

Université de l'Est parisien Paris 12  
Faculté de Médecine de Créteil

Diplôme d'Université de troisième cycle

Handicap, fragilité, réadaptation  
et  
Restauration neurologique du mouvement

Année universitaire 2009-2010

**Impasses hospitalières et situations de handicap :  
de la théorie à la pratique**

Laurence JOSSE

Cadre supérieur de santé, masseur-kinésithérapeute

CHU Avicenne (Bobigny)

**Directeur de mémoire : Professeur Claude HAMONET**

*Les vérités les plus précieuses sont celles que l'on découvre en dernier lieu, mais les vérités les plus précieuses, ce sont les méthodes.*

*F. NIETZSCHE*

# SOMMAIRE

<b><u>INTRODUCTION.....</u></b>	<b><u>2</u></b>
<b><u>PROBLEMATIQUE PRATIQUE.....</u></b>	<b><u>6</u></b>
<b><u>SEJOURS LONGS ET SORTIES DIFFICILES DES SERVICES DE COURT SEJOUR .....</u></b>	<b><u>6</u></b>
<b>QUELQUES DONNEES D'ENQUETES : STAGNATION DANS LE SYSTEME DE SOINS ET HANDICAP .....</b>	<b>6</b>
ENQUETES FRANCILIENNES .....	6
ENQUETES A L'HOPITAL AVICENNE .....	8
<b><u>CADRE CONCEPTUEL.....</u></b>	<b><u>12</u></b>
<b>DIFFERENTS MODELES DE LA SANTE .....</b>	<b>12</b>
<b>DU MODELE BIOMEDICAL DE LA SANTE AU RESEAU DE SANTE.....</b>	<b>14</b>
<b>HANDICAP : DEFINITION, CLASSIFICATIONS .....</b>	<b>17</b>
<b>EVOLUTION DES MODELES DE CLASSIFICATION DU HANDICAP .....</b>	<b>18</b>
<b>HANDICAP ET ASPECTS LEGISLATIFS .....</b>	<b>21</b>
<b><u>HYPOTHESE.....</u></b>	<b><u>24</u></b>
<b><u>METHODOLOGIE .....</u></b>	<b><u>25</u></b>
<b>OBJECTIFS .....</b>	<b>25</b>
<b>METHODE : ENQUETE UN JOUR DONNE .....</b>	<b>26</b>
<b>POPULATION ETUDIEE .....</b>	<b>26</b>
<b>CHOIX ET PRESENTATION DES OUTILS DE RECUEIL D'INFORMATION .....</b>	<b>27</b>
LA GRILLE AEPF .....	28
GLASGOW OUTCOME SCALE .....	29
SCORE DE RANKIN MODIFIE .....	29
SCORE DE PROBABILITE DE TRANSFERT EN SOINS POST AIGUS .....	30
GRILLE INTERMED.....	30
<b><u>RESULTATS .....</u></b>	<b><u>32</u></b>
<b><u>DISCUSSION .....</u></b>	<b><u>37</u></b>
<b><u>CONCLUSION.....</u></b>	<b><u>43</u></b>
<b><u>BIBLIOGRAPHIE .....</u></b>	<b><u>45</u></b>
<b><u>GLOSSAIRE.....</u></b>	<b><u>50</u></b>
<b><u>ANNEXES.....</u></b>	<b><u>52</u></b>

## Introduction

L'hôpital public est au cœur du système de soins français. Il est confronté au défi « *de soigner le mieux possible tout le monde, à tout moment et au meilleur coût* »<sup>1</sup>. Jours après jours, ses missions d'accueil social, de soins en urgence ou programmés, de recherche, d'enseignement se sont développées et ont du faire face aux contraintes internes (réduction du temps de travail, évolution du fonctionnement administratif de l'hôpital, ...) et externes (défaut de lien avec les soins de ville et le secteur médico-social, ...).

Les liens entre hôpital et handicap sont complexes puisque la prise en charge de la perte d'autonomie n'entre pas directement dans ses missions. Ils sont le plus souvent envisagés sous l'aspect de l'accessibilité et non sous celui de la prévention. L'hôpital est toutefois confronté à l'augmentation du nombre des personnes handicapées ou à risque de handicap qui est à mettre en lien avec de nombreux facteurs parmi lesquels, sans vouloir être exhaustif, nous pouvons citer :

- le vieillissement de la population,
- la transition épidémiologique avec l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques aux conséquences nouvelles et multiples physiques, mentales et sociales,
- les progrès de la médecine (connaissances, traitements, rapidité de la prise en charge,...) qui sauvent des vies mais augmentent le nombre de survivants porteurs de lourdes séquelles,
- l'effondrement des réseaux familiaux et sociaux de soutien traditionnel,
- la notion de complexité biopsychosociale issue de la psychiatrie mais qui intéresse tous les champs d'activité de la médecine, ...

Cependant, le dénombrement des personnes handicapées en France admet une multiplicité de réponses qui recouvrent des réalités différentes et varient selon la définition retenue du handicap. "Entre 280 000 et 23 650 000 personnes handicapées, selon le périmètre utilisé", note le rapport de la Cour des Comptes en 2003, qui rappelle aussi que 3,97 millions de personnes en 1999 se déclaraient titulaires d'un taux d'incapacité reconnu officiellement, soit 6,8 % de la population. Les sources statistiques concernant les personnes handicapées sont éparpillées entre différents services et il est difficile de connaître avec précision le nombre de

---

<sup>1</sup>MOLINIE E., rapport pour le Conseil économique et social, *L'hôpital public en France : bilan et perspectives*, 2004

personnes handicapées, ou parmi elles, le type de déficience dont elles souffrent et à quel degré de gravité. Les sources disponibles sont également insuffisantes pour bien appréhender localement les besoins humains et financiers à satisfaire<sup>2</sup>.

Les concepts énoncés dans la loi du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées imposaient le principe de l'intégration, de lutte contre l'exclusion et la prise en compte des handicaps, quelles que soient leurs formes. Ils se modifient considérablement face aux nouveaux enjeux posés par l'évolution du handicap et de ses représentations, par la modification récente des politiques publiques et par le renforcement d'une approche de la question sociale dans le cadre fixé par les lois de décentralisation. La personne handicapée se retrouve au centre des préoccupations et des recherches de santé publique ou de sciences sociales. Parallèlement, les professionnels ont porté leur intérêt sur les effets des différents traitements des maladies chroniques et handicaps en terme qualitatif (bien être du patient) et quantitatif (nombre d'années de vie gagnées sur la mort ou le handicap)<sup>3</sup>. Tout ceci s'exprime dans un contexte d'augmentation des exigences d'ordre médico économique affiché par les pouvoirs publics, les besoins étant « illimités » et les ressources publiques « contraintes ». Cependant, si l'entrée d'un patient dans le système de soins est envisagée sous l'angle sanitaire, sa sortie, dont les déterminants sont plus complexes, est de plus en plus souvent médico sociale avec tous les aléas liés à la fragmentation de notre système de santé.

La sortie du patient peut être décrite comme la conception, la mise en œuvre et la coordination d'un programme individualisé et continu de soins qui réponde aux besoins du patient après son hospitalisation, quelle que soit sa destination de sortie (domicile ou autre établissement médicalisé ou non). Cette organisation doit tenir compte de l'utilisation optimale des ressources hospitalières, en s'assurant que les patients ne restent pas à l'hôpital pour des raisons inappropriées et/ou un temps inapproprié. La sortie de l'hôpital pour certains patients est d'autant plus difficile à mettre en œuvre que la perte d'autonomie prévisible est importante et leur environnement social défaillant. En pratique, elle est envisagée sous un double point de vue : celui de l'établissement et celui du patient.

---

<sup>2</sup> BLANC P., Rapport n°37 (2001-2002) dit rapport d'information fait au nom de la Commission des affaires sociales sur la politique de compensation du handicap

<sup>3</sup> BRUCHON-SCHWEITZER M., *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*, Dunod, Paris, 2002, 440p

Du point de vue de l'établissement, « la sortie » est souvent une étape critique pour l'organisation hospitalière, elle libère un lit pour d'autres patients, car l'hôpital est soumis à une pression croissante sur la durée des séjours. Cette contrainte sur les durées de séjour est liée à la modélisation essentiellement curative de la fonction de production hospitalière de Fetter<sup>4</sup> qui est à l'origine de la tarification à l'activité (T2A). Ce mode de financement renforce en France le recentrage de l'hôpital général sur les missions assignées par les lois de 1970 et 1975.

Du point de vue du patient, la sortie est une étape d'un parcours de soins continu et complexe dans lequel elle doit être insérée dans une stratégie intégrée de soins et d'accompagnement déterminée avec lui.

Le terme de *bed blocker* est apparu il y a plusieurs années outre Manche. Il est attribué à des patients à durée de séjour très prolongée par rapport aux prises en charge standard. En France, les conférences de consensus menées par la Haute autorité de santé (HAS) les définissent ainsi « *les standards de pratique déterminant ce qui est approprié et/ou inapproprié de faire, lors de la mise en œuvre de stratégies préventives, diagnostiques et / ou thérapeutiques dans des situations cliniques données* »<sup>5</sup>. La rémunération de l'établissement est calculée à un tarif moyen en fonction de l'échelle nationale des coûts (ENC) et d'une durée de prise en charge standardisée. La durée moyenne de séjour (DMS) est donc un des facteurs qui impacte le plus le coût d'une prise en charge. Ces patients *bed blockers* sont alors considérés comme un risque financier majeur pour les établissements et comme un symptôme de l'insuffisance d'intégration dans les systèmes de soins<sup>6</sup>. Ils représentent le sommet émergé de l'iceberg d'un déficit profond de la coordination des secteurs sanitaire et social dans des parcours de soins trop fragmentés.

Ainsi l'optimisation de cette étape cruciale du retour à la vie communautaire confronte les professionnels à la question de l'organisation du travail en équipe pluri-professionnelle,

---

<sup>4</sup> FETTER RB., *Information Systems Requirements for Case Mix Management by DRG*. In : Towards New Hospital Information Systems Bakker AR, Ball MJ, Scherrer JR, Willems JL (eds). Amsterdam : North-Holland. 1988; 161–167

<sup>5</sup> ANAES, Les conférences de consensus, Base méthodologique pour leur réalisation en France Service Recommandations Professionnelles, 1999

<sup>6</sup> ROCKWOOD K., *Bed blockers Beyond polemic* CMAJ • JAN. 11, 2000; 162 (1)

aujourd'hui nommée « coopération interprofessionnelle »<sup>7</sup> dans et hors les murs hospitaliers et la hiérarchie et donc en réseaux. Mais cette thématique n'est pas nouvelle dans le champ de la réadaptation et est au cœur des pratiques dès que les parcours de soins justifient un programme où sont étroitement intriqués prévention, soins curatifs, réadaptation et accompagnement social du handicap<sup>8</sup>.

L'analyse de la littérature révèle que de nombreux pays ont développé des systèmes permettant le repérage précoce des patients à risque. Ils ont pu stratifier la complexité des cas, en situation de ressources rares, et définir des réponses graduées adaptées à leurs besoins sous forme d'organisations en équipes multidisciplinaires et mobiles favorisant l'accompagnement précoce de la sortie dans le cadre des programmes cliniques en permettant une coordination optimale et l'assemblage des compétences clés. Les patients parfois qualifiés de façon un peu « expéditive » de *bed blockers* sont en fait des patients souvent jeunes, pour les séjours les plus extrêmes, avec des lésions et des troubles fonctionnels sévères tant sur le plan physique que cognitif et des difficultés d'ordre social.

La fragmentation des enveloppes financières et le recentrage souhaité des équipes sur des missions très encadrées par la gestion administrative des résultats entraînent le report de la rééducation/réadaptation et des questions sociales vers les soins de suite et de réadaptation ou hors du champ sanitaire.

L'objet de ce mémoire est de tenter d'expliquer comment, en dépit de ses missions officielles, l'hôpital pourrait mieux répondre à cette triple problématique : guérir la maladie, prendre en charge la perte d'autonomie et prendre en compte les difficultés sociales<sup>9</sup>.

---

<sup>7</sup> Arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé

<sup>8</sup> Disability, including prevention, management and rehabilitation consultable sur le site <http://www.who.int/nmh/a5817/en/>

<sup>9</sup> CASTIEL D., BRÉCHAT P.H., MATHIEU GRENOUILLEA M.C., RYMER R., *Handicap social et hôpitaux publics : pour un modèle d'allocation de ressources dans le cadre d'une politique de santé publique*, Santé publique 2009, vol 21, n°2, pp195-212

## **Problématique pratique**

### **Séjours longs et sorties difficiles des services de court séjour**

L'hôpital Avicenne appartient à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) et constitue avec les hôpitaux Jean Verdier et René Muret « Les Hôpitaux Universitaires Paris-Seine-Saint-Denis ». L'hôpital Avicenne est confronté à la présence de patients dont les durées de séjour sont extrêmes atteignant parfois plusieurs années ce qui l'a amené à créer en 2006 une commission dite « Pertinence des Hospitalisations et Itinéraires Cliniques » (PHIC) afin d'examiner ces situations. Ces dernières ne sont pas exceptionnelles comme le montrent les enquêtes suivantes.

#### ***Quelques données d'enquêtes : stagnation dans le système de soins et handicap***

#### **Enquêtes franciliennes**

##### **Enquête flash Fédération Hospitalière de France 2007**

Une enquête a été réalisée sur la région Ile de France dans les centres hospitaliers de la Fédération Hospitalière de France (FHF) entre les 3 et 7 septembre 2007 visant à évaluer la fluidité de la filière d'aval des soins de courte durée en médecine et chirurgie<sup>10</sup>. Elle précise, pour les 19 établissements répondants, les situations d'attente et d'inadéquation de prise en charge pour les 20% de patients identifiés comme médicalement sortant depuis plus de 20 jours au moment de l'enquête:

- sur les 365 patients sortants, 48 le sont depuis plus de 20 jours,
- 32% ont moins de 60 ans, 14% entre 60 et 75 et 29% ont plus de 75 ans, 25% d'âge non précisé,
- 10% des patients attendent une place dans un autre établissement de court séjour,

---

<sup>10</sup> <http://www.fhf.fr/content/download/2949/16801/version/2/file/1++RIET+Zaynab.pdf>



- 49% des patients attendent une place en soins de suite et réadaptation (SSR),
- 20% attendent une place en hébergement de longue durée (unité de soins de longue durée (USLD), maison d'accueil spécialisée (MAS), établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)).

En matière de capacité d'accueil insuffisante, les soins de suite (gériatrie, médecine physique et réadaptation (MPR) et autres..) sont concernés à 57% mais également les USLD 9%, les EHPAD 8%, les MAS 5%, la psychiatrie 2%, l'hospitalisation à domicile 1% et autres 7 % (soins palliatifs, centres pour patients atteints de la maladie d'Alzheimer, hébergement social).

Les profils cliniques les plus recensés sont la démence et les troubles du comportement, les traitements de chimiothérapie, l'obésité morbide, l'épilepsie, la dépendance complète.

Les motifs d'absence d'accueil dans la structure adaptée sont à 67% le manque de place, 19% le profil clinique et 14% la lenteur des démarches d'admission.

### **Enquête de l'Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile de France relative aux patients au long court dans les services SSR d'Ile de France en mai 2006 et aux besoins d'aval du SSR**

Cette enquête de l'Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile de France (ARHIF)<sup>11</sup>, réalisée au moyen d'un questionnaire d'enquête transversale une semaine donnée, sur l'ensemble de la région Ile-de-France, montre que 15% des patients présents un jour donné dans l'ensemble des services de SSR franciliens (à l'exception des SSR pédiatriques), sont considérés comme médicalement sortants et dans l'attente d'une solution de sortie. Les résultats ont montré un pourcentage de patients inadéquats de :

- 10,63% par rapport au total des lits autorisés des établissements répondants,
- 14,86% par rapport aux patients présents, dont 21,45% à l'AP-HP, 8,04% dans les cliniques privées, 13,45% dans les établissements participants au service public hospitalier (PSPH), 20,27% dans les établissements publics hospitaliers (EPS) hors AP-HP.
- près de 73% des patients médicalement sortants et en attente d'un aval en SSR ont 65 ans et plus.

<sup>11</sup><http://pagesperso-orange.fr/ampr-idf/documents/pmsit2a/enquetepatientslongcoursSSRmai2006arhif.pdf>

- 83% ont besoin d'une infirmière de jour, et 32% d'une infirmière de nuit.

La plus grande difficulté dans la gestion de l'aval pour les EPS et l'AP-HP peut s'expliquer par le profil des patients accueillis qui sont bien souvent lourdement dépendants ou présentant plus fréquemment un isolement social. Ces patients sont pour la plupart âgés, nécessitent une surveillance médicale et paramédicale régulière et sont susceptibles de décompensations médicales itératives, avec une forte prévalence de troubles cognitifs.

Les patients de moins de 60 ans ayant ces mêmes profils sont plus souvent en cause dans les impasses hospitalières atteignant plusieurs mois à plusieurs années. Hors la question de la requalification des lits d'USLD, l'enquête concluait à un manque d'environ 1500 lits pour les patients âgés de plus de 60 ans et 250 lits pour des patients plus jeunes.

Le tableau ci-dessous récapitule le type d'orientation souhaitée pour les patients :

Orientation souhaitable	Répartition	%
Au domicile	210	18,2
Court séjour	20	1,7
SSR	22	1,9
Psychiatrie	11	1
SLD redéfinis	343	<b>29,7</b>
Structure médico-sociale	464	<b>40,2</b>
Structure d'hébergement	61	5,3
Non répondu	24	2,1
	1155	100

Sur ces éléments on observe la primauté des problèmes d'aval, notamment pour les personnes âgées, population pour laquelle on observe les plus forts taux d'inadéquation.

## **Enquêtes à l'hôpital Avicenne**

### **Hôpital Avicenne : enquête 2007 de la commission « Pertinence des Hospitalisations et Itinéraires Cliniques »**

Cette commission est composée de quatre médecins (neurologue, médecine interne, médecine physique et de réadaptation, département de l'informatique médicale), de deux cadres de santé infirmier (un paramédical de pôle et un d'unité de soins), de deux travailleurs socio-éducatifs

(un cadre et une assistante sociale d'unité de soins), de la directrice de la Direction des Droits du Malade et de son assistante et de la directrice de l'établissement.

Elle a étudié en 2007 le profil de 50 patients un jour donné considérés à dire d'experts comme médicalement sortant.

Il s'agit de patients d'âge inférieur à 60 ans, porteurs de lésions neurologiques sévères, fortement dépendants sur le plan physique et cognitif, et souvent d'environnement social défavorable. Les séjours les plus prolongés concernent des patients jeunes, lourdement handicapés et à forte complexité médico-psycho-sociale.

Le groupe de travail pluridisciplinaire de la commission PHIC a permis d'identifier quatre phases principales de la sortie du monde hospitalier pouvant donner lieu à des étapes limitantes critiques :

- L'élaboration du ou des projets (s) de sortie(s) possible (s) :
  - o difficultés d'identification des interlocuteurs,
  - o incertitude du pronostic fonctionnel,
  - o indécision quant à l'orientation optimale du projet de sortie,
  - o désaccord des acteurs,
  - o hésitation relative à la mise en œuvre d'une protection juridique.
  
- L'instruction du dossier soit pour un retour à domicile soit pour une institutionnalisation :
  - o ouverture ou reconstruction de droits,
  - o orientation vers la Maison Départementale Du Handicap (MDPH),
  - o demande de prestation de compensation du handicap (PCH).
  
- La recherche de structures adaptées lorsque le projet et le dossier sont finalisés.
  
- La réalisation concrète/mise en œuvre de la sortie proprement dite :
  - o identification des intervenants (SSIAD, livraison de matériel médicalisé, ...),
  - o déclenchement des interventions requises tant pour les soins que pour l'accompagnement social.

## **Hôpital Avicenne : certification V 2007, évaluation de la pertinence des hospitalisations**

Lors de la certification, en 2008, l'hôpital a identifié avec la grille *Appropriateness Evaluation Protocol* (AEPf) (protocole d'évaluation de la pertinence des admissions et des journées d'hospitalisation) un jour donné, les patients médicalement « sortants » et ayant séjourné depuis plus de 30 jours en court séjour.

Au cours du premier semestre 2006, par convention, un classement en 3 types de séjour a été réalisé : 6565 séjours ont été comptabilisés avec 359 séjours extrêmes répertoriés selon les 3 sous groupes suivants :

- séjour extrême bas : dépassement de 0 à 5 jours : 145 séjours,
- séjour extrême moyen : dépassement de 6 à 29 jours : 156 séjours,
- séjour extrême haut : dépassement de 30 jours et plus : 58 séjours.

Pour mieux identifier les patients concernés par ces séjours extrêmes, l'année suivante, deux des quatre pôles cliniques de l'établissement ont été enquêtés un jour donné.

### **Enquête Pôle Spécialités Médicales – 3 avril 2007**

- 162 dossiers d'hospitalisation complète :
  - patients pertinents : 102, non pertinents : 50
  - patients considérés comme pertinents par l'équipe médicale du service : 10

Causes de non pertinence :

- Attente d'une intervention de chirurgie abdominale : 1
- Attente de procédure thérapeutique ou diagnostique : 16
- Attente d'un avis médical : 3
- Attente d'un résultat d'examen : 3
- Sortie retardée : 3
- Retour au domicile prévu: 4, mais refus du patient de sortir : 1, environnement non adapté au retour : 3
- Transferts prévus : 13 mais:
  - Demande trop tardive au service social : 1
  - Attente d'une place : 10
  - Attente HAD : 1
  - Patient trop jeune : 1

### **Enquête Service de Chirurgie – 31 mai 2007**

- 118 dossiers d'hospitalisation complète
  - Patients pertinents : 99, non pertinents : 18
  - Patient considéré comme pertinent par l'équipe médicale du service : 1

Causes de non pertinence :

- Attente d'une intervention de chirurgie abdominale : 1

- Attente de procédure thérapeutique ou diagnostique : 1
- Attente d'un appareillage : 1
- Attente d'un avis médical : 3
- Attente d'un résultat d'examen : 1
- Sortie retardée : 1 (risque pour continuité des soins)
- Retour à domicile prévu : 3, mais : refus du patient de sortir:1, environnement non adapté au retour : 2
- Transferts prévus : 7 mais attente de place.

Les enquêtes de pertinence effectuées à l'hôpital Avicenne ont confirmé les premières analyses de la commission PHIC lors de sa création. Les séjours qui dépassent la DMS cible (notion de bornes hautes) se divisent en deux catégories, ceux qui relèvent d'un manque de coordination interne des parcours cliniques (attente et/ou défaut de programmation anticipée d'examens, d'avis spécialisés, de résultats ou d'interventions critiques) et ceux qui relèvent d'une complexité du cas qui interfère avec les prises en charges standard. Parmi ces derniers deux profils de patients sont particulièrement identifiables : ceux dont les soins sont prolongés et complexes et qui sont souvent en attente de SSR, et ceux dont les séjours sont qualifiés d'extrêmes (séjours très prolongés et *bed blockers*) qui sont toujours des patients lourdement handicapés sur le plan physique et le plus souvent cognitivo-comportemental. L'absence de possibilité d'une prise en charge pluridisciplinaire et médico-sociale précoce du handicap pour ces patients, tout particulièrement ceux qui ne relèvent pas ou pas entièrement des filières gériatriques ou de la psychiatrie de liaison, doit être confrontée à l'organisation et au financement de l'hôpital. C'est pourquoi la commission PHIC a proposé à plusieurs reprises que ces questions soient envisagées sous l'angle des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) dont le champ devrait alors dépasser largement le strict domaine de la précarité.

D'après l'enquête nationale de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) réalisée en octobre 2009, deux grandes catégories de facteurs explicatifs sur l'inadéquation des séjours sont particulièrement mises en avant :

- Problèmes d'organisation interne des parcours cliniques dans les établissements : attentes d'examens, d'avis spécialisés, de résultats, de prestations médico-techniques, d'interventions, ...
- Problèmes de « freins » à la sortie :
  - o Inexistence / insuffisance / indisponibilité des structures d'aval adaptées (SSR, HAD, maisons de retraite, soins à domicile).

- Dysfonctionnements dans la gestion de la sortie du patient : défaut de prévision, d'organisation précoce et continue de la sortie, retard à l'élaboration d'un projet consensuel avec désaccord sur la date de sortie de la part du patient ou de sa famille, étapes limitantes critiques dans les démarches administratives, multiplicité des intervenants du « réseau social » qu'il convient de mobiliser. Cette analyse doit être rapprochée du volet retour à domicile du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) Rhône-Alpes de troisième génération<sup>12</sup> il y est fait état d'une segmentation excessive des prises en charge : une fois le patient considéré comme « médicalement sortant », la prise en charge est alors considérée comme exclusivement sociale et la résolution d'un certain nombre de problèmes est laissée aux services de SSR. Ce SROS suggérait alors l'intérêt d'équipes de liaisons et de réseaux polyvalents de retour et maintien à domicile. Cette situation est tout à fait superposable à celle de l'Ile de France

## Cadre conceptuel

L'éclairage théorique donné par les modèles de la santé et du handicap permet de mieux appréhender la notion de complexité biopsychosociale comme un ensemble de facteurs qui interagissent avec les prises en charge considérées comme standard en milieu sanitaire.

### ***Différents modèles de la santé***

Après la seconde guerre mondiale, les progrès laissaient présager une médecine triomphante qui pourrait vaincre toutes les maladies. Une acception restreinte du modèle biomédical de la santé conclut que la maladie provient, dans une causalité linéaire, d'un problème organique : « *Il véhicule l'idée selon laquelle toute maladie a une cause biologique qui peut être guérie* », « *Le médecin est le seul référent dans cette approche* »<sup>13</sup>. Ce modèle de médecine curative est centré sur une approche diagnostique et thérapeutique portant sur des épisodes de soins courts, identifiés par des actes et faciles à tarifier. Il est à la base de la démarche

---

<sup>12</sup> Livre 1 du SROS contenant l'arrêté ARH du 20 février et le préambule du schéma: un schéma pour répondre aux besoins de santé des rhônalpins, [http://www.parhtage.sante.fr/re7/rha/doc.nsf/\\$All/SROS\\_RA\\_1](http://www.parhtage.sante.fr/re7/rha/doc.nsf/$All/SROS_RA_1)

<sup>13</sup> GAGNAYRE R., D'IVERNOIS J-F., *Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique* (2<sup>ème</sup> édition), coll éducation du patient, éditions Maloine, Paris, 2004, 155p.

d'industrialisation des processus de soins fondée sur l'*evidence based medicine* dont l'application présuppose des groupes homogènes de malades (GHM). Il est inadapté aux maladies et états chroniques handicapants<sup>14</sup> pour lesquels la complexité des cas conduit à s'écarter des prises en charge standard.

Réduire l'analyse du handicap à ce modèle amènerait à le considérer comme une déviation observable de normes biomédicales de structures ou de fonctions qui résulte directement d'une maladie, d'un traumatisme ou d'autres problèmes de santé. Ce serait bien évidemment une médicalisation excessive du champ du handicap.

En 1946, l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS) a défini la santé comme « *un état complet de bien être physique, mental et social, et pas seulement comme l'absence de maladie ou d'infirmité* », ainsi le traitement social de la maladie et du handicap apparaît. A cette période se développe en France le système de protection sociale et d'assurance maladie pour tous. La sécurité sociale, centrée sur la lutte contre les maladies déclarées, a surtout financé les soins médicaux curatifs. En 1981, le ministre de la santé, J. Ralite déclarait : « *la santé n'a pas de prix, mais elle a un coût* », ce qui témoignait déjà des préoccupations croissantes d'une recherche de la maîtrise quantitative et qualitative des dépenses de santé.

En 1986, dans la charte d'Ottawa sur la promotion de la santé<sup>15</sup>, l'OMS définissait ainsi la santé : « *La santé est perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme un but de la vie. C'est un droit fondamental de l'être humain. Il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles ainsi que les capacités physiques* ». Cette vision de la santé, appelée promotion de la santé, est ainsi définie : « *La promotion pour la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Ils doivent pouvoir identifier et réaliser leurs ambitions, satisfaire leurs besoins et évoluer avec leur milieu* ». Ce modèle de santé se veut global, il est axé sur l'équilibre entre l'individu et son environnement et permet d'intervenir sur tous les déterminants de la santé. « *Pour ce modèle, la maladie résulte d'un ensemble complexe de facteurs organiques, psychosociaux et environnementaux* »<sup>16</sup>. Le passage du modèle biomédical à un modèle de santé globale, permettrait d'abandonner la centration sur la

---

<sup>14</sup> COLVEZ A., *Vieillesse, dépendance, handicap : du bon usage des concepts*. Revue ADSP n° 56 septembre 2006

<sup>15</sup> [http://www.sante.gouv.fr/cdrom\\_lps/pdf/Charte\\_d\\_Ottawa.pdf](http://www.sante.gouv.fr/cdrom_lps/pdf/Charte_d_Ottawa.pdf)

<sup>16</sup> GAGNAYRE R., D'IVERNONIS J-F., *Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique (2<sup>ème</sup> édition)*, coll éducation du patient, éditions Maloine, Paris, 2004, 155p

maladie au profit de celle sur les attentes et besoins du patient mais cette opposition n'est-elle pas artificielle ? Ce modèle global en est-il un ? Est-il un modèle au sens scientifique du terme ? Ici apparaissent les conditions d'un divorce entre une approche clinique individuelle et une approche collective de santé publique qui risque alors de se confondre avec la politique en ce que M. Foucault nomme « bio politique ».

L'OMS, lors de la conférence de Jakarta sur la promotion de la santé en 1997, a précisé l'importance des déterminants de la santé au XXI<sup>ème</sup> siècle : « *Les conditions préalables à l'instauration de la santé sont la paix, un logement, l'éducation, la sécurité sociale, les relations sociales, l'alimentation, un revenu, la responsabilisation des femmes, un écosystème stable, une utilisation durable des ressources, la justice sociale, le respect des droits de l'homme, et l'équité* ». Les soins curatifs ne constituent qu'un déterminant parmi d'autres. La possibilité de conflits de priorité au sein des politiques publiques de santé est clairement posée.

Au début des années 2000, en France, les politiques ont préconisé de « *passer d'un système de soins où la maladie est au centre du dispositif de santé à une génération de soins où la santé serait déterminée par l'équilibre dynamique et évolutif entre la population et son environnement* »<sup>17</sup>. Il s'agissait de resituer les soins curatifs au regard des déterminants de la santé et ainsi de reconsidérer l'importance budgétaire des actes médicaux curatifs en faveur des programmes de prévention et d'éducation pour la santé, car « *trop souvent, le système d'intervention, parfois réduit aux seuls moyens médicaux curatifs, est confondu avec le système de santé* »<sup>18</sup>.

## **Du modèle biomédical de la santé au réseau de santé**

« *Chaque situation de santé étant unique, les éléments de variabilité d'une situation sont autant de possibilités d'écart à la norme* »<sup>19</sup>. Une évaluation de contrôle, par rapport aux normes attendues est utile à l'activité de soins mais elle doit être complétée par des évaluations multiréférentielles des besoins, des attentes, des comportements des patients mais aussi des équipes de soins. « *La médecine ne peut plus être pensée sur ses seuls critères*

---

<sup>17</sup> GATTO F., *Enseigner la Santé*, édition L'Harmattan, Paris, 2005

<sup>18</sup> BERAUD et al, 1996, cités par Gatto, 2005

<sup>19</sup> EYMARD C., *Initiation à la recherche en soins et santé*. Rueil-Malmaison : Editions Lamarre, 2003, 243p



*propres, elle est insérée dans un monde complexe dont les dimensions sociales, psychologiques, économiques, éthiques et politiques ne peuvent plus être ignorées* » (Béraud et al. cités par Gatto, 2005). Cette complexité propre à l'humain nécessiterait pour les promoteurs de cette approche résolument collective de la santé, de passer d'un modèle biomédical de la santé à un modèle global dans lequel la santé dépend de facteurs complexes, organiques, psychologiques et sociaux et qui nécessitent une approche continue depuis la prévention jusqu'à la réadaptation et la réinsertion.

Engel a développé le « modèle biopsychosociologique » qui mêle à égalité les trois dimensions : biomédicale, comportementale et environnementale pour notamment les maladies chroniques<sup>20</sup>. Ce modèle, qui n'en est pas un sur le plan de la définition scientifique, peut être compris comme résultant de l'adaptation de l'individu à son environnement. Il a fait l'objet de nombreuses critiques et reste en marge de la culture médicale où le modèle biomédical reste prégnant avec son enchaînement étiologie, affection, exclusion de la santé. Il est impossible de réduire à des lois scientifiques la complexité psychologique. L'approche dite biomédicale prend toute sa valeur quand la maladie et son traitement s'inscrivent dans une causalité simple. Dans les maladies chroniques la multiplicité des approches, dans une situation d'incertitude radicale, devient garante d'une solution plus individualisée et mieux adaptée. Il convient donc de défendre une approche biopsychosociale, adaptée à des situations complexes, plus qu'un nouveau modèle se substituant au modèle biomédical. Ce type d'approche met en présence de nombreux acteurs sous forme de réseau mobilisant toutes les compétences, souvent antérieurement dissociées, entre le médical, le social, l'administratif voire l'associatif.

Les ordonnances du 24 avril 1996, officialisent et favorisent l'ouverture des établissements de santé sur leur environnement et renforcent ainsi leur participation à une prise en charge globale des besoins de santé de la population.

L'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins a introduit, du côté de l'Assurance Maladie, les réseaux aux côtés des filières de soins. *«En terme d'organisation, le mot réseau (du latin rétis : filet) suppose, pour un problème donné, un accès par divers points et une circulation à travers un maillage qui relie ces points sans passage obligé pour que l'action soit au mieux adaptée à chaque cas particulier en*

---

<sup>20</sup> FOUQUET B., *Modèle bio-psychosociologique des maladies*, in Neuropathies et pathologies professionnelles, Edition Masson, Paris, collection : Pathologie locomotrice et orthopédique, 2007, 176p

*limitant les interventions au nécessaire. C'est l'inverse du concept de filière (du latin filum : fil) qui suppose le passage par des étapes obligatoires et successives, c'est également l'inverse d'une organisation pyramidale hiérarchisée qui suppose la validation de l'action par un échelon supérieur »<sup>21</sup>. La tension entre filière et réseau, outre la tentation d'intégration hiérarchique inhérente à la filière, réside dans le fait que la filière a pour objectif la maîtrise des coûts tandis que le réseau vise la qualité des résultats dans une vision partagée par les acteurs.*

La loi de financement de la sécurité sociale de 2002<sup>22</sup> a posé le principe de la création d'une enveloppe pérenne destinée au financement des réseaux. Cette même année, une définition réglementaire et unique des réseaux de santé est donnée, dans l'article L. 6321-1 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé<sup>23</sup> : « *Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins*».

Le décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 précise que « *Les réseaux de santé répondent à un besoin de santé de la population, dans une aire géographique définie, prenant en compte l'environnement sanitaire et social. En fonction de leur objet, les réseaux mettent en oeuvre des actions de prévention, d'éducation, de soin et de suivi sanitaire et social*».

La confrontation de ces définitions à la définition canadienne suivante fait ressortir la notion de réseau inter-organisationnel, d'autonomie et de responsabilité au sein du réseau: «*Un réseau intégré de services est un ensemble d'organisations inter reliées et complémentaires qui fournit ou assure la prestation d'un continuum de services coordonnés à une population définie d'un territoire circonscrit, en étant responsable des résultats et de l'état de santé de la population desservie.*»<sup>24</sup>. Néanmoins les réseaux de santé actuels ciblant des populations vulnérables définies de façon étroite, représentent un moyen peu pérenne et peu visible du fait

---

<sup>21</sup> MANCRET R.C., *La constitution des réseaux de soins ville- hôpital*. Editions Lamarre et Doin, Paris, 2002, 157p

<sup>22</sup> Loi n°2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003

<sup>23</sup> Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

<sup>24</sup> Réseau de services intégrés. Ses principes, concepts et composantes. Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie Direction de la santé publique et de l'évaluation Octobre 2001 Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie Direction de la santé publique et de l'évaluation Octobre 2001

[http://www.santeestrie.qc.ca/publication\\_documentation/documents/reseaux\\_integres.pdf](http://www.santeestrie.qc.ca/publication_documentation/documents/reseaux_integres.pdf)

de la multiplicité des cibles, de pallier le dysfonctionnement d'un système que l'on a renoncé à changer parce que la concurrence encadrée n'incite pas les acteurs à collaborer<sup>25</sup>.

## ***Handicap : définition, classifications***

Le terme «handicap» renvoie à des réalités très diverses. Les personnes handicapées ont des vécus, des ressentis et des parcours de vie différents, mais elles ont également, comme tout groupe identifié, une histoire, des questions, et des difficultés communes. Il importe de les identifier, de comprendre quelles en sont les causes et de déclencher des actions à l'échelle sociale et politique pour tenter de les résoudre. Si le handicap ne peut plus être exclusivement perçu comme un attribut de la personne découlant d'un problème de santé dont la causalité relèverait de la linéarité du « modèle biomédical », il ne peut pas non plus être perçu comme résultant seulement de barrières sociales à l'accessibilité universelle ou de discriminations qu'il suffirait de lever. Il résulte bien de l'interaction de déterminants biologiques, psychologiques et sociaux dont aucun modèle ne rend encore parfaitement compte.

Le terme de handicap apparaît comme la représentation "floue" d'un ensemble de phénomènes dont l'histoire nous montre qu'ils ne relèvent pas exclusivement du champ de la santé ou de l'action sociale.

Pour Claude Hamonet<sup>26</sup>, le terme de handicap est un anglicisme. Il s'agit de la contraction de "*Hand in the cap*" (la main dans la chapeau). Le handicap désigne un jeu de chance dont le principe est, pour deux participants, d'échanger chacun un objet leur appartenant. Un arbitre est ensuite chargé d'estimer la différence de valeur entre ces deux objets. Le montant ainsi évalué est placé dans le chapeau. En 1754, le terme est appliqué à la compétition hippique.

C. Hamonet situe la première apparition du terme de "*handicap physique*" dans le Robert de 1940. La séparation entre le normal et ce qui ne l'est pas a conduit à dénommer une partie des personnes handicapées avec le vocabulaire médical correspondant à l'origine de leur situation : les paraplégiques, les « polios » les désignant ainsi sous le seul angle « négatif ». Les situations de handicap sont certes structurelles et matérielles mais aussi culturelles<sup>27</sup>. Les débats sur le handicap appliqué à l'individu ou sur la société génératrice du handicap au

---

<sup>25</sup> DEVAILLY J.P., JOSSE L., *Accès aux soins de réadaptation et handicap*, Gestions hospitalières n° 492 - janvier 2010, p28-33

<sup>26</sup> HAMONET C., *Les personnes en situation de handicap*, « Que sais-je ? », Puf, Paris 2009 (6<sup>ème</sup> édition), 127p

<sup>27</sup> HAMONET C., MAGALHAES T., *A propos du handicap : langage médical ou langage social?*, J.Réadapt. Méd., 2001,21, n°3, pp.10-109

travers de mécanismes d'interprétation et d'exclusion montrent bien l'importance l'approche du handicap en tant que construction sociale et culturelle. Selon le type d'approche, il est proposé des programmes de réparation et de réadaptation individualisée ou bien des réformes au niveau de la société entière<sup>28</sup>.

## ***Evolution des modèles de classification du handicap***

A la demande de l'OMS, Philip Wood, proposa dans les années 1980 un outil de "classification des conséquences des maladies" dénommé "*International Classification of Impairment, disability and handicap*" (ICIDH) basé sur un modèle à trois niveaux qui a été diffusé en France en 1988 sous le titre de "Classification Internationale des Handicaps : Déficiences, Incapacités, Désavantages" ou CIH<sup>29</sup>.

Cette classification basée sur la distinction des conséquences des maladies, a été révisée de manière successive entre 1990 et 2000, et a donné lieu à la Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé (CIF), prenant en compte la classification québécoise, adoptée par l'OMS en 2001<sup>30</sup>. Cette dernière complète la Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes (CIM - 10).

### La « classification québécoise »

Au Québec, en 1988, P. Fougeyrollas et ses collaborateurs ont débuté des travaux qui donnèrent ensuite lieu à la publication de la « Classification québécoise » dite « Processus de production du handicap (PPH) : modèle explicatif des causes et conséquences des maladies, traumatismes et autres atteintes à l'intégrité et au développement de la personne »<sup>31</sup> dont la dernière publication validée date de 1998.

Cette publication comporte cinq documents dénommés « nomenclatures » dont aucun ne possède les propriétés formelles d'une classification<sup>32</sup>. Le PPH a été conçu, entre autres, afin

---

<sup>28</sup> COOK J., *Le handicap est culture. Prévenir*, Cahiers d'étude et de réflexion, Dossier : les aspects sociaux du handicap : reconnaître, intégrer, respecter, 2000/07-12, n° 39, 61-70

<sup>29</sup> LAZAR P., Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages. Un manuel de classification des conséquences des maladies. Inserm/CTNERHI, Publication CTNERHI, 1993, 205p.

<sup>30</sup> World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health. World Health Organization, Geneva, 2001

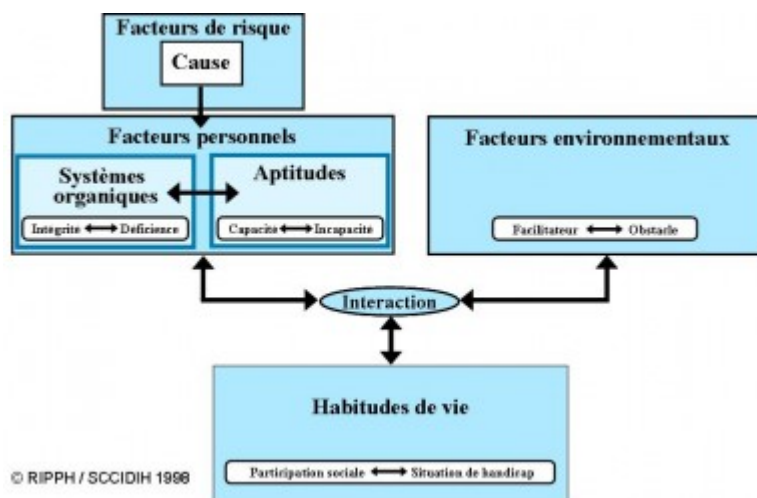
<sup>31</sup> FOUGEYROLLAS P., CLOUTIER R., BERGERON H., COTE J., St MICHEL G., *Classification québécoise Processus de production du handicap, Québec, Réseau international sur le Processus de production du handicap (RIPPH)/SCCIDIH*, 1998, 166p

<sup>32</sup> CANTON J., *La « Classification québécoise » dite « Processus de production du handicap » peut-elle contribuer à la production de connaissances et aider à la prise de décisions ?* Interactions, vol 2, 2010

de permettre d'évaluer l'état physique d'une personne et ses aptitudes, d'identifier les divers paramètres de son environnement qui peuvent l'aider ou lui nuire dans son fonctionnement ainsi qu'à apprécier lui-même son fonctionnement. L'analyse et la mesure de ces paramètres vont permettre de chercher des solutions.

Le PPH permet d'établir des « profils individuels » à partir du repérage des patients, de l'évaluation de leurs besoins, de leur appartenance à « un groupe cible » et leur « droit à indemnisation ».

### Schéma du modèle PPH



### La Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé

La CIF repose sur le modèle québécois des situations de handicap qui postule que le handicap naît de l'interaction entre la personne présentant une déficience et les obstacles environnementaux auxquels elle se trouve confrontée : il ne s'agit plus d'un statut permanent mais dépendant du contexte où le « biomédical » influence le « psychosocial » et inversement. La classification des domaines d'activités et de participation distingue l'apprentissage et l'application des connaissances, les tâches et exigences générales, la communication, la mobilité, l'entretien personnel, la vie domestique, les relations et interactions avec autrui, les grands domaines de la vie, la vie communautaire, sociale et civique. Ces trois types de conséquences appellent à des prises en charges spécifiques selon qu'il soit nécessaire d'agir au niveau de la maladie (domaine sanitaire) ou de la déficience (domaine médico-social).

La CIF, dont le fondement théorique s'appuie sur une approche biopsychosociale<sup>33</sup> se propose de créer un langage standard pour la description et la classification des divers états de santé afin de faciliter l'échange d'informations entre les différentes disciplines scientifiques et médicales. On peut donc y déceler une approche nominaliste et constructiviste d'autant qu'il a été reproché à la CIF, comme à d'autres modèles, de ne pas donner réellement de définition en compréhension de ses concepts. L'approche dite biopsychosociale de la santé y est fondée sur la notion philosophique suivante : de multiples dimensions (allant du social à la génétique) ont une influence sur la santé, la maladie et la souffrance du patient<sup>34</sup>. Cette approche biopsychosociale regroupant les interactions des dimensions biomédicale et psychosociale vise à donner aux professionnels de la santé une compréhension plus complète nécessaire pour un diagnostic plus précis, une identification d'objectifs de santé (ou de résultats) appropriés et une orientation d'une politique sanitaire ciblée et holistique. Dans le cadre de la CIF, l'anamnèse et la reconnaissance des divers facteurs ayant une pertinence clinique dans la situation particulière du patient font partie intégrante du raisonnement requis pour réaliser les jugements cliniques appropriés permettant la mise en œuvre de soins optimaux. En pratique les utilisations concrètes de la CIF restent limitées.

#### Le système d'identification et de mesure du handicap

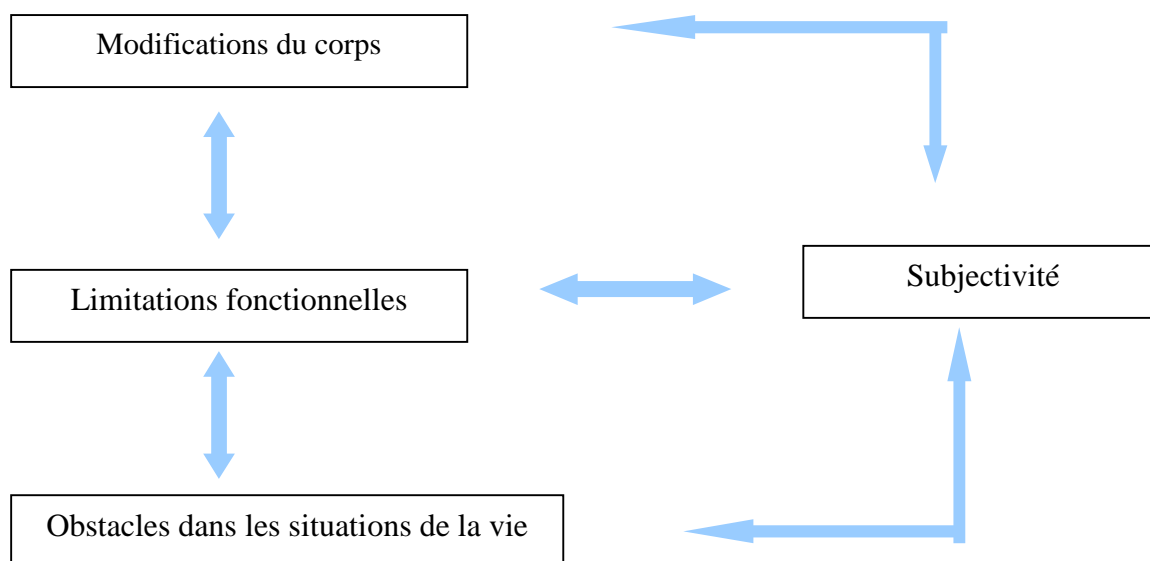
Parallèlement à ces travaux, C. Hamonet et T. Magalhaes, après des recherches débutées dans les années 1970 / 1980, élaborent et publient en 2001, le système d'identification et de mesure du handicap (SIMH)<sup>35</sup> qui ajoute à l'approche tridimensionnelle (lésions – fonctions – situations), une quatrième dimension qui est celle de la subjectivité (le corps, les capacités, les situations et la subjectivité). C'est sur ce concept de situation de handicap ou mieux de "situation handicapante" que s'est construite cette approche. Les quatre niveaux sont définis sans ambiguïté. La définition d'un niveau fonctionnel indépendant de l'environnement est essentiel : elle définit le lieu de négociation entre l'approche normative médicale, le principe d'autonomie des usagers et les normes sociales. Ces concepts dont il faudra éprouver la pertinence semblent mieux répondre à la nécessité d'une vision partagée entre les différents mondes professionnels appelés à identifier les besoins des personnes handicapées.

---

<sup>33</sup> Id 30

<sup>34</sup> BORRELL-CARRIÓ F., SUCHMAN A L., EPSTEIN R M., *The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry*. Ann Family Med 2004;2:576-82.

<sup>35</sup> HAMONET C., MAGALHÃES T., *Système d'Identification et de Mesure des Handicaps (SIMH)*, éditions ESKA, 12 rue du quatre septembre 75002 Paris, 2000.



**Schéma conceptuel du handicap**

Le HANDITEST, dérivé du SIMH, permet l’auto évaluation par la personne en situation de handicap de ses besoins en aide humaine au domicile. Il s’agit bien des besoins perçus par le patient et non de ceux identifiés par les soignants.

L’outil HANDI AIDE créé ensuite permet de faciliter le calcul des aides humaines dans un contexte d’expertise et de réparation d’un dommage corporel.

### ***Handicap et aspects législatifs***

Encadrant le reclassement des travailleurs handicapés, le terme de “handicap” apparaît pour la première fois dans le droit français dans la loi du 23 novembre 1957. La dernière définition juridique issue de la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l’égalité des droits et des chances, et la participation et la citoyenneté des personnes handicapées<sup>36</sup> stipule que le handicap correspond à *“toute limitation d’activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d’une altération substantielle, durable ou définitive d’une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d’un polyhandicap ou d’un trouble de santé invalidant”*.

<sup>36</sup> [http://www.legifrance.gouv.fr/html/actualite/actualite\\_legislative/2005-102/egalite\\_handicap.htm](http://www.legifrance.gouv.fr/html/actualite/actualite_legislative/2005-102/egalite_handicap.htm)

Cette définition légale du handicap intègre de nouveaux éléments tels que la reconnaissance du caractère handicapant de nouveaux troubles (d'ordres sensoriel, cognitif ou psychique), une dimension ayant trait au rapport de la personne avec son environnement et met l'accent sur l'activité de la personne en situation de handicap et non plus sur les restrictions auxquelles elle pouvait être soumise. Si les définitions précédentes tendaient à donner du handicap une image figée, cette dernière identifie son caractère évolutif.

A propos de cette définition, le président J. Chirac dans son discours du 8 février 2005 relatif à la politique en faveur des personnes handicapées s'est exprimé en ces termes : *«L'un des mérites de la loi qui vient d'être votée est d'avoir défini le handicap (...) non pas comme une déficience qui sépare (...) et qui exclut, mais comme des obstacles rencontrés dans la vie quotidienne et dans la participation à la vie sociale »* rappelant que, même sans références explicites, cette loi s'inscrit dans l'esprit de la CIF. Ceci met la réadaptation et le handicap dans un rapport de prévention et non de seul traitement.

Cette loi, associée aux précédentes dont celle du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique<sup>37</sup> a pour objectifs notamment :

- de simplifier le cadre institutionnel de la prise en charge du handicap par un guichet unique : la Maison Départementale Des Personnes Handicapées (MDPH),
- d'assurer aux personnes handicapées la compensation des conséquences du handicap par une prestation de compensation : Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) et prestation de compensation du handicap (PCH) pour les aides techniques et humaines, indépendamment des allocations déjà perçues,
- de favoriser la participation effective des personnes handicapées à la vie sociale ; rendre effectif l'accès au cadre bâti, aux transports, à la scolarité, à la culture, aux loisirs...

La loi de 2005 sépara les réponses spécifiques individuelles des réponses collectives, le plus souvent environnementalistes, cependant le handicap est toujours présent en tant qu'« attribut » de la personne et non comme une conséquence finale qu'il faut tendre à réduire par tous les moyens à notre disposition.

---

<sup>37</sup> Loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique



Force est de constater en 2010 que les MDPH constituent souvent un goulot d'étranglement, que l'on accorde « des droits à », qui ne sont pas articulés à des financements cohérents, et qu'aucune remise en cause de la séparation sanitaire / social n'est apparue.

L'assurance relève de la déconcentration des services de l'Etat, c'est-à-dire d'une délégation de compétences à agents ou à des organismes locaux sous son autorité.

L'assistance relève de la décentralisation, c'est-à-dire d'un transfert de compétences de l'Etat à des institutions distinctes de lui.

*On peut s'étonner du sens limité qui a été donné en France à la notion de guichet unique « la notion de guichet unique ne signifie pas que le traitement d'une demande relève d'un seul établissement dans un milieu donné mais bien que la demande soit traitée dans un lieu ou dans un contexte unique relié à un territoire spécifique, indépendamment du niveau de soins ou de services requis ou du type d'établissement ou d'organisme susceptible de répondre à la demande de service et sous l'égide d'un comité regroupant les différents établissements concernés »<sup>38</sup>.*

De plus si pour l'OMS la réadaptation est étroitement associée au handicap, on peut s'étonner que le concept de réadaptation n'apparaisse pas une seule fois dans la loi de 2005. En effet, la notion d'accompagnement répond dans le secteur de l'action sociale au « tout curatif » du secteur sanitaire. Ainsi quand le législateur fustige le « modèle biomédical » et la fragmentation on peut se demander si ce n'est pas l'incendiaire qui crie « au feu » !

---

<sup>38</sup>

Réseau de services intégrés Ses principes, concepts et composantes Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie Direction de la santé publique et de l'évaluation Octobre 2001 consultable sur [http://www.santeestrie.qc.ca/publication\\_documentation/documents/reseaux\\_integres.pdf](http://www.santeestrie.qc.ca/publication_documentation/documents/reseaux_integres.pdf)

## Hypothèse

Aux vues de données chiffrées des enquêtes présentées et de ces constats de terrain, l'hypothèse suivante peut être formulée :

*Les impasses hospitalières sont le témoin d'une stagnation des patients dans le système de soins qui est liée à l'absence de dispositif précoce, coordonné et continu de lutte contre le handicap, autrement dit, à l'absence de dispositif intégré des soins au sens de l'OMS associant prévention, soins curatifs, réadaptation et accompagnement.*

La modélisation d'un hôpital curatif et la recherche d'une standardisation industrielle des actes de soins conduisent à la définition de prises en charge standard qui répondent sur le plan financier aux groupes homogènes de malades (GHM).

La complexité bio psycho sociale peut être définie comme l'ensemble des facteurs qui interfèrent avec les prises en charge standard soit parce que des moyens plus importants devraient être mobilisés (réadaptation, accompagnement social) soit parce qu'ils entraînent une augmentation des durées de séjour. Il s'agirait donc en premier lieu de repérer les dimensions de cette complexité par des indicateurs simples, reconnus dans la littérature, comme le score Intermed et en second lieu d'identifier les besoins réels de prise en charge des patients pendant l'hospitalisation par des outils pouvant être utilisés aussi bien en court séjour qu'en SSR.

Le stage en lien avec le diplôme universitaire a été réalisé sur le site de l'hôpital Avicenne. La population des patients hospitalisés dans cet établissement est composée d'adultes présentant des maladies aiguës nécessitant une technologie médicale de pointe, de patients âgés souffrant de maladies chroniques et de patients requérant des soins de rééducation qu'ils soient en situation de handicap physique ou cognitif avant leur hospitalisation ou en raison de leur nouveau problème de santé. A la pathologie somatique motivant l'hospitalisation s'ajoute parfois une comorbidité psychiatrique ou psycho-sociale qui diminue la qualité de vie des patients et de leur entourage. Ceci entraîne une augmentation de la durée d'hospitalisation<sup>39</sup>. Il a été démontré qu'un traitement précoce des problèmes psycho-sociaux est efficace et réduit les coûts de manière considérable<sup>40</sup>.

---

<sup>39</sup> KATON W., VONKORFF M., LIN E. et al., *Distressed high utilizers of medical care. DSM-II-R diagnoses and treatment needs*. Gen Hosp Psychiatry 1990 ; 12 : 355-62

<sup>40</sup> HUYSE FJ., HERZOG T., LOBO A. et al., *Detection and treatment of mental disorders in general health care*. Eur Psychiatry 1997 ; 12 (Suppl. 2) : 70s-8s

# Méthodologie

## Objectifs

L'objet de ce travail est de recenser dans un hôpital de court séjour, un jour donné, les patients dont les hospitalisations ne sont plus considérées comme pertinentes. Dans un second temps, d'analyser des déterminants de ces situations extrêmes afin d'identifier ceux qui relèveraient d'un accompagnement médico social dès le stade aigu de l'hospitalisation. Nous nous proposons avec l'aide du score Intermed et d'autres outils validés:

- d'identifier les hospitalisations non pertinentes en court séjour et en SSR un jour donné,
- d'analyser les causes de non pertinences / d'inadéquation identifiées afin d'orienter la recherche d'actions correctrices,
- de montrer que la détection précoce des cas complexes par la grille Intermed permet de distinguer des profils de patients qui s'écarteraient des résultats standard attendus en terme de durée de prise en charge hospitalière, et dont certains pourraient conduire à des situations d'impasses hospitalières,
- de proposer une typologie des déterminants de ces séjours extrêmes en la mettant en relation avec un modèle validé d'identification et de mesure du handicap,
- de déterminer si ces séjours longs et ces difficultés d'inclusion sociale étaient prévisibles dès le début du séjour,
- de proposer par la confrontation des résultats avec la littérature des méthodes de coordination médico-sociale précoce permettant l'organisation optimale de la sortie conçue comme le retour à la vie la plus autonome possible,
- de tenter de stratifier les réponses à ces problématiques en situation de rareté des ressources.

Cette approche vise à sortir de la dichotomie coût / qualité. Les patients dits *bed blockers* ne doivent pas être considérés comme de mauvais risques financiers qu'il faut éviter où qu'il faut à tout prix faire sortir mais bien comme des personnes en situation de handicap qui doivent bénéficier d'une meilleure intégration des soins conciliant qualité des soins et gestion optimale des ressources.

## ***Méthode : enquête un jour donné***

La méthode choisie est celle de l'enquête un jour donné sur le site de l'hôpital Avicenne. La population des patients hospitalisés dans cet établissement est composée d'adultes présentant des maladies aiguës nécessitant une technologie médicale de pointe, de patients souffrant de maladies chroniques, plus ou moins âgés et dépendants et de patients requérant des soins de rééducation qu'ils soient en situation de handicap physique ou cognitif avant leur hospitalisation ou en raison de leur nouveau problème de santé.

L'enquête a été réalisée par quatre binômes composés pour chacun d'entre eux d'un médecin (neurologue, MPR, DIM) et d'un non médecin (directeur adjoint, assistante sociale, cadre administratif, cadre de rééducation). Cette méthode a permis de consulter les dossiers médicaux, de s'entretenir avec le personnel médical, paramédical et le patient si nécessaire.

## ***Population étudiée***

L'enquête porte sur toute personne admise à l'hôpital Avicenne, court séjour et SSR, en hospitalisation conventionnelle (les hospitalisations de jour et de semaine sont exclues) à la date de l'enquête (01/07/2010) dont le séjour est supérieur à 30 jours au 30 juin 2010. La liste des patients est fournie par le service informatique. Les données sont issues de l'application GILDA qui enregistre les entrées et sorties des patients ainsi que leurs changements de service au sein de l'établissement.

L'hôpital Avicenne comporte 472 lits dont 23 de SSR et 80 places. A la date de l'enquête 406 lits étaient ouverts et 399 occupés, soit un taux d'occupation de 98,27 %.

Pour identifier les patients à séjour prolongé, l'équipe d'enquête s'assura « à dire d'expert (praticien senior des services) que par rapport à cette liste on n'omette pas d'y inclure des patients en séjour hospitalier temporaire en dehors de l'hôpital Avicenne et en attente d'une solution de sortie définitive.

### **Liste des services de l'enquête**

La Direction de la Qualité et des Droits du Patient a informé de cette enquête les chefs médicaux de pôle, les cadres administratifs et paramédicaux de pôles et l'ensemble des chefs d'unité des services d'hospitalisation par courrier un mois avant l'enquête. Un rappel a été fait la veille par email.

Répartition des services sur l'établissement et des 29 séjours identifiés de plus de 30 jours à la date de l'enquête :

**Pôle urgences –ville – hôpital**

**1 patient**

- Réanimation
- Unité d'hospitalisation de courte durée

**Pôle des Spécialités Médicales.**

**7 patients en court séjour  
et  
11 en SSR / MPR**

- Médecine interne
- Rhumatologie
- Aval médical
- Gériatrie aiguë
- SSR / M.P.R.
- Médecine infectieuse et tropicale
- Neurologie
- Endocrinologie
- Gastro-entérologie

**Pôle Hémato. Onco. Thorax.**

**5 patients**

- Pneumologie
- Cardiologie
- Chirurgie thoracique
- Cancérologie
- Dermatologie
- Hématologie

**Pôle chirurgie**

**5 patients**

- Chirurgie digestive
- Orthopédie
- O.R.L.
- Ophtalmologie

### ***Choix et présentation des outils de recueil d'information***

Disposant des données recueillies en 2007 par la grille AEPf et souhaitant pouvoir comparer ces chiffres avec ceux de 2010, cet outil a été reconduit pour identifier les hospitalisations pertinentes et non pertinentes (annexe I).

Pour compléter les informations relatives aux patients et compte tenu des données de la littérature précédemment exposées et de l'hypothèse de travail qui pose l'augmentation excessive de certaines durées de séjour comme étant liée à l'absence de prise en charge coordonnée médico-sociale précoce, les grilles suivantes ont été utilisées afin d'affiner les profils des patients :

- Glasgow outcome scale (annexe II),

- Le score de Rankin (annexe II),
- Le score de probabilité de transfert en soins post aigus (équipe de Genève, Pr Gaspoz) (annexe II),
- La grille Intermed (annexe III),

La saisie des données a été faite sur tableur Excel<sup>®</sup> afin de faciliter leur exploitation et leur analyse.

## La grille AEPf

Cette grille « *Appropriateness Evaluation Protocol* » : protocole d'évaluation de la pertinence des admissions et des journées d'hospitalisation, proposée par Gertman et Restuccia (1981) la plus traduite et validée dans le monde (annexe I). La méthode est fondée sur des critères explicites indépendants du diagnostic (6 critères liés aux soins et 10 critères de sévérité clinique). Une liste de critères apprécie la pertinence des admissions à l'hôpital, une autre la pertinence des journées d'hospitalisation indépendamment de toute justification sur la décision d'hospitalisation du patient. La grille initiale permettant d'évaluer les journées d'hospitalisation comprend 27 critères : 11 critères sur les soins médicaux délivrés, 7 critères sur les soins infirmiers et 9 critères sur l'état clinique du patient. Cette grille est connue pour sa reproductibilité, sa validité et sa facilité d'emploi. Robain et al. (1999)<sup>41</sup> et Lombard et al. (2001)<sup>42</sup> ont établi la validité et la reproductibilité de l'outil en France dans les services de court séjour. A ce jour au moins une grille de pertinence des hospitalisations est en cours de validation pour le SSR<sup>43</sup>.

### Définition « Pertinence » et « non pertinence »

Selon la haute Autorité de Santé (HAS), une hospitalisation est pertinente lorsque l'admission ou la journée d'hospitalisation répond aux critères explicites de la grille (pertinence technique et de la qualité du soin rendu au malade) ou à l'avis du médecin.

---

<sup>41</sup> ROBAIN M., LANG T., FONTAINE A., LOGEROT H., MONNET E., SIX P., HUET B., *Reproductibilité et validité de la version française de la première partie de l'Appropriateness Evaluation Protocol (AEPf) : critères de pertinence des journées d'hospitalisation*. Rev Épidémiol Santé Publique 1999 ; 47 : 139-49.

<sup>42</sup> LOMBARD I., LAHME P., DIENE E., MONNET E., LOGEROT H., Levy Soussab M., Huet B., Six P., Yeu C., Lang T pour le groupe AEP France (2001). *Étude de la concordance inter-observateur des raisons de non pertinence des journées d'hospitalisation identifiées par la version française de l'Appropriateness Evaluation Protocol (2e partie)*. Revue Epidémiol. Santé Publique 2001 ; 49 : 367- 75.

<sup>43</sup> GUILLE R., LEUX C., LOMBRAIL P., MORET L., *Développement et validation d'une grille de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR*, Revue d'épidémiologie et de santé publique, volume 56, numéro S2, p75-76, mai 2008

Les journées d'hospitalisation peuvent être non pertinentes mais justifiées lorsque le patient ne reçoit pas de soins techniques mais reçoit une prise en charge sociale, psychologique, préventive, éducative, ou tout simplement un hébergement, pour lequel des structures plus efficaces n'existent pas ou ne sont pas disponibles.

Les journées d'hospitalisation sont non pertinentes et non justifiées quand le patient reçoit des soins ou des services qui pourraient être rendus dans des structures disponibles plus efficaces et mieux adaptées aux besoins des patients. Ces journées relèvent d'un problème d'organisation, du processus décisionnel des professionnels de santé ou de raisons liées aux patients ou à leurs proches<sup>44</sup>.

## **Glasgow Outcome Scale**

A défaut d'outil d'évaluation de la dépendance facile à utiliser en court séjour, le Glasgow Outcome Scale (GOS)<sup>45</sup> été utilisé. C'est une échelle de gravité séquellaire, de handicap et de devenir fonctionnel. Le plus haut score correspond à la plus grande autonomie. Il est habituellement réservé aux patients victimes de traumatismes crâniens. Elle est très sommaire, très rapide et simple d'utilisation (annexe II).

## **Score de Rankin modifié**

Pour ces mêmes raisons d'absence d'outil de dépendance en court séjour, nous avons utilisé le score de Rankin modifié<sup>46</sup> qui évalue globalement l'autonomie pour des patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux. Il comporte six niveaux : plus le score est élevé, moins la personne est autonome (de 0 : « aucun symptôme » à 5 : « handicap majeur : alitement permanent, incontinence et soins de nursing permanent »). Ce score est facile à renseigner (annexe II).

---

<sup>44</sup> Revue de pertinence des soins : Application aux admissions et aux journées d'hospitalisation, HAS, Novembre 2004

<sup>45</sup> JENNETT B., BOND M., *Assessment of outcome after severe brain damage*, Lancet 1975 Mar 1 ;1(7905):480-4

<sup>46</sup> FRANKEL MR. et al., *Predicting prognosis after stroke*. Neurology 2000;55:952-959

## Score de probabilité de transfert en soins post aigus

Lors d'une hospitalisation, une planification efficiente des sorties rend impératives l'identification et l'évaluation précoce des patients susceptibles de présenter des difficultés à leur sortie (annexe II). L'équipe Suisse de J.M. Gaspoz propose un score reposant sur l'identification de la complexité biopsychosociale permettant de repérer, en début d'hospitalisation, les patients susceptibles de présenter des difficultés à leur sortie et, ainsi, de proposer des stratégies de planification précoce de celle-ci. Ce score, mesuré au troisième jour d'hospitalisation permet de prédire avec une sensibilité de 87% et une spécificité de 63% le risque d'un transfert vers une structure de soins post aigu pour les patients obtenant 8 points ou plus<sup>47</sup>.

## Grille Intermed

La grille Intermed (IM) a été conçue en réponse au fait que des patients, aux mêmes types et stades de leurs maladies, répondent d'une manière différente au même traitement médical<sup>48</sup> et que cela dépend de variables psycho-sociales et de facteurs se situant à l'interface entre le système du patient et le système de soins (annexe III). Les auteurs de cette grille, F. Stiefel et P. Guex, ont proposé le concept de «complexité du cas». Il s'agit d'évaluer les différentes facettes qui augmentent la complexité d'un cas et nécessitent une prise en charge coordonnée dépassant les soins standard. La grille Intermed est basée sur l'anamnèse médicale traditionnelle, enrichie des aspects psycho-sociaux et de la complexité des réseaux de soins. Elle synthétise l'information de quatre domaines : biologique, psychologique et social du patient, ainsi que son accès et sa relation avec le système de soins. La dimension temporelle dans laquelle les domaines sont évalués est définie par les cinq dernières années, la période actuelle et le pronostic. Deux variables de chaque domaine pour le passé et le présent, et une variable pour chaque domaine du pronostic sont évaluées d'une manière quantitative avec un score de 0 à 3.

Le score final reflète le degré de complexité du cas et indique les éléments qui pourraient compliquer la prise en charge. Intermed peut être utilisé pour des patients atteints de maladies

---

<sup>47</sup> LOUIS SIMONET M., KOSOVSKY M., CHOPARD P., SIGAUD P., PERNEGER T.V., GASPOZ JM., *A predictive score to identify hospitalized patients' risk of discharge to a post-acute care facility*, BMC health Services Research 208, 8:154

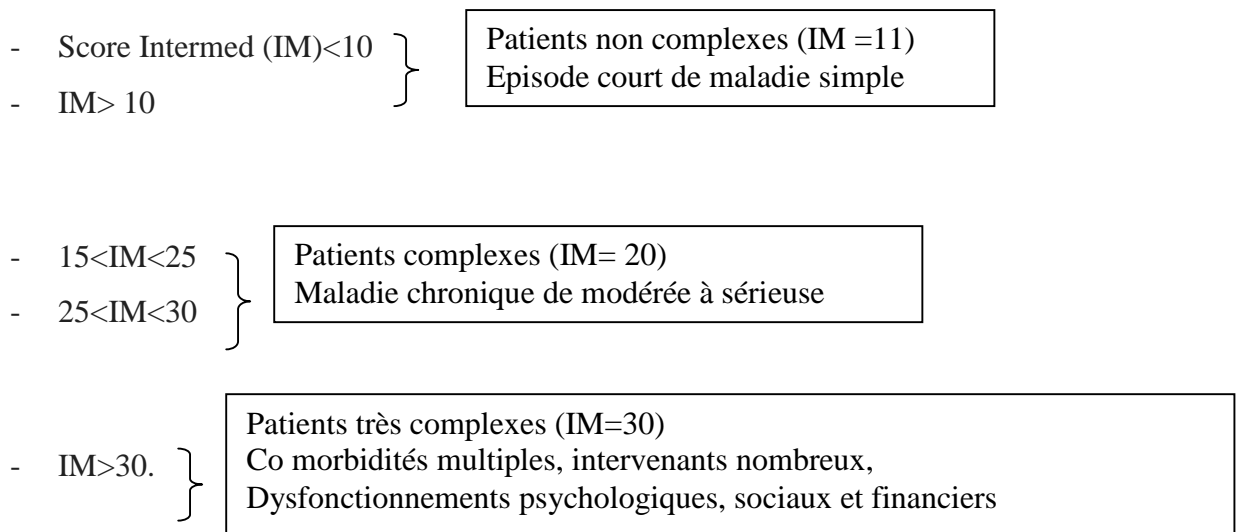
<sup>48</sup> HUYSE FJ., HERZOG T., LOBO A. et al. *Detection and treatment of mental disorders in general health care*. Eur Psychiatry 1997 ; 12 (Suppl. 2) : 70s-8s



somatiques sans se limiter à une pathologie spécifique mais s'adresse surtout aux patients atteints de maladies chroniques ou de pathologies complexes, et non aux patients avec des diagnostics somatiques clairs ou aigus. Comme le montrent les données de la littérature, l'utilisation de cette grille est validée en neurologie (sclérose en plaques), en pneumologie, en rhumatologie (lombalgies)<sup>49</sup>, en psychiatrie, et en médecine interne (diabétologie)<sup>50</sup>.

L'auteur de cette grille, qui poursuit ses travaux de recherche, prévoit qu'Intermed pourrait être utilisé dans certains domaines cliniques pour le repérage de cas complexes ou pour le choix d'interventions ciblées. D'un point de vue scientifique, cet instrument pourrait être utile pour une stratification des niveaux de complexité bio-psycho-sociale des patients, pour le contrôle des variables confondantes, c'est-à-dire celles qui ont un lien tant avec les facteurs d'exposition étudiés qu'avec la maladie observée, sans cependant faire partie de la chaîne causale liant ces deux éléments, et aussi pour des recherches épidémiologiques<sup>51</sup>.

Le score total et maximal de complexité des cas est de 60. La classification se fait en 5 catégories, regroupées ensuite en 3, qui déclencheront une graduation des réponses du système de santé en fonction de la complexité croissante des cas :



<sup>49</sup> SCERRI M., de GOUMOËNS P., FRITSCH C., VAN MELLE G., STIEFEL F., SO A., *The INTERMED questionnaire for predicting return to work after a multidisciplinary rehabilitation program for chronic low back pain*, Joint Bone Spine, volume 73, n° 6, pp 736-741, December 2006

<sup>50</sup> HUYSE F.J., *The effect of integral medicine on length of stay and patient satisfaction in internal medicine*. Grant-no 99036 (fl 150'000) 1999

<sup>51</sup> STIEFEL F., SO A., RUIZ J., *Early identification of case complexity versus standard care : An intervention study based on patient evaluation with the INTERMED* (in preparation). Numéro de revue : -667 Numéro d'article : 21126

Par ailleurs, INTERMED pourrait d'une part aider à légitimer l'allocation de ressources dédiées à ces patients complexes, avec un haut degré de comorbidités somatiques et psychosociales, et d'autre part contribuer à déterminer la composition des équipes pluriprofessionnelles, en se fiant à un choix rationnel, qui prend en compte les besoins des patients et leurs droits menacés en période de restriction des dépenses de santé<sup>52</sup>.

## Résultats

Un total de 23 questionnaires a été renseigné. Avec une répartition de 17 hommes et 6 femmes, l'âge moyen est de 58,69 (32 – 87). 13 personnes sont âgées de moins de 60 ans.

### *Grille AEPf : Appropriateness Evaluation Protocol : protocole d'évaluation de la pertinence des admissions et des journées d'hospitalisation*

#### 11 patients pertinents et 12 patients non pertinents

**Les 11 patients pertinents** étaient hospitalisés en chirurgie orthopédique (3), oncologie (2), hématologie (3), neurologie (1) et gastroentérologie (2).

Cette population était composée de 8 hommes et 7 femmes, d'âge moyen 59, 54 ans (32 – 80), 9 patients sont sortis depuis la date de l'enquête et ont été codés dans le système d'information hospitalier ce qui a permis d'obtenir les informations suivantes : leur durée moyenne de séjour a été de 62, 27 jours (33 – 112), 4 patients ont eu une durée de séjour inférieure à la borne haute du GHM dans lequel ils ont été codés, un était juste à la borne haute et 4 l'ont dépassé respectivement de 1, 14, 25 et 30 jours.

6 des 11 patients étaient en dessous du score de probabilité de transfert en soins post aigus.

3 patients relevaient des cas simples selon la grille Intermed, 7 de cas complexes et 1 de cas très complexe (ce dernier patient étant toujours hospitalisé deux mois après l'enquête).

**Les 12 patients non pertinents** étaient hospitalisés en chirurgie orthopédique (1), chirurgie générale (1), réanimation (1), médecine interne (1), neurologie (2), et SSR / MPR à orientation neurologique (6).

Cette population comportait 9 hommes et 3 femmes, d'âge moyen 57, 92 ans (35 – 87).

---

<sup>52</sup> STIEFEL F., GUEX P., *Evaluation de la complexité et coordination des soins : le projet INTERMED*, Revue Médicale Suisse N° -667 publiée le 07/02/2001

9 patients ont un GOS à 3 et 3 un GOS 4.

Le score de Rankin est à 3 pour 3 patients, à 4 pour 7 patients et à 5 pour 2 patients.

Le score de probabilité de transfert en SSR était supérieur à 8 pour 11 des 12 patients.

### ***Glasgow Outcome Scale (GOS)***

La population étudiée ne comportait pas de patients en état végétatif chronique. Plus de la moitié (13) présentait un handicap sévère (dépendance mentale et / ou motrice) avec un GOS à 3, 8 présentaient un handicap modéré soit GOS 4 avec une autonomie limitée dans la vie quotidienne (dysphasie, hémiparésie, troubles de mémoire et / ou de la personnalité). Seulement 2 patients présentaient un GOS 2 donc des déficits mineurs avec une bonne récupération et une capacité à exercer normalement leurs activités.

### ***Score de Rankin***

Seuls 2 des 23 patients sont autonomes et peuvent vaquer à leurs occupations sans assistance (Rankin 1 et 2). Les 21 autres patients présentent une invalidité modérée à sévère, pour 9 d'entre eux (Rankin 3) la toilette, la marche et les transferts sont réalisés de façon autonome mais les activités corporelles élémentaires telles la toilette, l'habillage et l'alimentation requièrent une aide partielle.

7 patients présentent une invalidité moyennement sévère, la marche doit être aidée, une assistance est requise pour toutes les activités corporelles élémentaires (Rankin 4).

Enfin 5 patients sont totalement dépendants et nécessitent une surveillance et un nursing permanents (Rankin 5).

### ***Score de probabilité de transfert en soins post aigus***

D'après J.M. Gaspoz, si ce score atteint 8 ou plus, il a valeur prédictive d'un transfert en SSR.

Pour 16 des 23 patients ce score est supérieur à 8 (avec des valeurs allant de 8 à 18 points).

Pour les 12 patients non pertinents, 11 avaient un score supérieur à 8 à leur entrée dans le système de soins.

### ***Grille Intermed***

Les 23 grilles renseignées donnent des résultats allant de 5 à 55 points (60 étant le score maximal) qui sont regroupés dans le tableau suivant en reprenant la segmentation proposée

par F. Stiefel comportant des patients non complexes (IM=11), des patients complexes (IM=20) et très complexes (IM > 30) :

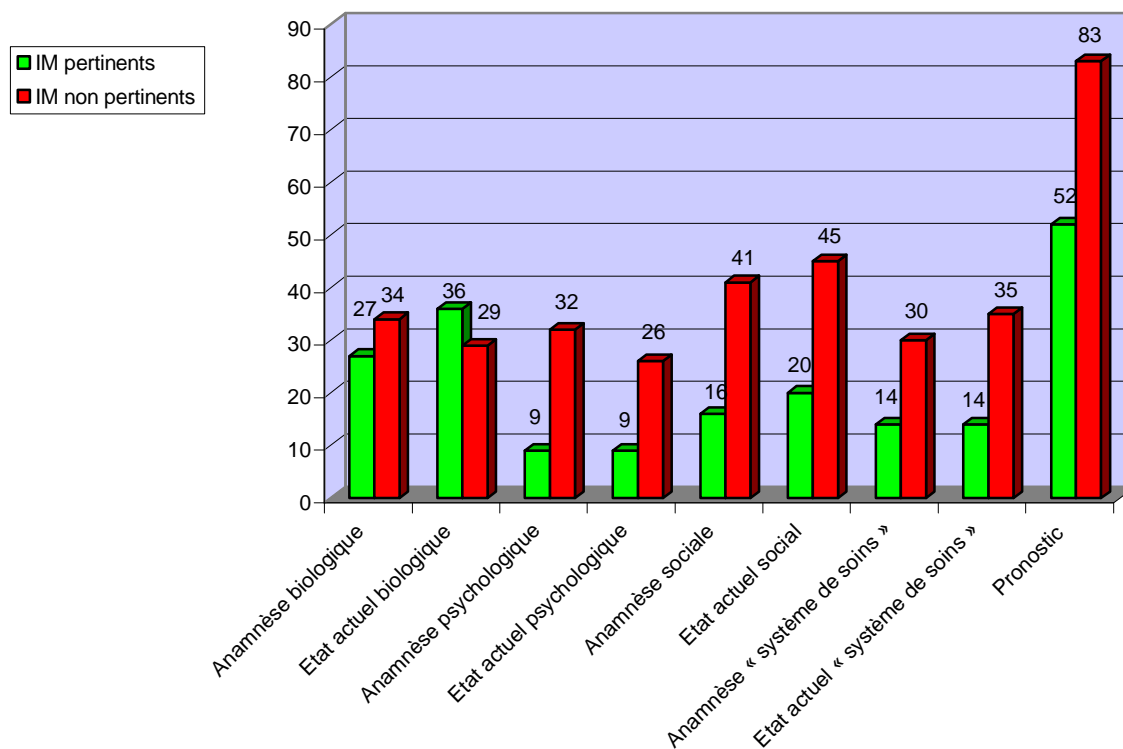
- patients simples : 3 sur les 23 (un patient en hématologie, un en oncologie et un en hématologie),
- patients complexes : 10 sur les 23 (un patient en réanimation, chirurgie générale et oncologie, 2 en hématologie et gastro entérologie, 3 en chirurgie orthopédique),
- patients très complexes : 10 sur les 23 (un patient en médecine interne, 3 patients en neurologie et 6 patients en SSR, MPR à orientation neurologique).

Le tableau ci-dessous présente pour les 23 patients les différentes dimensions explorées par le score Intermed (IM) :

Seuils Intermed (IM) selon Stiefel	Intermed patients pertinents	Intermed patients non pertinents
	5	
	8	
	8	
	13	
	16	
	18	
	18	
		19
<b>IM = 11 patients non complexes</b>		
	20	20
<b>IM = 20 patients complexes</b>	25	
Maladie chronique de modérée à sérieuse	29	29
		30
		33
<b>IM = 30 patients très complexes</b>	37	37
Co morbidités multiples, intervenants nombreux,		37
Dysfonctionnements psychologiques, sociaux et financiers		38
		39
		40
		41
		55

Au delà du score global déjà présenté, le graphique suivant montre par catégories d'item de la grille Intermed la variation de points entre les patients pertinents et les patients non pertinents. Le score des facteurs psychologique et sociaux est nettement supérieur pour les patients « non pertinents », de même que celui de leur relation avec le système de soins et les facteurs pronostiques.

### INTERMED : comparaison par item pour les patients pertinents et non pertinents



### Profil des 12 patients non pertinents

- 9 hommes, 3 femmes, âge moyen 57,92 ans (35 – 87),

- 8 patients sont âgés de moins de 60 ans.

Pour la majorité d'entre eux ils présentent un handicap sévère avec un Glasgow à 3, trois d'entre eux présentent un handicap modéré Glasgow à 4.

Le score de Rankin montre que 3 patients présentent une invalidité modérée, 7 une invalidité moyennement sévère et 2 une incapacité sévère.

Concernant le score Intermed (IM):

- 3 patients sont considérés comme « complexes » (IM 19, 20 et 29), ils sont hospitalisés en chirurgie orthopédique, chirurgie générale et réanimation.
- 9 patients sont « très complexes » (IM >30), ils sont hospitalisés en médecine interne (1), en neurologie (2) et en SSR/MPR (6).

Le tableau ci-dessous récapitule les éléments principaux du diagnostic médical et identifie les facteurs ayant contribué au retard à la sortie de ces 12 patients non pertinents.

Patient	Age	Intermed	Diagnostic principal	Facteurs de retard de sortie
1	35	33	LEMP VIH Monoplégie	Incertitude lieu de sortie, retard à l'instruction du dossier MDPH, retard à la mise en œuvre des aides à domicile
2	40	38	Anoxie cérébrale Troubles cognitifs	Retard à la formulation du projet de sortie, refus de la famille d'instruire un dossier à la MDPH
3	41	30	AVC Quadriplégie	Retard à l'accès aux droits (coupure EDF pour loyers impayés, réouverture de compte bancaire, ...)
4	47	39	LEMP Anoxie cérébrale Troubles cognitifs Cécité corticale	Attente de place malgré procédure établie, décision d'orientation en MAS
5	49	40	AVC Paraparésie Syndrome frontal	Retard à la formulation du projet de sortie, lenteur d'instruction du dossier MDPH
6	51	41	Syndrome de Korsakoff	Attente de place malgré procédure établie, décision d'orientation en MAS
7	51	37	AVC Psychose	Attente de place malgré procédure établie, lenteur d'instruction du dossier MDPH, décision d'orientation en FAM
8	55	37	Syndrome de Korsakoff	Attente de place en structure d'accueil, dérogation d'âge, aides sécu, tutelle OK
9	77	55	Tétraplégie	Pas de domicile, en situation irrégulière, impossibilité d'accès aux droits pour problèmes judiciaires
10	79	20	Péritonite opérée Perte d'autonomie	Attente de réponse d'un SSR en province
11	83	29	Carcinome pulmonaire	Attente SSR spécialisé cardio respiratoire
12	87	19	Plaie infectée → isolement Perte autonomie	Demande de prise en charge trop tardive en SSR auprès du service social

Deux mois après l'enquête :

- un patient est décédé au 126<sup>ème</sup> jour d'hospitalisation,
- trois patients sont sortis du court séjour après 35, 40 et 72 jours d'hospitalisation,
- quatre patients sont sortis de SSR/MPR après respectivement 445, 473, 525 et 533 journées d'hospitalisation,
- un patient est toujours hospitalisé en SSR/MPR,
- un patient est toujours hospitalisé en court séjour,
- deux patients en court séjour à la date de l'enquête sont passés en SSR/MPR mais ils restent non pertinents.

## Discussion

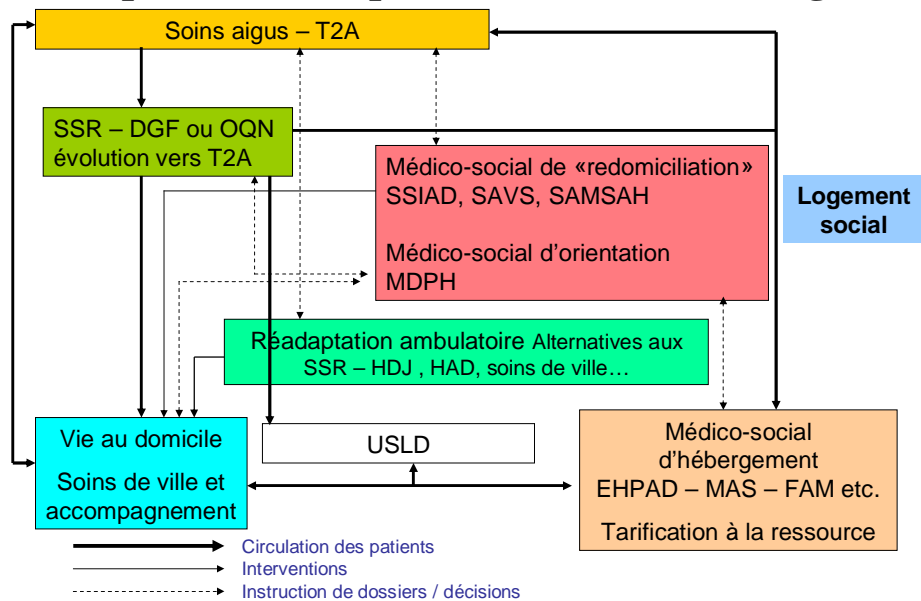
Si nous analysons les inadéquations hospitalières et les durées de séjour constatées dans cette enquête, nous remarquons une corrélation avec les conclusions de l'enquête de l'ARHIF relative aux patients sortants en SSR. Si les « freins » à la sortie sont bien identifiés par l'inexistence, l'insuffisance ou l'indisponibilité des structures d'aval adaptées (SSR, HAD, maisons de retraite, soins à domicile) c'est souvent l'indécision, l'absence d'organisation précoce de la sortie et la lenteur des procédures impliquant des acteurs externes (médico-sociaux, familiaux, représentants légaux, collectivités territoriales etc.) qui sont en cause. Lorsque ces inadéquations à la mission prescrite de l'hôpital ne s'accompagnent, en cas de décision de sortie, d'aucune alternative réelle dans l'environnement qui ne conduise à des pertes de chances inacceptables l'hospitalisation reste justifiée.

La tarification à l'activité (T2A) a profondément modifié les relations économiques du monde hospitalier au sein de la société. La question de l'intérêt économique pour le court séjour qui consiste à transférer plus tôt dans des structures de soins de suite, en ne dépassant pas la borne haute du groupe homogène de malade dans lequel se situe le patient, pose la question du lien entre tarification et qualité des soins pour les patients. La segmentation induite par la séparation entre court séjour et SSR induit un fonctionnement séquentiel qui est aujourd'hui aggravé par la tarification. Celle-ci incite dans un contexte concurrentiel et de gestion administrative des résultats à accélérer les passages vers l'aval dont on attend qu'il résolve certains problèmes relatifs à la perte d'autonomie ou à des difficultés sociales. C'est dans ce fonctionnement séquentiel, juxtaposant des modes de prises en charge qui devraient être intriqués, que réside en grande partie l'inadaptation du système de soins à la complexité croissante des situations des patients. La nécessité économique pour le court séjour de réduire les durées de séjour est attestée par la réduction des écarts des durées de séjour de patients de même GHM avec ou sans difficultés d'ordre social<sup>i</sup>. Si la prise en compte précoce des difficultés sociales est ainsi transférée à l'aval, il est possible d'affirmer que des mécanismes analogues tendent à reporter sur l'aval :

- les soins de réadaptation qui devraient être débutés dès le stade aigu,
- la mise en œuvre de l'accompagnement social en lien avec le « projet de sortie ».

Ainsi progressivement démunie des moyens d'une action médico-sociale précoce, l'hôpital produirait des inadéquations induites par sa désorganisation pour une catégorie de patients qui cumule perte d'autonomie et difficultés sociales comme le montre le schéma ci-dessous.

### Stagnation dans le système de soins, sélection des patients, et reports de soins et de charges



D'après Devailly JP et Josse L, Colloque Jean Savy, Paris, 16 septembre 2010

Outre ces effets non compensés de la T2A en court séjour, sa mise en place dans les structures d'aval risque d'impacter négativement les possibilités de résoudre concrètement les problèmes qui n'ont pas été réglés en amont, ce qui aurait pu parfois éviter d'engorger les structures d'aval. Il faut signaler l'existence de cercles vicieux :

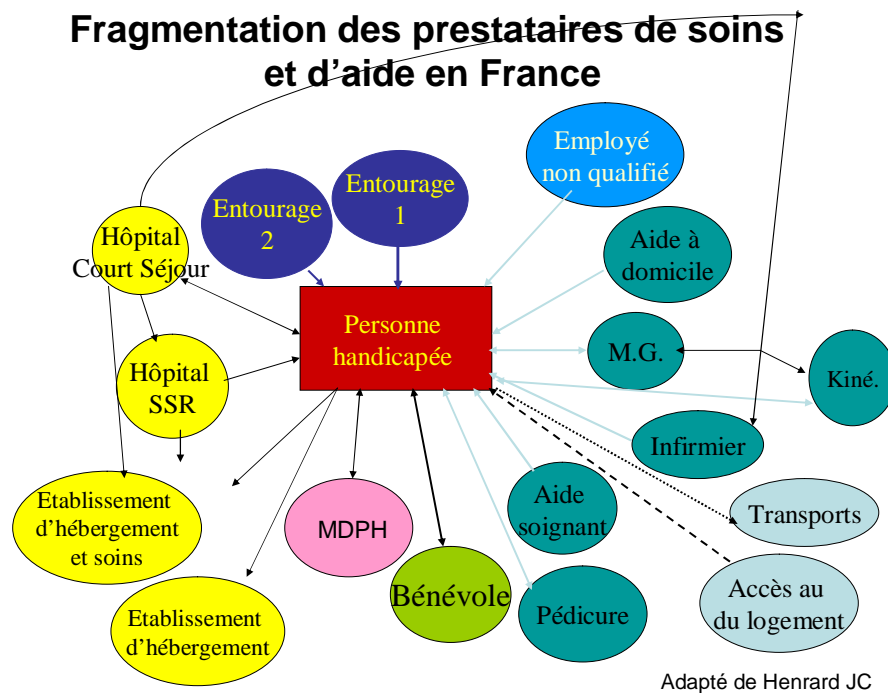
- l'absence de traitement de rééducation précoce augmente le risque de perte d'autonomie à long terme et crée des handicaps surajoutés,
- les retards à la mise en oeuvre de l'accompagnement de la perte d'autonomie augmentent le risque d'institutionnalisation,
- l'absence de traitement précoce des problèmes sociaux engendre des phénomènes en cascades qui aggravent les difficultés sociales existantes des patients (expulsion évitable pour loyers impayés, interdiction bancaire, ...).



## Préconisations relatives à l'articulation entre l'hôpital et son aval

La sortie du monde hospitalier est un acte de soins à part entière, une démarche commune d'équipe qui nécessite une organisation spécifique et rigoureuse visant à :

- identifier des relais qu'il s'agisse d'intervenants ou de structures,
- établir la communication et la concertation entre les intervenants ce qui implique souvent la mobilisation d'un « réseau social » qui peut être représenté par un graphe très complexe (voir schéma ci-dessous).



- en cas de retour à domicile : analyser, prévoir et favoriser la mise en œuvre des aménagements du domicile, organiser la location de matériel médical, le portage de repas,
- anticiper quand il y a lieu les questions de la réparation du dommage corporel, ...

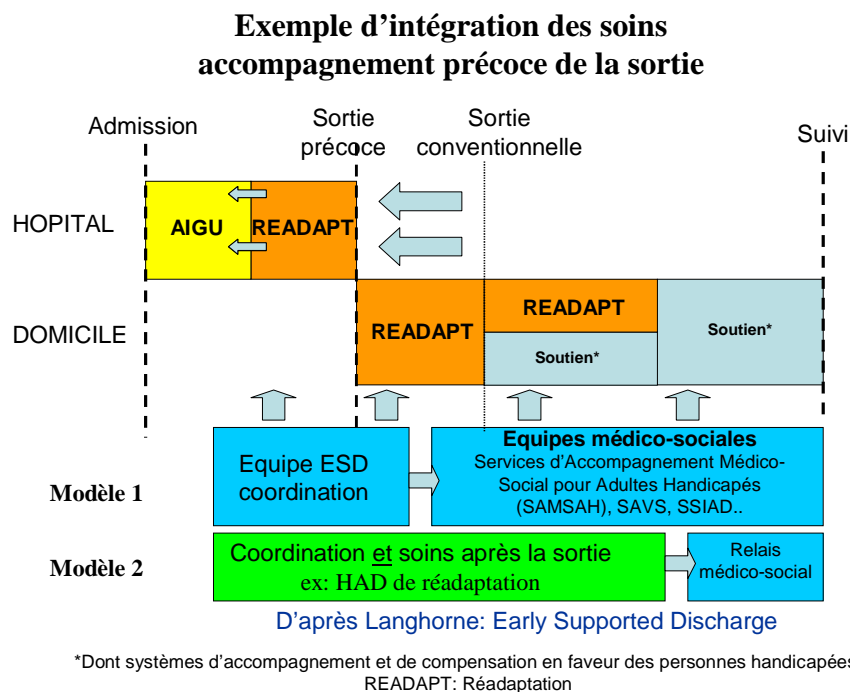
Le problème repose souvent sur l'identification de la personne qui va assurer la coordination de ce continuum de soins : interlocuteur identifié de la chaîne de soins ou membre de la famille ?

Une planification de sortie efficace et de qualité peut être définie en fonction de l'adéquation :

- du délai estimé de sortie du patient,

- du choix de sa destination de sortie au domicile ou en institution,
- de la mise en place des soins et systèmes d'aides à domicile nécessaires,
- de sa satisfaction sur le processus et les informations reçues<sup>53</sup>.

Diverses réponses peuvent être apportées notamment sous forme « d'Equipe mobile interdisciplinaire de rééducation et de réadaptation » (EMIRR)<sup>54</sup> ou sur le modèle des équipes d'*early supported discharge* (ESD)<sup>55</sup> initialement décrites pour les accidents vasculaires cérébraux<sup>56</sup> mais dont la méthode correspond bien à ces cas complexes (voir schéma ci-dessous).



Il s'agit dans tous les cas d'équipes pluri professionnelles d'orientation intervenant dès le court séjour pour apporter la réponse la plus adaptée possible aux besoins de rééducation et/ou de réadaptation de chaque patient hospitalisé. Ces prestations peuvent se décliner sous différentes formes avec des relais variables avec d'autres équipes sanitaires ou médico

<sup>53</sup> BERNA C., KOSSOVSKY M., GASPOZ JM., LOUIS SIMONET M., Service de Médecine Interne Générale, Département de Médecine Interne, HUG, *Les équipes médico-soignantes au centre de la planification précoce de la sortie des patients*, 2005

<sup>54</sup> LEFEBVRE S., LEFEBVRE D., CORDIER K., SENGLER J., *Équipe Mobile Interdisciplinaire de Rééducation et de Réadaptation : l'expérience mulhousienne*, *J. Réadapt. Méd.*, 2007,27, n° 2-3, pp. 89-91

LANGHORNE P., *Early Supported Discharge: an idea whose time has come*. *Stroke* ; 2003;34:2691-2692.

<sup>56</sup> La stratégie canadienne de l'AVC. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC. 2006

sociales (HAD, SAMSAH,...) qui assureront le suivi après la sortie. Ces équipes ont en général les missions suivantes :

- organiser et coordonner un dispositif de réadaptation précoce pour éviter les sur- complications et la précarisation fonctionnelle,
- optimiser l'orientation en aval du court séjour: adéquation de la structure, suivi de la demande,
- estimer le potentiel d'amélioration fonctionnelle,
- compléter le dossier du patient : parties médicale, paramédicale et sociale,
- évaluer les différentes possibilités de réintégration sociale du patient,
- identifier les acteurs du réseau de ville,
- établir et formaliser des liens avec les réseaux médico sociaux, les associations,
- définir des outils de liaison entre les équipes.

Mais l'utilité de ces équipes mobiles de réadaptation suppose que leur stabilité, leur pérennité et leur pluridisciplinarité leur permettent de développer un fonctionnement en réseau avec les acteurs internes et externes. Ceux-ci sont trop nombreux pour que les mécanismes de liaison usuels soient opérants, pour autant, il est indispensable de savoir les mobiliser lors des différentes étapes de réalisation du projet de sortie.

Ce réseau estompe les contours traditionnels des unités et établissements pour induire de nouveaux comportements coopératifs et la coordination d'un réseau d'acteurs interdépendants, partageant l'objectif d'une insertion précoce et du maintien de l'autonomie.

Quelques exemples peuvent être évoqués à la lumière de ce qui a pu être développé dans notre établissement :

- signature d'une convention avec la MDPH de Seine-Saint-Denis reconnaissant l'équipe de MPR comme équipe d'évaluation conventionnée pour la prestation de compensation du handicap, facilitation de contacts pour des cas prioritaires (orientation, re-domiciliation) et qui fait gagner un temps précieux pour l'instruction du dossier,
- convention entre l'AP-HP et l'association des paralysés de France (APF) pour le fonctionnement médical de l'Equipe Spécialisée pour une Vie Autonome à Domicile (ESVAD) en préalable à l'ouverture prochaine d'un service d'accompagnement médico social pour adultes handicapés (SAMSAH)
- rapprochement en cours avec les bailleurs de logements sociaux en vue de convention (dérogation aux réservataires),

- ouverture sur le réseau ville – hôpital par des réunions thématiques sur la prise en charge du handicap lourd,
- commission des séjours longs : réalisation d'un annuaire finalisé des SSR, création d'une équipe mobile d'évaluation / orientation intervenant en soins de courte durée.

Il faut cependant noter que la définition de la coordination des soins reste floue et que si les professionnels tendent à penser que chacun travaille en réseau, l'hôpital ignore souvent les investigations menées par le médecin traitant, peine à contacter les systèmes d'aide antérieurs ainsi que les éventuels tuteurs ou juges des tutelles. De même, les comptes rendus d'hospitalisation arrivent tardivement voire même n'arrivent jamais au médecin traitant, les échanges entre hôpital et secteur médico social se réduisent souvent à une circulation et à un stockage de formulaires à l'origine de délais démesurés. Ces facteurs impactent de manière négative la nécessaire collaboration entre les différents secteurs de soins au détriment pour les patients d'un accès équitable à des soins de qualité. Il existe de fait plusieurs réseaux partiels autour du patient (hospitalier, soins de ville et secteur médico social) trop peu connectés entre eux.

Un des défauts potentiels du système actuel est trop souvent le fléchage par pathologie (sclérose en plaques, traumatismes crâniens,...) selon une logique trop exclusivement verticale des « filières de soins » et non une logique centrée sur les besoins communs à des patients porteurs de diverses maladies mais dont la lourdeur du handicap pourrait constituer la porte d'entrée dans le réseau (ex : Handicap Lourd Aquitaine). C'est souvent le souci de la fluidité en aval de l'aigu qui contraint la constitution des filières de soins et la structuration des réseaux.

## Conclusion

Si le patient est au centre de l'action il reste unique et singulier. Les équipes doivent s'interroger sur le sens de ce qui est proposé et /ou réalisé et partager les décisions avec le patient. Une coopération réussie suppose des acteurs autonomes collaborant en confiance réciproque et mobilisant les compétences spécifiques de chacun en les articulant de manière complémentaire. La maîtrise des coûts qui pousse à standardiser les processus de soins et la nécessité de soins individualisés conduisent à « gérer la singularité à grande échelle »<sup>57</sup>.

Les impasses hospitalières ont été en partie engendrées par la vision curative de l'hôpital des années 1970/75 qui ne prévoyait pas l'intégration dès le stade aigu des mesures relatives à la perte d'autonomie ni l'accompagnement social précoce<sup>58</sup>. L'efficacité de notre système de santé est affectée par sa fragmentation, en terme d'organisation et de financement, il en est de même pour son efficacité et sa qualité. La mise en place de la tarification à l'activité entérine une mise en concurrence de acteurs fondée sur un modèle de production de groupes homogènes de malades; dès lors ce qui n'est pas identifié dans les missions de l'hôpital ne sera pas financé. Les facteurs de complexité augmentant les coûts et les durées de séjour pour certains groupes de malades rendent les établissements qui les accueillent très vulnérables au financement prospectif. On a pu dire qu'un tel système de financement constituait un transfert des « choix tragiques »<sup>59</sup> vers les établissements et les professionnels puisqu'il conduit inéluctablement ceux-ci à éviter la prise en charge des patients « non rentables »<sup>60</sup>. Dans la mesure où certains groupes de malades risquent de ne plus bénéficier de soins appropriés, l'absence de correctifs à ces effets bien connus de la tarification conduirait à des inégalités inacceptables d'accès aux soins.

L'outil Intermed permet de repérer, dès les premiers jours d'hospitalisation, les patients qui sont à la fois *bed blockers* potentiels pour l'hôpital, risquant d'engorger les filières indispensables au bon fonctionnement économique de l'hôpital, et qui sont en même temps

---

<sup>57</sup> MINVIELLE E., *Réconcilier standardisation et singularité : les enjeux de l'organisation de la prise en charge des malades*. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 2000, 7(1): 8-22.

<sup>58</sup> CASTIEL D., *La déconstruction ou le transfert de la solidarité*. In : Solidarités précarité et handicap social. Rennes : Presses de l'EHESP ; 2010, p. 31-53

<sup>59</sup> PIERRU F., *Hospital Inc, Les professionnels de santé à l'épreuve de la gouvernance d'entreprise*, revue *Enfances & Psy*, 2009/2 (n° 43), 142 p

<sup>60</sup> GRIMALDI A., *L'hôpital malade de la rentabilité*, Fayard éditions, Paris 2009, 280 p

des personnes à risque de handicap pour lesquelles il convient de mettre en œuvre des actions pluridisciplinaires immédiates dans un contexte de ressources rares. Cette prise en charge précoce et coordonnée vise donc à la fois la diminution des durées de séjour et parallèlement l'amélioration de la qualité des soins dans des domaines non identifiés par les prises en charge standard.

Les soins curatifs de réadaptation et l'accompagnement coordonnés et précoces reposent sur des équipes pluridisciplinaires internes et / ou hors les murs dans le cadre de réseaux ville hôpital médico-social dont l'organisation et le financement doivent être consistants et pérennes<sup>61</sup>. Ces continuums de soins doivent s'appuyer sur de solides outils d'identification des besoins, facilement utilisables en soins aigus où le système d'information ne prend pas en compte la dépendance comme c'est le cas en soins de suite et de réadaptation. À terme, l'identification de ces dimensions indissociables des soins curatifs doit permettre le financement des surcoûts inhérents à ces prises en charge ou bien des financements forfaitaires hors activité. Pour les mêmes raisons, l'impact de la future mise en œuvre de la tarification à l'activité dans les structures d'aval restera à évaluer.

---

<sup>61</sup> DEVAILLY J.P., JOSSE L., Accès aux soins de réadaptation et handicap, *Gestions hospitalières* n° 492 - janvier 2010, p28-33.

# Bibliographie

## Livres et revues

BERNA C., KOSOVSKY M., GASPOZ JM., LOUIS SIMONET M., Service de Médecine Interne Générale, Département de Médecine Interne, HUG, Les équipes médico-soignantes au centre de la planification précoce de la sortie des patients, 2005.

BORRELL-CARRIÓ F., SUCHMAN A L., EPSTEIN R M., The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Ann Family Med* 2004;2:576-82.

BRUCHON-SCHWEITZER M., Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes, Dunod, 2002, 440p.

CANTON J., La « Classification québécoise » dite « Processus de production du handicap » peut-elle contribuer à la production de connaissances et aider à la prise de décisions ? *Interactions*, vol 2, 2010.

CASTIEL D., BRECHAT P.H., MATHIEU GRENOUILLEA M.C., RYMER R., Handicap social et hôpitaux publics : pour un modèle d'allocation de ressources dans le cadre d'une politique de santé publique, *Santé publique* 2009, vol 21, n°2, pp195-212.

CASTIEL D., La déconstruction ou le transfert de la solidarité. In : *Solidarités précarité et handicap social*. Rennes : Presses de l'EHESP ; 2010, p. 31-53.

COLVEZ A., Vieillesse, dépendance, handicap : du bon usage des concepts. *Revue ADSP* n° 56 septembre 2006.

COOK J., Le handicap est culture. *Prévenir, Prévenir*, Cahiers d'étude et de réflexion, Dossier : Les aspects sociaux du handicap : reconnaître, intégrer, respecter, 2000/07-12, n° 39, 61-70.

DEVAILLY J.P., JOSSE L., Accès aux soins de réadaptation et handicap, *Gestions hospitalières* n° 492 - janvier 2010, p28-33.

EYMARD C., Initiation à la recherche en soins et santé. Rueil-Malmaison : Editions Lamarre, 2003, 243 p.

FETTER RB., Information Systems Requirements for Case Mix Management by DRG. In : *Towards New Hospital Information Systems* Bakker AR, Ball MJ, Scherrer JR, Willems JL (eds). Amsterdam : North-Holland. 1988; 161-167.

FOUGEYROLLAS P., CLOUTIER R., BERGERON H., COTE J., St MICHEL G., Classification québécoise Processus de production du handicap, Québec, Réseau international sur le Processus de production du handicap (RIPPH)/SCCIDIH, 1998, 166p.

FOUQUET B., Modèle bio-psychosociologique des maladies, in Neuropathies et pathologies professionnelles, Edition Masson, Paris, collection : Pathologie locomotrice et orthopédique, 2007, 176p.

FRANKEL MR et al., Predicting prognosis after stroke. *Neurology* 2000;55:952-959.

GAGNAYRE R., D'IVERNOIS J-F., Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique (2° ed.), coll éducation du patient, Maloine, Paris, 2004, 155p.

GATTO F., Enseigner la Santé, édition L'Harmattan, Paris, 2005, 234 p.

GRIMALDI A., L'hôpital malade de la rentabilité, Fayard éditions, Paris 2009, 280 p.

GUILE R., LEUX C., LOMBRAIL P., MORET L., Développement et validation d'une grille de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR, *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, volume 56, numéro S2, p75-76, mai 2008.

HAMONET C., Les personnes en situation de handicap, « Que sais-je ? », Puf, Paris 2009 (6<sup>ème</sup> édition), 127p.

HAMONET C., MAGALHAES T., A propos du handicap : langage médical ou langage social ?, *J.Réadapt. Méd.*, 2001,21, n°3, pp.10-109.

HAMONET C., MAGALHÃES T., Système d'Identification et de Mesure des Handicaps (SIMH), éditions ESKA, 12 rue du quatre septembre 75002 Paris, 2000.

HUYSE FJ., HERZOG T., LOBO A. et al., Detection and treatment of mental disorders in general health care. *Eur Psychiatry* 1997; 12 (Suppl. 2) : 70s-8s.

HUYSE FJ., The effect of integral medicine on length of stay and patient satisfaction in internal medicine. Grant-no 99036 (fl 150'000) 1999.

JENNETT B., BOND M., "Assessment of outcome after severe brain damage." *Lancet* 1975 Mar 1 ;1(7905):480-4.

KATON W., VONKORFF M., LIN E. et al., Distressed high utilizers of medical care. DSM-II-R diagnoses and treatment needs. *Gen Hosp Psychiatry* 1990 ; 12 : 355-62.

LANGHORNE P., Early Supported Discharge : an idea whose time has come. *Stroke* ; 2003 ; 34:2691-2692.

LAZAR P., Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages. Un manuel de classification des conséquences des maladies. Inserm/CTNERHI, Publication CTNERHI, 1993, 205 p.

LEFEBVRE S., LEFEBVRE D., CORDIER K., SENGLER J., Équipe Mobile Interdisciplinaire de Rééducation et de Réadaptation : l'expérience mulhousienne, *J. Réadapt. Méd.*, 2007, 27, n° 2-3, pp. 89-91.



LOMBARD I., LAHME P., DIENE E., MONNET E., LOGEROT H., LEVY SOUSSAB M., HUET B., SIX P., YEU C., LANG T., pour le groupe AEP France (2001). Étude de la concordance inter-observateurs des raisons de non pertinence des journées d'hospitalisation identifiées par la version française de l'Appropriateness Evaluation Protocol (2e partie). *Revue Epidémiol. Santé Publique* 2001 ; 49 : 367- 75.

LOUIS SIMONET M., KOSSOVSKY M., CHOPARD P., SIGAUD P., PERNEGER T.V., GASPOZ JM., A predictive score to identify hospitalized patients' risk of discharge to a post-acute care facility, *BMC health Services Research* 2008, 8:154.

MANCRET R.C., *La constitution des réseaux de soins ville- hôpital*. Paris : éditions Lamarre et Doin, 2002, 157 p.

MINVIELLE E., Réconcilier standardisation et singularité : les enjeux de l'organisation de la prise en charge des malades. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 2000, 7(1) : 8-22.

PIERRU F., *Hospital Inc, Les professionnels de santé à l'épreuve de la gouvernance d'entreprise*, revue *Enfances & Psy*, 2009/2 (n° 43), 142 p.

ROBAIN M., LANG T., FONTAINE A., LOGEROT H., MONNET E., SIX P., HUET B., Reproductibilité et validité de la version française de la première partie de l'Appropriateness Evaluation Protocol (AEPf) : critères de pertinence des journées d'hospitalisation. *Rev Epidémiol Santé Publique* 1999 ; 47 : 139-49.

ROCKWOOD K., *Bed blockers Beyond polemic* CMAJ, JAN. 11, 2000; 162 (1).

SCERRI M., de GOUMOËNS P., FRITSCH C., VAN MELLE G., STIEFEL F., SO A., The INTERMED questionnaire for predicting return to work after a multidisciplinary rehabilitation program for chronic low back pain, *Joint Bone Spine*, volume 73, n° 6, pp 736-741, Décembre 2006.

STIEFEL F., SO A., RUIZ J., Early identification of case complexity versus standard care : An intervention study based on patient evaluation with the INTERMED (in preparation). Numéro de revue : -667 Numéro d'article : 21126.

STIEFEL F., GUEX P., *Evaluation de la complexité et coordination des soins : le projet INTERMED*, *Revue Médicale Suisse* N° -667 publiée le 07/02/2001.

World Health Organization. *International Classification of Functioning, Disability and Health*. World Health Organization, Geneva, 2001.

## **Textes législatifs, rapports et recommandations professionnelles**

BLANC P., Rapport n°37 (2001-2002) dit rapport d'information fait au nom de la Commission des affaires sociales sur la politique de compensation du handicap

MOLINIE E., rapport pour le Conseil économique et social, L'hôpital public en France : bilan et perspectives, 2004

ANAES, Les conférences de consensus, Base méthodologique pour leur réalisation en France Service Recommandations Professionnelles, 1999

Revue de pertinence des soins : Application aux admissions et aux journées d'hospitalisation, HAS, Novembre 2004

Loi 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées

Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Loi n°2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003

Loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé

## Sites Internet

<http://www.who.int/nmh/a5817/en/>

Disability, including prevention, management and rehabilitation

<http://www.fhf.fr/content/download/2949/16801/version/2/file/1+-+RIET+Zaynab.pdf>

<http://pagesperso-orange.fr/ampr->

<idf/documents/pmsit2a/enquetepatientslongcoursSSRmai2006arhif.pdf>

[http://www.parhtage.sante.fr/re7/rha/doc.nsf/\\$All/SROS\\_RA\\_1](http://www.parhtage.sante.fr/re7/rha/doc.nsf/$All/SROS_RA_1)

Livre 1 du SROS contenant l'arrêté ARH du 20 février et le préambule du schéma : un schéma pour répondre aux besoins de santé des rhônalpins

[http://www.sante.gouv.fr/cdrom\\_lpsp/pdf/Charte\\_d\\_Ottawa.pdf](http://www.sante.gouv.fr/cdrom_lpsp/pdf/Charte_d_Ottawa.pdf)

[http://www.santeestrie.qc.ca/publication\\_documentation/documents/reseaux\\_integres.pdf](http://www.santeestrie.qc.ca/publication_documentation/documents/reseaux_integres.pdf)

Réseau de services intégrés Ses principes, concepts et composantes Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie Direction de la santé publique et de l'évaluation Octobre 2001

[http://www.legifrance.gouv.fr/html/actualite/actualite\\_legislative/2005-102/egalite\\_handicap.htm](http://www.legifrance.gouv.fr/html/actualite/actualite_legislative/2005-102/egalite_handicap.htm)

## Glossaire

AAH : Allocation adulte handicapé

AEPf : Appropriateness Evaluation Protocol

APHP : Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

APF : Association des paralysés de France

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

ARHIF : Agence régionale de l'hospitalisation d'Ile de France

CIF : Classification Internationale du Fonctionnement

CIH : Classification Internationale des Handicaps

CIM : Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes

DIM : Département de l'information médicale

DMS : Durée moyenne de séjour

ENC : Echelle nationale des coûts

EHPAD: Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EMIRR : Equipe mobile interdisciplinaire de rééducation et de réadaptation

EPS : Etablissement public de santé

ESD : Early supported discharge

ESVAD : Equipe Spécialisée pour une Vie Autonome à Domicile

FHF : Fédération Hospitalière de France

GHM : Groupes homogènes de malades

GOS : Glasgow Outcome Scale

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute autorité de santé

ICIDH : International Classification of Impairment, disability and handicap

MAS : Maison d'accueil spécialisée

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

MIGAC : Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

MPR : Médecine physique et de réadaptation

OMS : Organisation mondiale de la santé

PCH : Prestation de compensation du handicap  
PHIC : Pertinence des hospitalisations et itinéraires cliniques  
PPH : Processus de production du handicap  
PSPH : participants au service public hospitalier  
SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés  
SIMH : système d'identification et de mesure du handicap  
SROS : Schéma régional d'organisation sanitaire  
SSIAD: Service de soins infirmiers à domicile  
SSR : Soins de suite et de réadaptation  
T2A : Tarification à l'activité  
USLD : Unité de soins de longue durée

# Annexes

## Sommaire des annexes

Grille Appropriateness Evaluation Protocol	I
Glasgow outcome scale Echelle de Rankin modifiée Score de probabilité de transfert en soins post aigus	II
Grille Intermed	III

## **Annexe I**

### **Grille AEPf : Appropriateness Evaluation Protocol : protocole d'évaluation de la pertinence des admissions et des journées d'hospitalisation**

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/rps\\_guide.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/rps_guide.pdf)

## Annexe II

### Glasgow outcome scale

Score	Détail
1	Décès
2	Etat végétatif persistant (absence d'activité corticale).
3	Handicap sévère (conscient mais dépendant : atteinte mentale ou motrice ou les deux)
4	Handicap modéré. Patient cependant autonome dans la vie quotidienne (dysphasie, hémiparésie, ataxie, troubles intellectuels ou de mémoire, troubles de la personnalité).
5	Bonne récupération, activités normales (déficits neurologiques ou psychologiques mineurs).

### Echelle de Rankin modifiée

0	Aucun symptôme
1	Pas d'incapacité significative malgré les symptômes, capable de mener toutes ses obligations et activités habituelles.
2	Incapacité légère, incapable de mener toutes activités antérieures mais capable de vaquer à ses occupations sans assistance.
3	Invalidité modérée, a besoin de quelque aide mais capable de marcher seul. Marche, transferts et toilette sans aide : aide partielle nécessaire pour d'autres activités (habillage, bain, alimentation,...).
4	Invalidité moyennement sévère, incapable de marcher sans aide et incapable de gérer ses besoins corporels sans assistance.
5	Invalidité sévère, rivié au lit, incontinent et nécessitant une surveillance et des soins de nursing permanents.

### Score de probabilité de transfert en soins post aigus

Variable	Score			
Problème médical actif	+1 par problème additionnel			
Conjoint ne donnant pas d'aide informelle	+4			
Dépendance pour le bain ou la douche	+4			
Dépendance pour transferts lit fauteuil	+4			
Dépendance pour la gestion des médicaments à la maison	+4			



## Annexe III

### Grille INTERMED

#### Anamnèse biologique

Chronicité	0	1	2	3
Dilemme du diagnostic	0	1	2	3

#### Etat actuel biologique

Sévérité des symptômes	0	1	2	3
Défi du diagnostic	0	1	2	3

#### Anamnèse psychologique

Restrictions du Coping	0	1	2	3
Dysfonctionnement psychiatrique	0	1	2	3

#### Etat actuel psychologique

Résistance aux traitements	0	1	2	3
Symptômes psychiatriques	0	1	2	3

#### Anamnèse sociale

Intégration sociale	0	1	2	3
Dysfonctionnement social	0	1	2	3

#### Etat actuel social

Situation de vie	0	1	2	3
Réseau social	0	1	2	3

#### Anamnèse « système de soins »

Intensité du traitement	0	1	2	3
Expérience avec le traitement	0	1	2	3

#### Etat actuel « système de soins »

Organisation des soins	0	1	2	3
Adéquation de l'hospitalisation ou de la consultation	0	1	2	3

#### Pronostic

Pronostic biologique	0	1	2	3
Pronostic psychologique	0	1	2	3
Pronostic social	0	1	2	3
Pronostic « système de soins »	0	1	2	3

Total :

## ***Résumé***

Au cœur du système de soins, l'hôpital public, en France, est confronté au défi « *de soigner le mieux possible tout le monde, à tout moment et au meilleur coût* ». Les liens entre hôpital et handicap sont complexes car la prise en charge de la perte d'autonomie n'entre pas directement dans ses missions. Ils sont le plus souvent envisagés sous l'aspect de l'accessibilité et non celui de la prévention.

La sortie de l'hôpital pour certains patients est d'autant plus difficile à mettre en œuvre que la perte d'autonomie prévisible est importante et leur environnement social défaillant. L'optimisation de cette étape cruciale du retour à la vie communautaire confronte les professionnels à la question de l'organisation du travail en équipe pluri-professionnelle afin que les personnes en situation de handicap puissent bénéficier d'une meilleure intégration des soins conciliant qualité des prestations et gestion optimale de ressources rares.

L'objet de ce travail est de recenser dans un hôpital (court séjour adulte et soins de suite et de réadaptation), un jour donné, les patients dont les hospitalisations ne sont plus considérées comme pertinentes, d'analyser des déterminants de ces situations parfois extrêmes, notamment au moyen du score Intermed, afin d'identifier ceux qui relèveraient d'un accompagnement médico social dès le stade aigu de l'hospitalisation. Ce dernier pourrait être réalisé sous forme d'équipes transversales et mobiles favorisant l'organisation précoce de la sortie et / ou des programmes cliniques en permettant une coordination optimale et l'assemblage des compétences clés intriquant prévention, soins curatifs, réadaptation et accompagnement social du handicap.

Mots clés : Handicap  
Score Intermed  
Equipe mobile d'évaluation / orientation

---