



## Document de référence pour le code CHOP 93.89.1 Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce Version 01.01.2019

*Une période transitoire jusqu'au 01.01.2020 s'applique aux caractéristiques en matière de personnel*

---

### 1. Définition et indication:

La réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce fait référence à la phase particulièrement intensive de la réadaptation neurologique des patients présentant des lésions graves et très graves du système nerveux après des soins aigus ou chez les patients présentant une exacerbation aiguë de maladies chroniques préexistantes.

Elle est effectuée en cas d'indication de maladie neurologique de base (aiguë) avec un schéma de perturbation grave / complexe et de la nécessité d'un traitement de réadaptation spécifique dans un cadre interdisciplinaire hospitalier avec des dépenses médicales, infirmières et thérapeutiques quantitatives et qualitatives élevées. Le potentiel de gain fonctionnel est supposé ou observé.

Les perturbations concernent en particulier (individuellement ou en combinaison):

- des troubles somatiques graves avec instabilité végétative au repos et/ou sous stress (obligation de surveillance),
- avec aspiration des voies respiratoires avec ou sans trachéotomie, ainsi que la nécessité d'une alimentation par sonde ou d'une nutrition parentérale,
- une perturbation grave (qualitative et/ou quantitative) de la conscience,
- un risque aigu et élevé de complications secondaires et tertiaires (p. ex. escarres, contractures, aspiration, ossifications périarticulaires),
- un trouble psychique grave ou un état de confusion grave (avec perte persistante ou intermittente de la maîtrise de soi : syndrome de dyscontrôle) ainsi qu'une mise en danger de soi ou d'autrui due à une déficience psychique et/ou cognitive grave,
- des dépenses en soins élevées et un besoin maximal d'aide (soins intensifs et de réadaptation >4 heures par jour),
- des dépenses élevées en surveillance, en traitement et en soins (également curatifs) médicaux / infirmiers (y compris monitoring),
- un besoin spécifique maximal de traitement (avec traitement simple ou double, un manque de capacité en (petit) groupe, un trouble de la plus grave sévérité dans la capacité de communication, dans la compréhension des instructions et de la maladie, ainsi qu'un manque de coopération active dans les objectifs de la thérapie). L'indication et la décision du moment du transfert de l'hôpital de soins aigus à la clinique de réadaptation neurologique précoce sont prises sur la base de critères spécialisés. Les indications palliatives sont possibles avec des applications spécifiques. Le diagnostic et les soins aigus doivent être en grande partie terminés. D'autres critères d'exclusion sont les patients vitaux instables, les patients dont le diagnostic d'urgence n'est pas encore terminé et dont le diagnostic étiologique n'est pas clair, ainsi que les patients dont l'indication opératoire est urgente.

### Besoins en personnel:

1. Direction médicale par un spécialiste en neurologie et en neurochirurgie employé à  $\geq 80\%$ . Direction et adjoint représentent ensemble  $\geq 140\%$ . Possibilité également pour le poste d'adjoint d'un spécialiste en médecine interne générale, en médecine physique et réadaptative, ou en psychiatrie.
2. Service médical de garde 24 h / 24 et 7 j / 7 en interne; service d'arrière-plan spécialisé disponible.
3. Au moins 50 % de personnel soignant diplômé (infirmier diplômé ES ou formation équivalente en Suisse ou à l'étranger), y compris la gestion des équipes.
4. Thérapeutes, avec une formation professionnelle complète, dans les domaines thérapeutiques suivants: - physiothérapie; - médecine physique; - ergothérapie; - logopédie / traitement orofacial; - psychologie clinique et neuropsychologie. De plus pour les enfants: - pédagogie curative et spécialisée.
5. Le personnel infirmier et les thérapeutes sont spécialement formés dans le domaine de la réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce. Les enfants et les adolescents sont pris en charge par un personnel qui, grâce à sa formation et sa capacité d'empathie, est capable de répondre à leurs besoins physiques, psychiques et de développement.
6. Concept de formation continue avec une formation continue réglementée spécifique à la réadaptation et à la médecine aiguë / intensive de  $\geq 1$  h par semaine pour l'ensemble du personnel.

### Conditions structurelles préalables:

1. Station / service spécialisé, séparé dans l'espace.

- 1.1. Infrastructure d'une station de surveillance (surveillance ECG, oxymétrie de pouls, surveillance de la fréquence respiratoire, dispositifs d'apport continu en oxygène et d'aspiration, valise de réanimation mobile). Système de monitoring avec surveillance centralisée.
- 1.2. Pour les patients pédiatriques, l'infrastructure est adaptée aux besoins des enfants et des adolescents.
- 1.3. Possibilité de verrouillage et/ou système de sécurité du patient pour les patients souffrant de troubles psychiques graves.
2. Possibilité de diagnostic en interne par rayons X, EEG et laboratoire d'urgence, 5 jours par semaine dans la journée.
  - 2.1. Accès réglementé aux appareils de radiodiagnostic et au laboratoire les jours fériés et les week-ends.
  - 2.2. Accès réglementé à la mesure des potentiels évoqués.
3. Service de conseil structuré (notamment neurochirurgie, cardiologie, médecine interne générale, ORL, orthopédie, ophtalmologie, urologie, psychiatrie et spécialités pédiatriques correspondantes, etc.). Transfert d'urgence dans un hôpital spécialisé disposant de toutes les disciplines spécialisées en moins de 30 minutes.
4. Infrastructure et personnel formé pour le diagnostic de la dysphagie neurologique (pharyngolaryngoscopie endoscopique, vidéofluoroscopie interne ou externe), la prise en charge des canules trachéales (diagnostic, thérapie de la déglutition) et le traitement interdisciplinaire de la spasticité.
5. Infrastructure et compétences du personnel pour les investigations et les thérapies neuropsychologiques, la physiothérapie, la logopédie, l'ergothérapie, les thérapies physiques, la stimulation basale et de coma, et pour enfants et adolescents la pédagogie curative. En outre, cela comprend aussi un travail structuré avec les proches et, pour les enfants et adolescents, l'instruction et l'accompagnement des parents, ainsi que l'accès à un conseil social. Infrastructure pour les soins médicaux d'urgence et de réanimation avec un personnel spécialement formé (service médical de garde en interne).
6. Concept d'hygiène vérifiable, basé sur des standards de médecine intensive.
7. Pharmacie interne pour les médicaments d'urgence, ainsi que gestion structurée de la médication d'urgence.

#### **Durée du traitement:**

1. Réévaluation au moins hebdomadaire de la nécessité d'une réadaptation précoce conformément aux critères susmentionnés.
2. La phase de réadaptation neurologique précoce dure jusqu'à 6 mois (également plus longtemps dans des cas d'indication médicale et de pronostic particuliers, notamment chez les enfants et les adolescents).
3. Si l'indice de Barthel de la réadaptation précoce selon Schönle est de  $\geq 31$  points (CIM U52.0), le patient sera transféré en clinique de rééducation générale / continue s'il est principalement conscient et clair, répond à des demandes simples, est capable de communiquer et d'interagir (au moyen d'aides si nécessaire), est partiellement mobilisé, ne nécessite pas de surveillance médicale intensive (monitoring), peut participer quotidiennement à plusieurs mesures thérapeutiques de manière active, ne représente pas un danger pour lui-même ou pour autrui (p. ex. tendance à s'enfuir, crises clastiques), ne montre pas de grave perturbation du comportement social et convient aux petits groupes thérapeutiques.
4. Les enfants ou les adolescents peuvent fréquenter l'école hospitalière ou l'éducation précoce spécialisée pour les enfants d'âge préscolaire.
5. Arrêt de la réadaptation neurologique précoce, si aucun gain fonctionnel (avec des évaluations appropriées) n'est obtenu avec un traitement non perturbé pendant  $\geq 8$  semaines. Répétition possible en cas de nouveaux indicateurs en faveur d'objectifs réalistes et pertinents en matière de réadaptation et de thérapie.
6. La durée de la phase de préparation au congé, de 4 semaines en moyenne (8 semaines pour les enfants).

#### **Gestion de la qualité:**

Documentation au moins hebdomadaire de l'évolution avec des évaluations reconnues de réadaptation neurologique précoce (*GCS, GOS, KRS, EFA, indice de Barthel de la réadaptation précoce, EBI, FIM, WeeFIM*, etc.) pour évaluer les déficits fonctionnels. Attestation d'un système reconnu de gestion de la

qualité ainsi que réalisation et documentation régulière d'évaluations appropriées des résultats. Examen régulier de la satisfaction du patient et de ses proches par des moyens appropriés.