessible par les transports en commun et souhaitable dans tous les cas

. Une salle de rééducation est disponible sur site, ainsi qu'à une pièce pour les activités de groupe (animations, ateliers, repas partagés) et un espace de jeux.

Les locaux et les moyens logistiques (téléphone, Internet) permettent l'accueil des associations
Les locaux sont adaptés en cas d'accueil de mères et de bébés.

- plateau technique

L'accès à un plateau technique minimal (au moins un service de radiologie et un laboratoire pour la biologie courante) est indispensable sur site ou par convention. Sur certains sites, en raison de leur spécificité, une technicité spécialisée est justifiée (laboratoire de bactériologie, scanner…).
La réalisation des charges virales VIH,VHC, CD4/CD8, des génotypes de résistance et/ou les dosages plasmatiques d'antiviraux, ou tout examen spécialisé pour la prise en charge adaptée devenus indispensables au suivi de ces patients est à organiser par conventions avec les services compétents.

3 – 3 Personnel (en termes de compétence et de formation)

Le médecin coordonnateur peut être qualifié et/ou spécialisé (médecine générale, médecine polyvalente, maladies infectieuses).
Le cas échéant, la spécialité est adaptée à l'orientation du service « référent » (par exemple neurologie).
L'équipe médicale est compétente et formée dans le domaine du VIH et des hépatites (en particulier bonnes connaissances des traitements).
Les équipes sont sensibilisées à une prise en charge globale et aux spécificités de certains profils de patients (usagers de drogues, personnes sortant de prison, orientation sexuelle ou de genre).
L'accès à un avis psychiatrique est organisé. En particulier, en cas d'accueil de personnes infectées par le VHC (mono ou co-infectées), la pathologie psychiatrique souvent associée, justifie la présence de psychiatre (prévention des troubles du comportement, des pulsions suicidaires, de la violence).

En cas de toxicomanie active et d'alcoolisme, la présence d'addictologue est indispensable. L'accès à un hépatologue est également nécessaire.
L'accès à un pneumologue et à un neurologue est organisé.
En cas d'accueil « mère – bébé », les compétences sont adaptées (gynécologue, pédiatre, sage femme).

Les compétences non médicales reposent sur une équipe pluridisciplinaire :

- personnel infirmier formé en éducation thérapeutique,
- travailleur social, compte tenu de la précarité des personnes prises en charge (migrants, personnes ex usagers de drogue, isolement, personnes sans domicile fixe), nécessitant des démarches complexes.
- psychologue et le cas échéant neuropsychologue pour bilan et évaluation des troubles cognitifs,
- ergothérapeute,
- orthophonistes,
- compétences en diététique et nutrition.

En cas d'accueil « mère – bébé », les compétences sont adaptées (puéricultrice et auxiliaires).

Les équipes sont formées à l'accueil des personnes en situation de vulnérabilité et de personnes migrantes/étrangères[6].
L'accès à un interprète est possible dans le cadre de la convention DGS/ Inter Service Migrants (cf annexe de la circulaire).

[6] Circulaire du 8 juin 2006 relative à la prise en charge des migrants étrangers en situation de vulnérabilité infectés par le VIH dans les établissements de santé.

Les équipes sont formées de façon pérenne à la prise en charge de certains profils de patients (usagers de drogue, sortants de prisons, orientation sexuelle ou de genre)

Les activités d'éducation thérapeutique sont organisées en fonction du cadre de référence. [7]

L'organisation des plannings permet des réunions de synthèse de l'ensemble de l'équipe.

Un partenariat est organisé avec toute association reconnue pouvant contribuer au soutien et à l'accompagnement des patients[8].

3 – 4 Organisation des soins

3 – 4 – 1 Permanence des soins

Elle est assurée 24h/24h par les équipes soignantes. Un médecin doit pouvoir être joint 24h/24h (astreinte). Il est en effet l'interlocuteur privilégié en cas de recours à des soins médicaux urgents, tels que : accidents d'exposition au risque viral (patient source présentant fréquemment des virus VIH mutés résistants aux antirétroviraux (ARV) disponibles dans les kits des urgences[9], avis sur la justification d'un transfert en réanimation en cas d'aggravation soudaine (pneumopathie d'inhalation, état de mal épileptique…), contact avec les services de psychiatrie lors de la survenue d'épisodes d'agitation ou d'agressivité.

3 – 4 – 2 Traitements

Les traitements du VIH et de l'hépatite C sont accessibles.

3 – 4 – 3 Filières et réseaux

L'unité de SSR spécialisée organise des réseaux et filières dans le cadre de partenariats et de conventions :
- avec les services de court séjour pour le suivi par l'équipe médicale de référence.
- avec les filières d'aval médico-sociales et sociales, en particulier les appartements de coordination thérapeutique (ACT) et les dispositifs de maintien à domicile.
- avec un service de psychiatrie pour l'accès à hospitalisation,
- avec le dispositif spécialisé en addictologie.

Le COREVIH[10] est le cadre de travail pour organiser ces filières

Par ailleurs, sont à développer et formaliser :

---

[7] Circulaire du 15 juin 2007 relative aux missions d'éducation thérapeutique et à la prévention dans le domaine de la sexualité chez les personnes vivant avec le VIH.

[8] soutien individuel des personnes, permanences hospitalières, actions collectives (animations, repas..),co construction et animation de programmes d'éducation thérapeutique du patient,mise à disposition de documents d 'information à destination des patients,

[9]Circulaire interministérielle du 13 mars 2008 relative à la prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du VIH

[10] Les coordinations régionales de lutte contre le VIH instaurés par le décret du 15 novembre 2005 ont pour missions le recueil de données médico économiques, la coordination des acteurs de la lutter contre le VIH et l'harmonisation des pratiques. Corevih fonctionnent en Ile de France. http://ile-de-france.sante.gouv.fr/img/pdf/synthese_corevih.pdf

- les liens avec les équipes des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)
- le partenariat avec les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM)
- les associations.

Pour les prises en charge « mère- bébé », les partenariats concernent les interlocuteurs spécifiques des services de Protection maternelle et infantile (PMI) et de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) et les dispositifs d'aval spécifiques, rares ACT accueillant des mères avec enfants et centres maternels

3 – 4 – 4 Points particuliers

Compte tenu du profil des patients, une attention particulière est à porter à la lutte contre les infections nosocomiales (immunodépression) et à la prévention et la gestion des accidents d'exposition à risque viral, compte tenu de virus résistants.

Il est nécessaire d'équiper les centres et d'organiser le recueil de données spécifiques prévus dans le cadre des COREVIH : DMI 2, en cours d'évolution vers Domevih, dossiers médicaux informatisée et partagés (ex E -Nadis)[11].
Le PMSI apparaît peu adapté aux structures « mère –bébé) (cumul de pathologies, VIH non codé).

[11] Circulaire DHOS /E2/DGS/2007/328 du 27 aout 2007 relative au rapport d'activité type des COREVIH

CAHIER DES CHARGES « PRISE EN CHARGE NEPHROLOGIQUE EN SSR »

Dit « SSR NDT (Néphrologie-Dialyse-Transplantation) »

V2-septembre 2009

Outre les éléments décrits dans :

- La circulaire n° DHOS/01/2008/305 du 03 octobre 2008 relative aux décrets n°2008-377 du 17 avril 208 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation
- - Le socle commun pour les Soins de Suite et Réadaptation (SSR) indifférencié

I DEFINITIONS

1 – Objectifs spécifiques de la prise en charge

La prise en charge spécialisée en unité SSR « NDT », consiste à accueillir des patients en insuffisance rénale chronique à un stade IV et V, des patients en dialyse chronique (hémodialyse et dialyse péritonéale), et des transplantés rénaux, dont l'état ne nécessite plus un maintien en service aigu, mais qui ont besoin, du fait de leur maladie rénale non stabilisée, leur traitement de suppléance rénale et/ou de leur état polypathologique, d'un traitement et d'une prise en charge néphrologique post-aigue avant leur retour dans leur lieu de vie.

2 – Orientation de la prise en charge en lien avec l'état du patient

L'orientation d'un patient pour une prise en charge spécialisée en SSR « NDT », est liée à des situations médicales complexes, dans le contexte particulier de l'insuffisance rénale chronique.

Il peut s'agir :
- d'un état instable en insuffisance rénale sévère ou terminale stade IV et V, en dialyse péritonéale, hémodialyse ou transplantation
- de situations médicales particulières :
  - dénutrition avec ses complications
  - douleurs chroniques et gestion du traitement
  - problèmes de voie d'abord de dialyse
  - pathologies infectieuses et cardio-vasculaires
  - fin de vie.
- ou encore de la nécessité de gérer et d'adapter sur ce terrain particulier, les traitements médicamenteux

3 – Zone de recrutement, établissements de recours

La prise en charge en unité de SSR « NDT » est une activité de recours régional

La répartition de ces structures devra être équilibrée sur l'ensemble du territoire, et elles devront privilégier l'accueil des patients résidant dans leur zone de recrutement, notamment pour les patients âgés, en perte d'autonomie ou polypathologiques, dont la prise en charge en SSR peut durer plusieurs mois.

II MISSIONS

1 – Typologie de la prise en charge

L'unité spécialisée de SSR « NDT » doit être en mesure de garantir aux patients pris en charge :

- Le choix thérapeutique de la modalité de dialyse
- L'organisation de la mise en place de la voie d'abord de dialyse
- L'entretien du cathéter de dialyse
- La nutrition entérale et parentérale
- La prise en charge diététique
- L'adaptation de l'antibiothérapie à l'insuffisance rénale chronique
- La gestion des immunosuppresseurs chez le transplanté
- La prise en charge de l'hypertension artérielle et des troubles volémiques
- La prise en charge des troubles trophiques, des escarres et amputations
- La prise en charge des troubles phosphocalciques et ostéoarticulaires
- La prise en charge psychologique
- La prise en charge de la douleur
- Les soins palliatifs et l'accompagnement de fin de vie
- L'éducation thérapeutique du patient et de son entourage
- La réadaptation fonctionnelle sur le plan locomoteur
- La mise en place des conditions d'une réadaptation sociale et professionnelle
- L'organisation du retour dans le lieu de vie, y compris au moyen de visites à domicile, afin de permettre la poursuite des soins, notamment les dialyses à domicile

III ORGANISATION

1 – Implantation et capacité

L'implantation de ces unités doit être :

- Adossées à une activité de dialyse chronique **pour le recrutement de compétences spécialisées, l'assurance de la continuité des soins spécialisés en néphrologie, l'amélioration du confort des patients en diminuant les transferts et la diminution des frais de transport.**

- **Au sein d'un établissement ayant une activité de SSR** de façon à pouvoir s'appuyer sur les compétences médicales et paramédicales locales et bénéficier d'un plateau technique performant.

La capacité de ces unités *doit être suffisante pour avoir un personnel paramédical et médical adapté aux différentes prises en charge proposées.* ***(Minimum 12 lits)***

2 – Locaux et plateaux techniques

a) Les locaux

-Les chambres doivent être médicalisées équipées d'oxygène et vide muraux, assez grandes pour accueillir des fauteuils roulants.
-L'unité doit disposer de chambres individuelles permettant l'isolement des patients
-L'unité doit posséder un plateau de kinésithérapie pour une prise en charge individuelle et une espace permettant une prise en charge collective.
-L'unité doit avoir accès à un plateau d'ergothérapie, d'orthophonie et de neuropsychologie

b) Les moyens matériels

-En hospitalisation : lève malade, lits médicalisés à hauteur variable, système de monitoring de la pression artérielle électrocardiogramme, de la saturation en oxygène. Matériel de réanimation avec défibrillateur

-Plateau de kinésithérapie :

•Matériel de kinésithérapie : plan de Bobath, verticalisateur, table et chaise de massage, cage de pouliethérapie et espalier, parc de fauteuils roulants

•Matériel portatif pour soulager la douleur : Thermo et cryothérapie, électrothérapie

•Matériel de réentraînement à l'effort : couloir de marche, vélo ergométrique accès à un tapis de marche.

3 – Personnel et compétences

-L'unité doit être sous la responsabilité d'un néphrologue, seul compétent pour la prise en charge de ces patients. Il est garant de la coopération avec les services de néphrologie et de transplantation.
-Il est nécessaire de disposer au sein des unités « NDT » de compétences pour toutes les techniques de suppléance, y compris la dialyse péritonéale, afin d'offrir aux patients toutes les modalités de prise en charge dans le domaine.
-L'équipe médicale doit avoir un accès à la compétence d'un gériatre, d'un médecin de médecine physique et de réadaptation et selon les spécialités offertes, d'un diabétologue, d'un cardiologue, d'un neurologue et d'une équipe mobile de soins palliatifs.
-L'équipe des personnels non médicaux soignants et paramédicaux devra comprendre obligatoirement : IDE formés aux différentes techniques de dialyse, aides-soignants formés à la prise en charge de ces patients, assistant de service social, masseur-kinésithérapeute, diététicien, psychologue.
-L'unité doit permettre l'accès à un ergothérapeute, un orthophoniste, un podologue, un pédicure et un podo-orthésiste.

4 – *Organisation des soins*

La permanence des soins

Elle s'appuiera sur l'astreinte réglementaire de néphrologue organisée dans le service de dialyse auquel l'unité « SSR NDT » est adossée et plus généralement sur l'organisation de la permanence des soins dans l'établissement.

Les réseaux et filières

Filière d'amont :

Les services d'amont sont les services de soins de courte durée et les centres de dialyse chronique.

Filière d'aval :

- Les unités « SSR NDT » doivent bénéficier par avenant des conventions signées par le centre de dialyse auquel elles sont adossées, avec les établissements « centres de repli » ainsi qu'avec les services de réanimation, lorsque l'état du patient pris en charge en SSR nécessite un transfert vers ces structures.
-Les unités « NDT » peuvent apporter leurs compétences à des patients résidant dans d'autres structures, notamment en EHPAD, au moyen d'équipes mobiles ; Les modalités d'intervention de l'équipe mobile dans ces structures seront formalisées par une convention
-Les unités « NDT » doivent passer convention avec les structures de prise en charge à domicile (HAD, SSIAD, réseaux ville-hôpital) afin d'organiser le retour dans le lieu de vie.