

# Traumatismes craniocérébraux, éveil, rééducation post-réanimation

## *Brain injury rehabilitation, arousal, post-critical care rehabilitation*

### Communications orales

#### Version française

CO24-001-f

#### **Service de rééducation post-réanimation (SRPR) : un maillon indispensable après la réanimation ?**

J. Luauté<sup>a,\*</sup>, L. Tell<sup>b</sup>

<sup>a</sup> PAM de rééducation des hospices civils de Lyon, hôpital Henry-Gabrielle, 20, route de Vourles, 69230 Saint-Genis-Laval, France

<sup>b</sup> PAM de rééducation des hospices civils de Lyon, hôpital Henry-Gabrielle, Saint-Genis-Laval, France

\*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jacques.luaute@chu-lyon.fr.

Le concept de rééducation post-réanimation, né à la fin du xx<sup>e</sup> siècle parallèlement aux progrès de la neuro-réanimation, a été développé pour optimiser la prise en charge de patients ayant un handicap neurologique lourd nécessitant des soins médicaux, une surveillance importante et une rééducation adaptée.

Les pathologies les plus à même de bénéficier de cette étape intermédiaire entre la réanimation et les services de MPR sont les patients cérébro-lésés en éveil de coma, la tétraplégie et certaines situations de polytraumatisme.

Pour être admis en SRPR, les patients doivent être stables sur le plan hémodynamique et respiratoire ; ils doivent être extubés ou porteurs d'une trachéotomie et les lésions associées doivent être traitées (notamment les problèmes orthopédiques).

Une organisation particulière et renforcée en soignants et rééducateurs est indispensable en raison des complications médicales encore fréquentes à ce stade (agitation, crises neurovégétatives, complications liées au décubitus...), des soins techniques (trachéotomie, gastrostomie, sondages intermittents...) ainsi que du niveau élevé de dépendance des patients hospitalisés dans ces unités.

Outre la prévention des complications de décubitus et notamment respiratoire, les objectifs sont de réaliser une évaluation précoce des déficiences et du pronostic et de mettre en place un programme de rééducation diversifié qui n'est souvent pas possible dans un service de réanimation. Une des spécificités de ces unités peut également être l'évaluation de l'éveil chez des patients qui conservent un trouble chronique de la conscience avant une orientation en unité EVC/EPR.

Alors que de nombreux SRPR sont créés sur le territoire, plusieurs questions ne sont pas résolues : la reconnaissance spécifique de ce type de structure dans l'offre SSR et les parcours de soin, le financement dans le contexte de l'arrivée prochaine (?) de la T2A SSR.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.898>

CO24-002-f

#### **Évaluation de l'activité de rééducation post-réanimation au sein du CHU de Toulouse**

C. Montaut<sup>\*</sup>, C. Terracol, X. De Boissezon, P. Marque, M. Labrunee, E. Castel-Lacanal

Service de MPR, CHU Toulouse-Rangueil, 1, avenue Jean-Poulhès, 31059 Toulouse, France

\*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : cakey@hotmail.fr.

**Mots clés :** Soins de rééducation post-réanimation ; Épidémiologie

**Introduction et objectifs.**— Dans le service de médecine physique et réadaptation du CHU de Toulouse, six lits de rééducation post-réanimation (RPR) ont été ouverts en août 2008. Après plus de trois ans, nous faisons le bilan de cette nouvelle activité.

**Méthode.**— Nous avons analysé les données épidémiologiques (âge, sexe), le service d'origine, la pathologie initiale, la durée de séjour et le mode de sortie.

**Résultats.**— Cent huit patients (73 hommes 68 % et 35 femmes 32 %) âgés de 49,6 ans ± 16,4 ont séjourné dans notre unité de RPR, pour une durée moyenne de 64,5 ± 66 jours. Le motif d'hospitalisation était les suites d'une « réanimation » chez 37 patients (34 %), 22 (20 %) étaient trachéotomisés et quatre (4 %) sous ventilation contrôlée ; neuf étaient en phase d'éveil (8 %) et neuf (8 %) avec des troubles du comportement nécessitant une surveillance. Le service d'origine était la neurologie pour 25 patients (23 %), la neurochirurgie pour 24 patients (22 %), l'unité de transplantation d'organe pour dix patients (9 %) et le service de réanimation pour neuf patients (8 %).

La pathologie principale était un AVC chez 28 patients (26 %), une lésion médullaire chez 19 patients (18 %), une SEP chez neuf patients (8 %) et une transplantation chez huit patients (7 %). Quarante-trois patients (40 %) sont passés dans notre secteur d'hospitalisation traditionnelle, 15 (14 %) sont partis dans un autre service de soins de suite et 26 (24 %) sont rentrés chez eux, dont quatre en hospitalisation à domicile. Un seul est décédé dans le service.

**Conclusion.**— Cette activité de rééducation post-réanimation répond à un véritable besoin en matière de santé publique ; les patients peuvent bénéficier d'une rééducation spécifique associée à des soins médicaux adaptés et spécialisés. La durée de séjour reste longue et nous devons améliorer notre collaboration avec les autres soins de suite, en particuliers les centres d'éveil.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.899>

CO24-003-f

#### **Devenir de 18 patients traumatisés crâniens et facteurs pronostiques**

J. Luauté<sup>a</sup>, M. Jaeger<sup>b,\*</sup>