

Date: 06.06.2016

Définition de la réadaptation précoce

Les informations suivantes s'appliquent aux enfants à partir de 2 ans et aux adultes

Préambule:

Le terme «réadaptation précoce» est utilisé depuis des années pour décrire diverses prestations. Il décrit d'un côté des mesures de réadaptation qui ont lieu très vite après les traitements, par exemple la mobilisation précoce, et d'un autre côté des réadaptations intenses et coûteuses qui se caractérisent par des installations conséquentes et du personnel spécialisé.

Partant de l'utilisation d'une rémunération liée aux prestations homogène dans toute la Suisse, il est nécessaire d'établir une définition uniforme et spécifique du terme «réadaptation précoce». Il s'agit là d'une condition sine qua non pour garantir un financement adéquat des cliniques proposant les prestations très coûteuses de la réadaptation précoce.

Le document suivant définit de manière uniforme le terme et l'étendue des prestations de réadaptation précoce, indépendamment de l'affection sous-jacente du patient.

Cette définition permet de délimiter clairement la réadaptation précoce du terme «réadaptation intensive» utilisé dans le document DefReha[®] et dans la collecte de données pour le projet ST Reha.

1. Description, critères

1.1. Introduction

Le succès d'une réadaptation dépend essentiellement de son instauration dans les plus brefs délais après l'événement qui en est à l'origine et de son adaptation aux progrès du patient tout au long du traitement. Il est important d'augmenter sans cesse les exigences posées au patient pour obtenir les meilleurs résultats possible. Pour exploiter tous les potentiels de régénération, une chaîne de traitement sans faille garantit le meilleur rétablissement fonctionnel possible de patients durement touchés, évite une perte fonctionnelle supplémentaire ainsi que des lésions dues à l'immobilisation et peut raccourcir la durée de l'hospitalisation.

Il faut comprendre que tous les patients ne passent pas par les différents stades/étapes de la chaîne complète de traitement. Une réadaptation précoce est réalisée lorsque le patient a subi un trouble fonctionnel sévère et complexe.

La réadaptation précoce se trouve à l'interface entre le traitement hospitalier aigu et la réadaptation intensive. Cela signifie un traitement médical de réadaptation instauré le plus tôt possible chez des patients qui doivent être hospitalisés en raison d'un problème de santé de survenue aiguë s'accompagnant d'une limitation sévère des fonctions corporelles. Il concerne les patients souffrant de troubles aigus et sévères de la santé (maladies/accidents), de complications et de multimorbidité, les patients recevant des soins intensifs de longue durée, et les patients souffrant de maladies chroniques préexistantes avec une exacerbation aiguë ainsi que d'un handicap préexistant ou d'altérations dues à l'âge.

La réadaptation précoce doit être appréhendée comme un travail d'équipe pluri- et interdisciplinaire axé sur le patient. Le traitement est réalisé par les services de réadaptation précoce et/ou les équipes de réadaptation précoce mobiles.

2. Examen en vue d'une réadaptation

Afin de déterminer le degré de sévérité d'un trouble fonctionnel et ainsi les besoins en réadaptation précoce, l'atteinte du patient est mesurée à l'aide de ce que l'on appelle des instruments d'évaluation. On utilise par exemple l'échelle allemande KRS (pour Koma-Remissions-Skala, premier stade de la réadaptation précoce), l'indice de Barthel de la réadaptation précoce (FRB) selon Schönle, une extension de l'indice de Barthel orientée sur la réadaptation précoce)* ou l'indice de Barthel (IB)*. Ces instruments servent à déterminer les limitations fonctionnelles et à formuler des objectifs réalistes de réadaptation. (*) L'indice de Barthel n'est à ce jour pas validé pour les enfants et les adolescents.

2.1. Besoins en réadaptation

Les besoins en réadaptation sont considérés comme avérés lorsque, à la suite d'une maladie ou d'une blessure, un trouble fonctionnel sévère ou des limitations manifestes ou imminentes peuvent être diagnostiqués et que des mesures de réadaptation sont nécessaires pour les éliminer, les réduire ou éviter leur aggravation. Ces troubles fonctionnels concernent en particulier la conscience, la cognition, les fonctions sensorimotrices, la déglutition, la continence, la prise de nourriture et de boissons, l'hygiène personnelle et la mobilité.

2.2. Capacité de réadaptation/motivation & motivabilité

En raison des investissements médicaux, thérapeutiques et de soins élevés tant sur le plan quantitatif que qualitatif, un bénéfice fonctionnel doit être escompté.

Un patient peut être considéré comme apte à la réadaptation même lorsque sa circulation sanguine n'est pas stabilisée ou lorsque ses capacités physiques ou psychiques générales sont encore limitées. Une tentative de réadaptation est indiquée également chez les patients non coopératifs, en prenant en compte le pronostic de réadaptation, pour déterminer le potentiel de réadaptation, planifier la suite de la procédure de réadaptation, mais aussi pour éviter les dommages secondaires. Le patient doit être en mesure de participer à un programme thérapeutique multimodal (physiothérapie active/passive, entraînement aux fonctions liées aux activités de la vie quotidienne, etc.).

2.3. Objectif et pronostic de la réadaptation

La réadaptation vise en premier lieu à promouvoir et à rétablir de manière précoce les fonctions cognitives et physiques fondamentales, mais aussi à éviter les complications secondaires et les séquelles. En début de la réadaptation précoce, un pronostic d'atteinte des objectifs est encore incertain.

3. Interfaces

3.1. Délimitation de la réadaptation précoce par rapport à la phase de soins aigus

Les critères déterminants pour les soins hospitaliers aigus sont une instabilité vitale, le diagnostic initial non encore complètement posé, des diagnostics étiologiques incertains ou une indication urgente de chirurgie. Une deuxième intervention prévue, par exemple suite à un polytraumatisme, n'est pas une contre-indication à la réalisation d'une réadaptation précoce.

La phase de soins aigus dure généralement ½ à 3 semaines. Les soins aigus servent en premier lieu au rétablissement et à la stabilisation des fonctions vitales (respiration, fonctions cardio-vasculaires), à la normalisation de la pression intracrânienne, au traitement des dommages primaires et à la prévention des complications secondaires. L'examen du potentiel de réadaptation et des besoins en prestations de réadaptation et de leur instauration commence simultanément.

Les soins aigus comprennent le diagnostic médical des lésions et de leurs causes ainsi que des maladies sous-jacentes/associées et des autres blessures, un traitement médical curatif et/ou chirurgical selon la situation, ainsi que l'instauration des mesures de réadaptation. Pendant la phase aiguë, ces mesures concernent en premier lieu les soins (positionnement spécifique), l'activation et la mobilisation précoces et intensives du patient et le rétablissement des fonctions perturbées ainsi que la prévention des dommages secondaires évitables.

3.2. Délimitation de la réadaptation précoce par rapport à la réadaptation intensive

Durant cette phase de la réadaptation, les patients sont assez avancés dans leur rétablissement pour pouvoir participer activement à la thérapie. Cela signifie que les patients sont en grande partie lucides et que leur capacité à communiquer est rétablie. Une mise en danger de soi ou et des autres est exclue. Ils sont en partie mobilisés, mais ont cependant encore recours aux soins d'assistance. La réadaptation intensive a quant à elle pour objectif principal le rétablissement de l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne.

4. Critères d'indication et conditions indispensables à remplir par le patient pour une réadaptation précoce

4.1. Caractéristiques du patient

Une réadaptation précoce est indiquée lorsqu'un traumatisme, une maladie aiguë sévère ou l'exacerbation d'une maladie chronique ou d'une maladie chronique évolutive a entraîné un trouble complexe exigeant un traitement spécifique de réadaptation précoce dans un contexte hospitalier et interdisciplinaire.

Le diagnostic initial et le traitement de première intention doivent être terminés avant la réadaptation précoce.

Les patients se caractérisent avant tout par des besoins médicaux (également curatifs), de soins, de surveillance, de traitement et de suivi élevés, y compris en termes de monitoring.

La respiration, les fonctions cardiocirculatoires en position couchée et la pression intracrânienne sont stables. Le patient n'a plus besoin de ventilation assistée, sauf en cas de lésions de la moelle épinière au niveau cervical ou thoracique supérieur. Il n'y a pas de sepsis.

Le patient présente des besoins élevés en soins et a besoin d'une assistance maximale, c'est-à-dire de soins de base et thérapeutiques intensifs et de soins de réadaptation stimulants (par exemple interventions de soins pour améliorer la mobilité, Kinaesthetics, concept Bobath, concept Affolter, stimulation basale, concept FOTT [facio oral tract therapy selon Kay Coombes]) de plus de 4 heures par jour; de manière générale, il n'y a plus de contrôle des fonctions d'excrétion (incontinence urinaire/fécale).

Il existe un besoin spécifique de traitement simple/double, une incapacité à se comporter de façon adéquate au sein d'un (petit) groupe, avec trouble très sévère de la capacité de communication, de la compréhension d'instructions et de l'admission de la maladie ainsi qu'un manque de coopération active aux objectifs thérapeutiques. L'état global du patient lui permet cependant de participer plusieurs fois par jour à des mesures de réadaptation.

Une réadaptation précoce ne peut pas encore être envisagée chez les patients aux fonctions vitales instables souffrant d'une affection d'étiologie incertaine ainsi que chez les patients présentant une indication urgente de chirurgie.

Selon les cas, une réalisation répétée de la réadaptation précoce avec des périodes d'interruption du traitement peut être indiquée.

4.2. Examen à l'admission & évaluation

Une évaluation est réalisée au début de la réadaptation précoce et au cours du traitement à l'aide de l'indice de Barthel de la réadaptation précoce (selon Schönle)* pour la saisie et l'appréciation des déficits fonctionnels.

L'indice de Barthel de la réadaptation précoce (selon Schönle)* du patient s'élève ici à ≤ 30 .

Si les soins aigus et la réadaptation précoce sont réalisés lors d'un séjour hospitalier, une réadaptation précoce ne peut commencer que lorsque le diagnostic médical aigu est posé et les soins initiaux terminés. Une distinction par rapport aux soins aigus ou la réadaptation intensive est indispensable. Les exigences minimales fixées dans les différents codes de la CHOP sont déterminantes pour la saisie des prestations de réadaptation précoce.

(*) L'indice de Barthel n'est à ce jour pas validé pour les enfants et les adolescents.

5. Qualification et structures

5.1. Structure du personnel

Selon l'état du patient et de la structure organisationnelle dans les cliniques proposant les prestations, la réadaptation précoce peut être faite dans les propres services d'hôpital équipés de lits pour les patients ou par des équipes mobiles complémentaires de réadaptation précoce dans des services de médecine intensive/intermédiaire ou dans d'autres services spécialisés de l'hôpital, dans le cadre d'un travail d'équipe au sein d'une structure organisationnelle pluridisciplinaire d'un institut central de médecine physique et réadaptative ou d'un institut spécialisé comparable. Le traitement est confié à une équipe de réadaptation précoce au sein d'une unité organisationnelle pour la réadaptation précoce avec des tâches, compétences et responsabilités clairement définies sous la direction d'un médecin lié par contrat, spécialiste en médecine physique et réadaptative ou d'un neurologue formé à la réadaptation

(selon les directives de la Société Suisse de Médecine Physique et Réadaptation SSMPPR) ou d'un médecin généraliste/cardiologue/pneumologue/pédiatre/neuropédiatre disposant d'au moins trois ans d'expérience dans la réadaptation précoce. Un remplacement temporaire par un spécialiste de la discipline en question est assuré à tout moment. Au moins 50% du personnel soignant de l'équipe thérapeutique sont diplômés (infirmier/infirmière diplômé[e] HES ou formation équivalente à l'étranger), y compris dans la direction du travail posté; au moins un soignant par équipe de service dispose d'une expérience spécifique en trachéostomie ou en systèmes d'évacuation complexes (comprenant des formations internes régulières documentées ou de certification en soins intermédiaires/soins intensifs/anesthésie). Si des patients pédiatriques trachéotomisés sont hospitalisés en réadaptation précoce, un soignant par équipe de service doit disposer d'expérience en trachéostomie. En outre, l'équipe thérapeutique de réadaptation précoce comprend des thérapeutes disposant d'une formation professionnelle complétée conformément aux conditions de la réadaptation précoce spécifique aux organes. Disponibilité et utilisation de la logopédie si besoin. Chez l'enfant et l'adolescent: pédagogie curative et/ou spécialisée. Il est possible de collaborer avec un service social.

Un concept de formation continue est disponible pour l'équipe de réadaptation précoce, avec organisation régulière d'au moins 1 heure par semaine de formation continue spécifique à la réadaptation.

5.2. Infrastructure & équipement médical technique

Les locaux et l'équipement d'un service de réadaptation précoce doivent permettre et encourager le travail des professionnels de la santé désignés précédemment. Les pièces doivent par exemple permettre une utilisation flexible. Les chambres des patients doivent être suffisamment grandes pour accueillir le matériel thérapeutique et de soins nécessaire. Pour les enfants, l'infrastructure doit être adaptée aux besoins spécifiques à l'âge des patients, par exemple avec la possibilité de rooming-in.

Le service de réadaptation précoce dispose de l'infrastructure et des équipements techniques nécessaires pour un service de surveillance permettant le monitoring des paramètres cardiaques et respiratoires, ce qui implique donc la présence d'appareils de surveillance cardiaque et respiratoire: monitoring par ECG, pulsoxymétrie, surveillance de la fréquence respiratoire, apport continu en oxygène et dispositifs d'aspiration, valise mobile de réanimation.

Le système de monitoring doit permettre une surveillance centrale. Le service de diagnostic radiologique conventionnel et le laboratoire d'urgence doivent être disponibles 24 h sur 24 et 7 jours sur 7, en l'espace de 30 minutes au maximum (au sein de l'établissement ou chez des prestataires à proximité).

5.3. Densité du traitement & domaines thérapeutiques

La réadaptation précoce exige le recours aux domaines thérapeutiques nécessaires spécifiques aux organes (au moins trois parmi les suivants): physiothérapie, thérapie physique, ergothérapie, neuropsychologie/psychologie. Disponibilité et utilisation de la logopédie si besoin. Chez l'enfant et l'adolescent: pédagogie curative et/ou spécialisée.

Les thérapies fonctionnelles mentionnées ci-dessus sont appliquées au moins 5 jours par semaine avec au moins 2 unités de traitement par jour. Une consultation et un traitement diététiques peuvent également être réalisés de façon complémentaire.

Les soins de réadaptation stimulants et activants (aide à la perception du corps et thérapie d'activation pour les soins corporels, l'habillement, la nourriture et la boisson, le positionnement thérapeutique, la mobilisation, la formation en lien avec l'élimination, la gestion des canules trachéales) réalisés en plus

des soins de base et de traitement, ont lieu 7 jours sur 7, au moins 2 heures par jour, ou chez l'enfant au moins 1 heure par jour. Visites médicales 7 jours sur 7. Présence médicale 24 heures sur 24. En cas de nécessité médicale, la consultation d'un médecin-cadre est possible à tout moment en l'espace de 30 minutes.

Cette densité thérapeutique définit la quantité minimale des traitements; une étendue plus élevée des prestations tout comme des caractéristiques minimales supplémentaires peuvent être définies pour certains domaines partiels de la réadaptation précoce (réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce par ex.).

5.4. Planification & contrôle du traitement

La réadaptation précoce comprend un concept thérapeutique autonome, individuel, avec des procédés diagnostiques et des interventions spécifiques. La réadaptation précoce est conduite de manière pluridisciplinaire, au sein d'une équipe de réadaptation dirigée par des spécialistes médicaux, et de manière interdisciplinaire, en collaboration avec des secteurs spécialisés de médecine aiguë.

Les procédés diagnostiques spécifiques incluent l'évaluation pluridisciplinaire des limitations touchant les fonctions corporelles et les structures, les activités et la participation, notamment aussi avec des examens et procédures de tests standardisés. Ils servent à évaluer les troubles rencontrés, les besoins en réadaptation et en soins ainsi qu'à déterminer la capacité du patient à la réadaptation et le pronostic de celle-ci.

Les mesures de réadaptation sont planifiées avec définition des objectifs de la réadaptation précoce sur la base de l'évaluation et définition du déroulement de toutes les mesures au cours de la réadaptation précoce. Selon l'affection à l'origine des troubles, les interventions spécifiques comprennent des mesures médicales, des soins, de la physiothérapie, de l'ergothérapie, de la logothérapie, de la thérapie de déglutition, de la psychologie, de la neurologie, de l'art- et musicothérapie, de la diététique, de la médecine sociale et d'autres mesures.

Ces traitements donnent lieu à une documentation au moins hebdomadaire du déroulement des soins avec des évaluations appropriées, ainsi qu'à des programmes thérapeutiques structurés et documentés avec un concept systématique de soin. Chaque semaine, discussion en équipe des résultats déjà atteints et des futurs objectifs du traitement sur la base de la documentation hebdomadaire.

Conférences d'équipe structurées, tenues régulièrement sous direction médicale au moins chaque semaine, avec intégration de toutes les disciplines impliquées et documentation des objectifs de la réadaptation.

6. Évaluation du processus de réadaptation et critères pour le passage à la réadaptation intensive ou à une solution de poursuite durable (service de soins par ex.)

6.1. Durée

Réévaluation au moins une fois par semaine des besoins en réadaptation précoce selon les critères indiqués précédemment. La phase de réadaptation précoce dure en règle générale jusqu'à 6 mois (parfois plus longtemps en cas d'indication médicale ou de pronostic particulier, notamment chez les enfants et les adolescents).

Le patient est transféré en réadaptation intensive lorsqu'il est en grande partie lucide, arrive à satisfaire des demandes simples, est capable de communiquer et d'interagir (le cas échéant à l'aide de moyens auxiliaires), est en partie mobilisé, n'a plus besoin de surveillance médicale intensive (monitoring), peut prendre activement part à plusieurs mesures thérapeutiques chaque jour, ne représente pas un danger pour lui-même ou pour les autres (tendance à fuguer, accès d'agressivité par ex.), ne présente pas de trouble du comportement social et est capable de se comporter convenablement au sein d'un petit groupe.

L'indice de Barthel de la réadaptation précoce (selon Schönle)* s'élève à > 30 points.

(*) L'indice de Barthel n'est à ce jour pas validé pour les enfants et les adolescents.

6.2. Planification de la sortie

Il s'ensuit une phase de préparation à la sortie pour définir la prise en charge ultérieure avec introduction et structuration du suivi dans le cadre d'une réadaptation intensive ou dans un service de soins.

Si, lors d'un déroulement normal du traitement, plus aucune amélioration ne peut être constatée ou qu'un besoin durable de soins demeure en raison de troubles fonctionnels sévères, vraisemblablement durables voire progressifs, un arrêt du traitement de réadaptation devrait être envisagé (lorsqu'aucun bénéfice fonctionnel n'a plus été constaté sur une période d'au moins deux mois).

6.3. Gestion de la qualité

Preuve d'une gestion reconnue de la qualité, y compris exécution régulière et documentation adéquate d'évaluations des résultats. Vérification de la satisfaction des patients et de leurs proches à l'aide de méthodes adaptées ainsi que par un CIRS appliqué activement.