

Sortie du patient handicapé : de la fragmentation à la coopération

JP Devailly, L Josse

Unité de Médecine Physique et de Réadaptation,

Hôpital Avicenne

125 rue de Stalingrad 93009 Bobigny Cedex

Auteur correspondant : JP Devailly

jpdevailly@gmail.com

Résumé

Le modèle de fonction de production de l'hôpital repose sur la notion de prises en charge standard répondant à des groupes homogènes de malades sous le triple aspect d'une rationalisation des processus de soins, de *evidence based medicine* et de la détermination de groupes iso-ressources. Ceci définit le modèle sanitaire de l'entrée à l'hôpital. La sortie réelle est « médico-sociale » car elle est confrontée à la complexité réelle des cas entendue comme ensemble des déterminants biologiques, psychologiques et sociaux qui interfèrent avec les prises en charge standard.

Une évaluation des pratiques professionnelles consacrée à l'amélioration du processus de sortie des patients lourdement handicapés a évalué l'intérêt de la grille Intermed pour identifier la complexité des cas dès l'entrée en MPR, stratifier les besoins et graduer les interventions pluridisciplinaires dans et hors les murs de l'établissement, dans le double but d'améliorer la qualité des soins et de réduire la vulnérabilité de l'établissement aux conséquences des impasses hospitalières. Sur 13 patients cérébrolésés dont l'hospitalisation n'était plus pertinente au-delà de 4 mois, 11 sur 13 avaient moins de 60 ans, 11 ont un score de suivi de Glasgow à 3, tous les patients ont un score Intermed supérieur à 25 à l'entrée sauf un patient en GOS 2 qui a un score à 23.

Nous préconisons la poursuite d'études multicentriques sur l'utilisation du score Intermed en court séjour comme en SSR, pour les réponses graduées qu'elle permet en terme d'équipes de liaison et de fonctionnement en réseau mobilisant tous les acteurs de proximité.

Mots clés : Evaluation des pratique professionnelles, handicap, réadaptation, sortie d'hôpital, Intermed.

Nous rapportons ici une expérience d'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) consacrée à l'amélioration du processus de sortie des personnes handicapées lourdement dépendantes. Ces sorties, d'autant plus difficiles que la perte d'autonomie prévisible est importante, doivent être envisagées selon un double point de vue. D'une part, pour l'organisation hospitalière, soumise à l'afflux des urgences et à une pression croissante sur les durées des séjours, « la sortie » proprement dite est une étape clé **du processus de production** qui libère un lit. D'autre part, du point de vue du patient, la sortie ne doit être qu'un moment de son parcours, bien inséré dans une stratégie intégrée de soins et d'accompagnement déterminée avec lui. Certains patients lourdement handicapés restent des mois voire des années dans le système hospitalier. Le terme de *bed blocker* est apparu outre Manche pour désigner ces patients, considérés comme un risque financier pour les établissements et comme un symptôme du cloisonnement et de l'insuffisance d'intégration dans les systèmes de soins¹. Ces patients représenteraient 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 confronte les professionnels à la question de l'organisation du travail en équipe pluri-professionnelle, aujourd'hui nommée « coopération interprofessionnelle »² et en réseaux. 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. Cette coopération est plus ou moins formalisée et fait l'objet dans une perspective systémique, de nombreuses approches conceptuelles dans le champ des maladies chroniques, sous des termes aux significations variables selon les auteurs, de pluri, trans et interdisciplinarité.

1. Description de l'EPP : « Amélioration du processus de sortie des personnes handicapées lourdement dépendantes »

1.1. Motivation du choix du thème

Au stade des soins aigus comme en soins de suite et de réadaptation (SSR), la sortie du patient handicapé n'est du point de vue de la réadaptation qu'une étape d'un processus clé qui se confond avec le projet d'insertion, de retour à la vie la plus autonome possible, qu'il y ait ou non besoin d'un passage par des structures d'aval intermédiaires.

L'unité de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) de l'hôpital Avicenne comporte 23 lits dont l'orientation neurologique lui fait accueillir une très forte proportion de patients atteints d'accidents vasculaires cérébraux (AVC). L'unité se situe au sein d'un hôpital de court séjour d'environ 450 lits. Elle est aujourd'hui confrontée à la vulnérabilité des activités de SSR « système nerveux », définies

par les décrets de 2008 relatifs aux autorisations des spécialités de SSR, face à un modèle de tarification à l'activité (T2A) en SSR encore non stabilisé.

1.2. Séjours longs, impasses hospitalières, difficultés de réintégration sociale.

Avec la transition épidémiologique, la proportion de patients quittant le court séjour avec des troubles fonctionnels et un risque de perte d'autonomie est en constante augmentation. A côté des patients admis traditionnellement en MPR, à fortes potentialités de gain fonctionnel, se multiplient en aval des services aigus des demandes pour de nouveaux profils de patients. Ces derniers, porteurs de lésions du système nerveux, ne sont pas toujours issus des « filières neurologiques » de la discipline aiguë du même nom puisqu'ils peuvent être admis à partir de toutes les disciplines aigües. Ils résument la problématique des SSR système nerveux dans les établissements publics. S'ils « récupèrent » souvent très peu en terme d'autonomie fonctionnelle, même quand ils n'ont pas d'affections évolutives, ils ont néanmoins de très importants besoins de soins et de réadaptation complexe avec les actions médicales, paramédicales, techniques et sociales coordonnées que cela suppose. Les Canadiens parlent à leur sujet de « *low tolerance long duration rehabilitation* ». Si par leur prévalence, les AVC, qu'ils soient ou non passés par des unités neuro-vasculaires, restent la population principale recrutée, d'autres cérébrolésions, traumatiques, hémato-cancérologiques, infectieuses (dont VIH), systémiques, anoxiques, évolutives sont en nette augmentation. Les cascades lésionnelles et fonctionnelles sont souvent majorées par diverses vulnérabilités associées dont les addictions.

L'unité de MPR est chaque jour davantage confrontée au constat que de nombreux patients de moins de 60 ans, à forte dépendance physique et cognitive, occupent des lits de SSR sans réel bénéfice de santé, pendant des durées dépassant souvent un an, au détriment des patients du court séjour qui de ce fait n'ont pas accès à la réadaptation. Les mécanismes de financement induisent une sélection conduisant les structures de SSR qui le peuvent à éviter d'admettre les patients ayant la plus forte complexité bio-psycho-sociale notamment quand une trop forte consommation de ressources, des séjours longs ou des impasses hospitalières sont prévisibles. Ces patients les plus lourds restent donc à la charge du secteur public en aval des services d'urgence et de court séjour qui les ont accueillis. Parallèlement, l'ouverture massive de lits de SSR privés dans l'environnement immédiat de l'hôpital, moins directement soumis à cette pression de l'amont, augmente d'autant la vulnérabilité des SSR du secteur public.

Une coordination médico-paramédico-sociale la plus précoce possible est plus que jamais vitale pour l'unité de SSR-MPR et au delà pour tout l'aval de l'hôpital. Elle permettrait de réduire au minimum les dysfonctionnements observés qu'il s'agisse de sorties précaires avec des systèmes de soins et d'accompagnement incertains ou insuffisants, parfois peu pérennes, d'orientations peu pertinentes ou bien de séjours extrêmes voire d'impasses hospitalières dans l'attente d'établissements

d'hébergement sanitaires ou médico-sociaux. L'EPP était l'occasion de mettre en œuvre cette réorganisation. La conférence de consensus « Sortie du monde hospitalier et retour à domicile d'une personne adulte handicapée sur les plans moteur et/ou neuropsychologique » de 2004 a été l'un des principaux référentiels utilisés³ avec les critères de prise en charge en MPR validés par la Société Française et Médecine Physique et de Réadaptation (SOFMER)⁴.

1.3. Transférabilité au court séjour

Les efforts de fluidification des filières de soins peuvent entrer en tension avec l'amélioration de la pertinence des orientations et la participation des patients. La nécessité de gérer ce paradoxe est commune à la sortie des SSR et des soins de courte durée (SCD) comme en témoigne la mise en place récente d'une commission des séjours longs qui a constaté qu'à l'instar des SSR, les séjours très prolongés en SCD concernent des patients lourdement handicapés et à forte dépendance physique et cognitive. Différentes études franciliennes vont dans le même sens⁵. S'il est admis que les mesures de prévention de réadaptation précoce et de préparation du retour au domicile devraient faire partie intégrante du court séjour (SROS 3 Rhône-Alpes)⁶, si des modèles d'accompagnement précoce de la sortie fondés sur des équipes mobiles se développent pour les AVC (Early Supported Discharge)⁷ ou de façon plus générique pour les sorties difficiles, force est de constater que le fonctionnement entre court séjour et aval est habituellement segmenté avec des lacunes majeures dans la continuité (*treatment gaps*). La prise en charge est d'abord médicale, puis, le patient étant déclaré « sortant », on laisse alors très souvent le soin aux assistantes sociales d'organiser le retour au domicile, l'orientation vers les SSR ou leurs alternatives ambulatoires. Il est rare que des mécanismes de dépistage précoce des patients à risque de sortie difficile conduisent à une stratification des besoins et à des réponses graduées. L'orientation choisie dépend souvent de la réponse la plus rapidement obtenue.

Avec le raccourcissement des durées de séjours en aigu et en l'absence d'anticipation précoce de l'organisation du retour en milieu de vie ordinaire, on attend trop souvent les SSR pour la résolution des problèmes de sortie difficile (médicaux et sociaux). L'hôpital espère ainsi bénéficier de l'expérience et du savoir-faire des professionnels du SSR pour une réinsertion plus facile de patients pour lesquels il renonce trop souvent à mettre en place des alternatives ambulatoires faute de temps et de moyens pour organiser dès le stade aigu une coordination interprofessionnelle adéquate.

1.4. Le choix de l'approche processus

Nous avons souhaité choisir pour nos EPP des thèmes transférables aux soins de courte durée dans une logique de déploiement d'un dispositif précoce de réadaptation dédié au maintien de l'autonomie et à la prévention du handicap, conditions d'une réintégration sociale optimale.

Le postulat de départ est que si l'offre de soins en aval est insuffisante, il est possible de pallier partiellement cette insuffisance en déterminant les étapes limitantes dont les délais peuvent être réduits de façon drastique. Cette refonte du processus de sortie, appuyée sur le modèle de l'approche processus de l'HAS⁸, s'inspire ici de la méthode des itinéraires cliniques complexes définie par les Belges⁹. Elle s'adresse à une population de patients dont le risque de séjour très prolongé est repéré précocement par un indicateur de complexité bio-psycho-sociale : le score INTERMED¹⁰. La représentation de ce processus de sortie avant l'EPP montre qu'il est conçu comme additif, séquentiel et hospitalo-centré. Le travail est divisé par fonction. Les professionnels relevant quelquefois de services distincts, comme les assistantes sociales, posent successivement divers actes, chacun selon une expertise et des règles déterminées. Ce système a la force de son maillon le plus faible. Il est soumis au risque de dégradation de l'information et d'insuffisance d'interfaces entre les professionnels.

1.5. L'analyse des dysfonctionnements

L'analyse des facteurs déterminants des séjours longs et des sorties complexes a été réalisée pour 23 patients de l'unité de MPR dont le séjour a dépassé 4 mois. Ces patients avaient été hospitalisés dans le courant de l'année 2007.

Sur un an, les hospitalisations considérées étaient toutes pertinentes à l'entrée et 13 n'étaient plus pertinentes à la sortie. La pertinence a été déterminée en s'appuyant sur les critères de la SOFMER¹¹. 150 semaines de non-pertinence ont été totalisées sur l'année. Dans 10 cas il s'agit de patients relevant d'une réadaptation lente dont les séjours prolongés étaient pertinents avec de fortes progressions sur le score de Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle (MIF).

Les 13 patients dont l'hospitalisation était jugée non pertinente présentent tous une forte complexité bio-psycho-sociale. Ils sont pour la plupart âgés de moins de 60 ans (11/13), sont atteints de pathologies multiples, leurs lésions cérébrales sont associées à d'autres pathologies actives, avec une forte dépendance fonctionnelle, des troubles cognitifs et psychosociaux. Le Glasgow Outcome Scale (GOS) permet de classer très simplement les patients selon leur degré de dépendance. Il a été choisi pour sa facilité d'utilisation et son éventuelle transférabilité dans les services de court séjour. On retrouve ainsi 11 patients en GOS 3, un patient en GOS 4, un patient en GOS 2. Les scores INTERMED constatés pour ces patients ont tous été supérieurs à 25 sauf pour le patient en GOS 2 qui présentait un score INTERMED à 23. Rappelons qu'un score INTERMED supérieur à 20 est considéré dans la littérature comme relevant d'une prise en charge pluri-professionnelle dès l'admission. La typologie de la non-pertinence a été établie ainsi :

- soutien familial par les proches insuffisant pour un retour au domicile : attente d'un hébergement en institution, retrouvé dans 5 cas ;
- attente de logement adapté, retrouvé dans 4 cas ;

- retard à la mise en place des systèmes d'aides au domicile avec étapes limitantes d'ordre administratif (MDPH, Conseil Général), retrouvé dans 3 cas ;
- indécision, c'est-à-dire le retard à l'élaboration d'un projet consensuel est retrouvée dans 2 cas mais elle était retrouvée 7 fois comme cause secondaire associée à la cause principale.

Nous avons utilisé divers outils pour étudier les dysfonctionnements. Aux multiples déterminants du projet de sortie répond la multiplicité des solutions qu'il faut parfois combiner entre elles. Le schéma 1 représente les étapes critiques relatives à l'organisation de la sortie d'hôpital et du retour à la vie autonome. Il permet de visualiser l'ensemble des parcours de soins en aval de l'hospitalisation aiguë et les étapes limitantes critiques à l'origine de la stagnation qui se produit tout au long de la chaîne de soins, de l'hospitalisation aiguë jusqu'au milieu de vie des patients (figure 1).

Le diagramme d'Ishikawa représenté dans le schéma 2, réalisé par le groupe « projet », montre bien le caractère systémique des dysfonctionnements et la nécessité de l'intégration des soins avec en particulier les difficultés extrêmes d'accès au logement social, l'insuffisance des connaissances de certains acteurs sur le handicap, l'absence de système précoce d'alerte « séjour long » et l'insuffisance de l'offre d'aval tant dans le domaine sanitaire que médico-social (figure 2).

1.6. La construction du nouveau processus

Dans le nouveau processus, trois phases distinctes sont explicitées.

La première consiste à repérer précocement la complexité bio-psycho-sociale par la réalisation du score INTERMED qui supérieur à 20 entraîne l'inclusion des patients dans le programme et un certain nombre d'actions précoces qui vont se poursuivre dans la deuxième phase.

Dans la deuxième phase de ce processus de réadaptation, des groupes d'acteurs dont les rôles sont définis travaillent selon des processus parallèles et de façon autonome à la réduction des étapes limitantes critiques : la recherche de logement ou d'hébergement d'aval, la mise en place d'aide humaine, qu'elle soit formelle ou informelle, l'adaptation des aides techniques, l'aménagement du domicile, l'accès aux droits et l'attribution des aides financières nécessaires. La coordination des groupes d'acteurs est assurée par la synthèse clinique¹². Réunissant formellement et à un rythme prédéfini l'ensemble des parties prenantes, la réunion de synthèse détermine le délai alloué à chaque étape et le rôle de chacun dans le projet individualisé de réadaptation. Ceci n'exclut pas les ajustements mutuels quotidiens.

La troisième phase enfin correspond à la phase de sortie proprement dite. Le schéma 3 illustre le nouveau processus avec ses chaînes d'actions en parallèle (figure 3).

1.7. Evaluation

Les indicateurs retenus étaient l'exhaustivité de la saisie de la grille Intermed, le délai de première rencontre entre la famille et le médecin, entre le patient et/ou sa famille et l'assistante sociale, à

moyen terme, la réduction des durées de séjour pour les patients ayant un score Intermed supérieur à 20. En pratique la saisie d'Intermed est exhaustive mais la réduction des prestations du service social de l'hôpital a nécessité le transfert des tâches médico-sociales sur les divers intervenants de l'équipe (médecins, cadres, secrétaire médicale, ergothérapeutes) et des assistantes sociales extérieures à l'établissement. C'est dire toute l'importance d'un soutien institutionnel fort dans la pérennité des démarches d'EPP.

1.8. Discussion : peut-on opérationnaliser la complexité bio-psychosociale ?

Une des difficultés majeures de l'hôpital moderne est de « gérer la singularité à grande échelle »¹³. La recherche du juste soin au juste coût pousse à standardiser les programmes de soins en recherchant une congruence entre les données probantes et une approche industrielle des processus. A l'inverse la démarche clinique suppose d'individualiser chaque prise en charge, par nature particulière, ce qui suppose une grande autonomie des équipes de soins. Plus la prise en charge peut se rapprocher d'un cadre standard et plus le respect d'un itinéraire clinique simple, prédéfini au sein d'un établissement apportera sécurité, qualité et maîtrise des coûts. Ces processus sont gérés au mieux au sein de structures intégrées, souvent par disciplines médicales, mais il faut toutefois organiser les interactions entre structures internes par exemple entre une unité de chirurgie, d'imagerie et un bloc opératoire. En revanche la transition épidémiologique, l'afflux de patients porteurs de problèmes de santé chroniques, relevant de déterminants et de solutions complexes, impose de repérer précocement les patients pour lesquels ces programmes standards, les plus courants, seront inopérants parce qu'ils supposent un assemblage précoce d'interventions d'acteurs et de structures, non seulement au sein de l'établissement mais aussi en dehors. Il concernera en effet les soins de ville et le secteur de l'action sociale et nécessitera de ce fait un fonctionnement en réseau. Comme dans toute organisation la différenciation des unités requise par les progrès technologiques suppose des mécanismes d'intégration à la mesure de cette différenciation.

En pratique, la plupart des hôpitaux ont découpé leurs unités en regroupant des professionnels rares comme les rééducateurs, les assistantes sociales, les diététiciens, les psychologues etc. dans des services centraux. Cette organisation permet des regroupements d'expertises et des interactions suffisantes pour les parcours cliniques relativement standard mais s'avère inadaptée sans puissants mécanismes de liaison dès que s'avèrent nécessaire des ajustements mutuels quotidiens et une coordination qui sont l'apanage des unités intégrées. Les unités de SSR ne sont pas toujours totalement intégrées en ce sens, notamment celles comme la notre qui, situées en hôpital de court séjour, font appel à un service social transversal et distinct. Dans d'autres situations, c'est l'accès à d'autres interventions clés, comme l'orthophonie ou la neuro-psychologie qui pourra être l'occasion d'étapes limitantes critiques dans la réadaptation.

Mais ces difficultés liées au découpage des unités ne sont rien comparées aux difficultés de coordination avec les intervenants externes, dès lors qu'un patient requiert des soins curatifs, la prise en charge de la perte d'autonomie et le traitement de difficultés sociales. S'agissant des liens entre secteur sanitaire et secteur de l'action sociale, la culture du formulaire, le modèle dominant d'une prise en charge segmentée, d'abord médicale puis sociale, et le fait que les assistantes sociales sont considérées comme interlocuteur quasi exclusif du monde médico-social, font par nature des services sociaux des hôpitaux une unité « marginale sécante » et de ce fait un possible goulot d'étranglement, voire un véritable « trou structurel » de la préparation de la sortie des personnes lourdement handicapées. Sans omettre les possibles freins corporatistes et culturels à la coopération, on devine le cercle vicieux que peut initier l'asphyxie financière des hôpitaux quand elle conduit à réduire la voilure de leurs services sociaux.

1.9. Dépistage précoce des sorties difficiles et lutte contre le handicap

Le management des hôpitaux cherche depuis longtemps à gérer ce paradoxe et à repérer ces prises en charge complexes dans un double but d'optimisation des coûts et de qualité des soins. Si les hôpitaux français s'orientent souvent vers les données du système d'information, ceux de Genève ont développé des outils de repérage précoce des patients requérant des soins post-aigus. Enfin, les promoteurs du projet Intermed ont tenté de rendre opérationnel le concept de complexité bio-psychosociale en le confrontant au modèle de la fonction de production hospitalière. La difficulté réside dans le fait qu'il n'existe pas de véritable modèle scientifique de la complexité bio-psycho-sociale. Le paradigme de la standardisation des soins est un présupposé fondamental de la construction de groupes homogènes de malades (GHM). Le score Intermed évalue la complexité des cas qui « se définit par rapport aux interférences lors d'une prise en charge standard ». Ces interférences dénotent la présence dans un même temps d'autres conditions telles que biologiques, psychologiques, sociales ou concernant le système de soins qui vont nécessiter de passer d'une prise en charge standard à une prise en charge individualisée et multidisciplinaire.

Le score Intermed s'adresse surtout aux patients atteints de maladies chroniques ou de pathologies complexes et non aux patients avec des diagnostics somatiques clairs ou aigus. Il a montré son efficacité prédictive dans différents champs d'activités de soins, neurologie, psychiatrie, rhumatologie, diabète, pneumologie avec une excellente corrélation avec des données telles que le taux de l'HbA1c (hémoglobine glyquée), la durée de séjour à l'hôpital, la consommation médicale, la reprise du travail ou le délai d'appel pour une consultation psychiatrique.

Les scores Intermed de nos patients en impasse hospitalière sont conformes aux données de la littérature et suggèrent que ce score peut être utilisé en SSR comme en court séjour pour déclencher précocement une prise en charge pluridisciplinaire dont les modalités restent à préciser par des outils plus spécifiques d'identification des besoins.

Pour les services de court séjour il s'agit de déclencher l'intervention d'équipes de liaison médico-paramédico-sociales telles qu'elles sont définies dans le domaine de la gériatrie et de la psychiatrie de liaison, ainsi que dans le domaine de la réadaptation avec d'une part l'*Early Supported Discharge* des accidents vasculaires cérébraux (AVC) et d'autre part par les équipes mobiles de rééducation réadaptation définies par Sengler et coll.¹⁴. Ces équipes répondent également au concept d'équipes de liaison pour sorties difficiles décrites dans le SROS Rhône-Alpes de troisième génération.

Si le concept d'équipe mobile de réadaptation ne recouvre pas exactement celui de l'ESD, pour des pathologies handicapantes chroniques homogènes comme l'AVC, l'impact des équipes de retour précoce au domicile a été évalué dans une revue systématique de la base Cochrane¹⁵. 11 études randomisées comparent les soins conventionnels à des interventions de réadaptation et/ ou de soutien au domicile. La revue met en évidence une diminution des durées de séjour, des décès et du taux combiné de décès et d'institutionnalisation, respectivement de 8 jours, de 10%, et de 25%, avec une amélioration de la dépendance et de la satisfaction des patients. Ces équipes restent efficaces même en combinaison avec une *stroke unit* ce qui est l'illustration de la validité de la complémentarité d'unités très différenciées et d'unités matricielles d'intégration, plus génériques.

L'utilité pour les services de SSR et en particulier de MPR mérite d'être précisée. En effet ces unités sont habituellement intégrées au sens où elles réunissent le plus souvent au sein d'une même équipe de réadaptation les différents acteurs professionnels impliqués. La réunion de synthèse clinique permet alors de réaliser des projets individualisés adaptés à chaque cas pris en charge. Nous avons tenté de montrer que ce modèle est loin d'être toujours possible notamment dans les hôpitaux de court séjour du fait du découpage des unités transversales. De plus la segmentation croissante entre management médical et paramédical tend à introduire des cloisonnements au sein des unités intégrées et à rendre les équipes plus instables, à en affaiblir les savoirs procéduraux. Enfin les interactions avec les acteurs externes du réseau de ville et médico-social supposent comme en court séjour de stratifier la complexité des cas pour y apporter des modes de réponse gradués.

Il a été tout naturellement proposé pour les patients relevant de la MPR que les compétences de nos équipes de SSR-MPR soient mises à disposition du court séjour dans le triple objectif de déclencher des interventions de réadaptation dès le stade aigu, d'aider ces services à optimiser plus précocement les sorties et orientations pour lesquelles nous avons une expertise de coordination. Au-delà du simple processus de sortie il s'agit d'aider les patients et les équipes à initier la continuité des parcours socio-sanitaires les plus complexes, avec des passages de relais qui correspondent à la diversité du fonctionnement réel des réseaux hôpital – ville – médico-social.

Notre expérience confirme que les patients en impasse hospitalière étudiés en SSR et en court séjour ont des profils similaires. Il s'agit de patients lourdement handicapés, les séjours les plus longs concernent les moins de 60 ans dont la prise en charge précoce doit être dépistée et relève d'équipes mobiles. Trop d'équipes mobiles tuant les équipes mobiles, ces situations peuvent être

couvertes en pratique dans un hôpital comme le notre par trois types d'équipes complémentaires : l'équipe de gériatrie, l'équipe de psychiatrie de liaison et l'équipe mobile de réadaptation/ MPR. Sous une forme ou sous une autre, une compétence neurologique doit y être associée entre autre pour ce qui concerne les démences et les pathologies neurologiques chroniques.

Mais ces équipes ne seraient que peu utiles si leur stabilité, leur pérennité et leur pluridisciplinarité ne leur permettaient de développer un fonctionnement en réseau avec les acteurs externes. La mise en place des agences régionales de santé (ARS) pourrait favoriser l'articulation de ces équipes internes avec les dispositifs territoriaux comme « Trajectoire », les coordinations SSR, les groupements de coopération sanitaire, les réseaux de santé formalisés et contribuer au décloisonnement entre secteurs sanitaire et médico-social. Cependant leur action reste hypothétique au regard de la fragmentation des enveloppes financières.

1.10. Vers un réseau de proximité

Le processus de réadaptation est étroitement intriqué à l'accompagnement social. Il transcende les contours des unités pour induire de nouveaux comportements coopératifs et la coordination d'un réseau d'acteurs interdépendants, internes ou externes à l'organisation, partageant l'objectif d'une insertion précoce et du maintien de l'autonomie. Avec des solutions innovantes, l'équipe clinique ainsi élargie extériorise partiellement ses savoirs procéduraux et développe un véritable apprentissage organisationnel. Ainsi la démarche d'EPP a-t-elle été suivie d'un certain nombre d'actions allant toutes dans le sens de l'optimisation d'un fonctionnement en réseau local dédié au handicap lourd :

- 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, avec facilitation de contacts pour des cas prioritaires (orientation, redomiciliation),
- 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.

Conclusion – L'EPP peut-elle décloisonner les pratiques ?

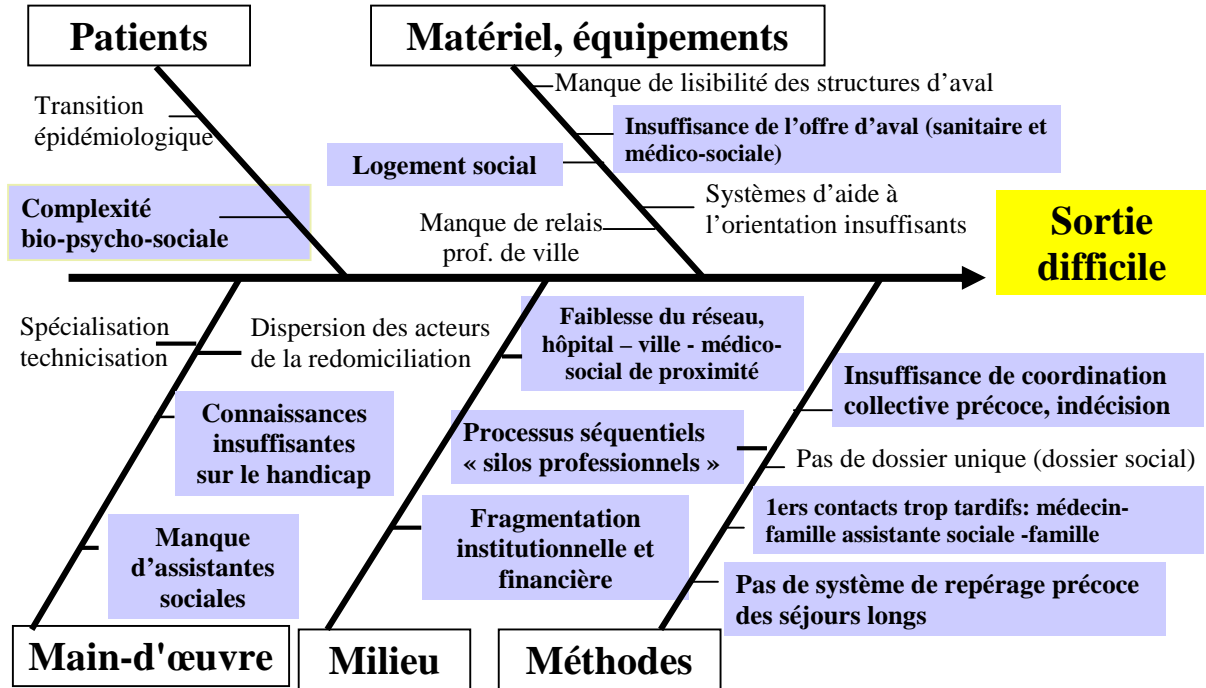
L'objet de l'EPP était d'analyser pour les corriger les dysfonctionnements du processus de sortie de l'unité de MPR des personnes lourdement handicapées dans la perspective d'une transférabilité précoce de ce processus en soins de courte durée. L'identification d'étapes limitantes critiques permet de dégager la nécessité pour répondre à des besoins insuffisamment perçus auparavant d'un

repérage précoce des patients à risque, d'une graduation des interventions requises et de nouvelles coopérations transversales. L'analyse du processus de sortie permet d'explicitier l'assemblage précoce des compétences nécessaires à un projet de réintégration sociale à part entière.

L'utilisation de la grille Intermed permet de repérer des cas dont la complexité va interférer avec les prises en charge standard. Elle permet de stratifier les besoins et d'apporter des réponses graduées en terme d'interventions pluridisciplinaires précoces. Ces réponses, développées en MPR, reposent en court séjour sur des équipes mobiles pluridisciplinaires assez stables et motivées pour élaborer un travail en réseau dans et hors les murs de l'établissement et dont ce dernier doit pouvoir mesurer l'apport aussi bien en terme de résultats cliniques que d'optimisation de la gestion.

L'évaluation des pratiques professionnelles est un instrument puissant de décloisonnement qui plonge au cœur de la microéconomie de la santé, car c'est au niveau des équipes cliniques que se construit le juste soin au juste coût, au contact des usagers du système de soins. Elle a permis aux membres de l'équipe de repérer des besoins des usagers dont ils n'avaient pas perçu l'importance, et cette prise de conscience a transformé leur pratique. Toutefois les bénéfices de ces nouvelles pratiques ne peuvent se pérenniser que dans un contexte d'organisation et de financement favorisant l'articulation des impératifs gestionnaires, des attentes des usagers et des dynamiques professionnelles.

Sorties difficiles : diagramme d'Ishikawa



Etapes limitantes critiques des parcours de soins

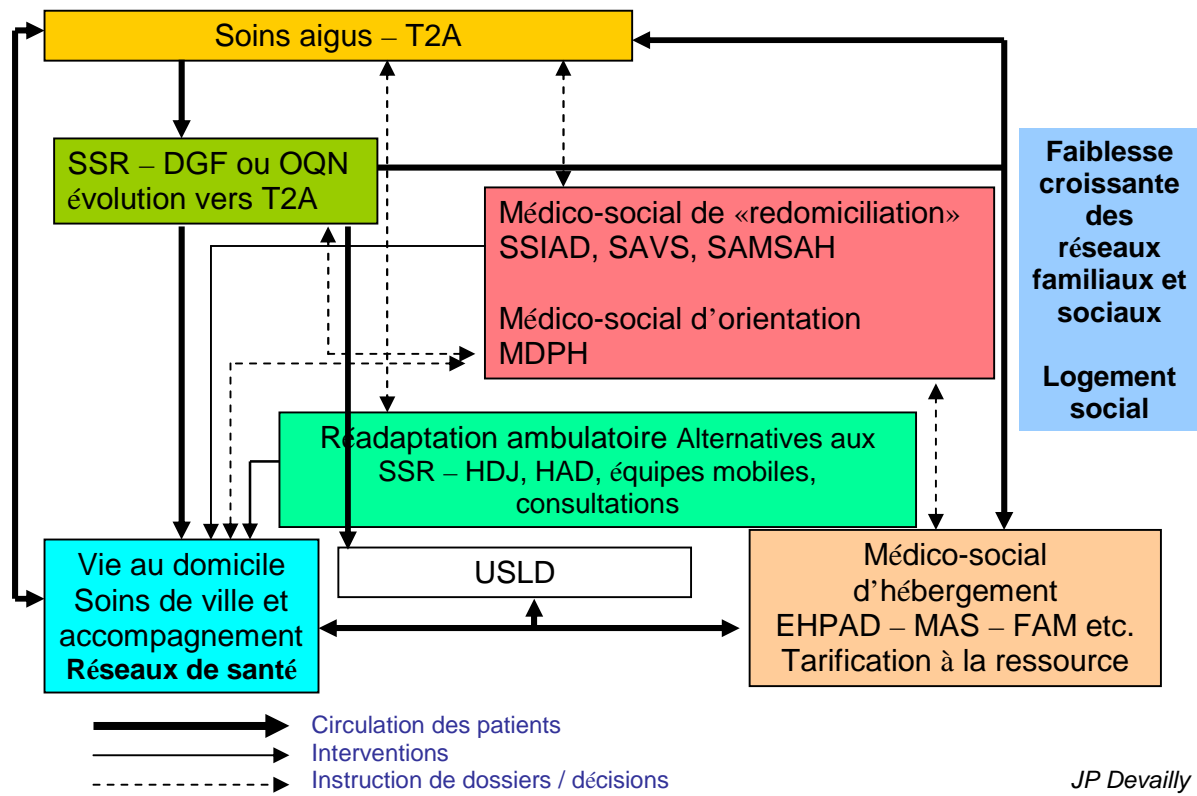
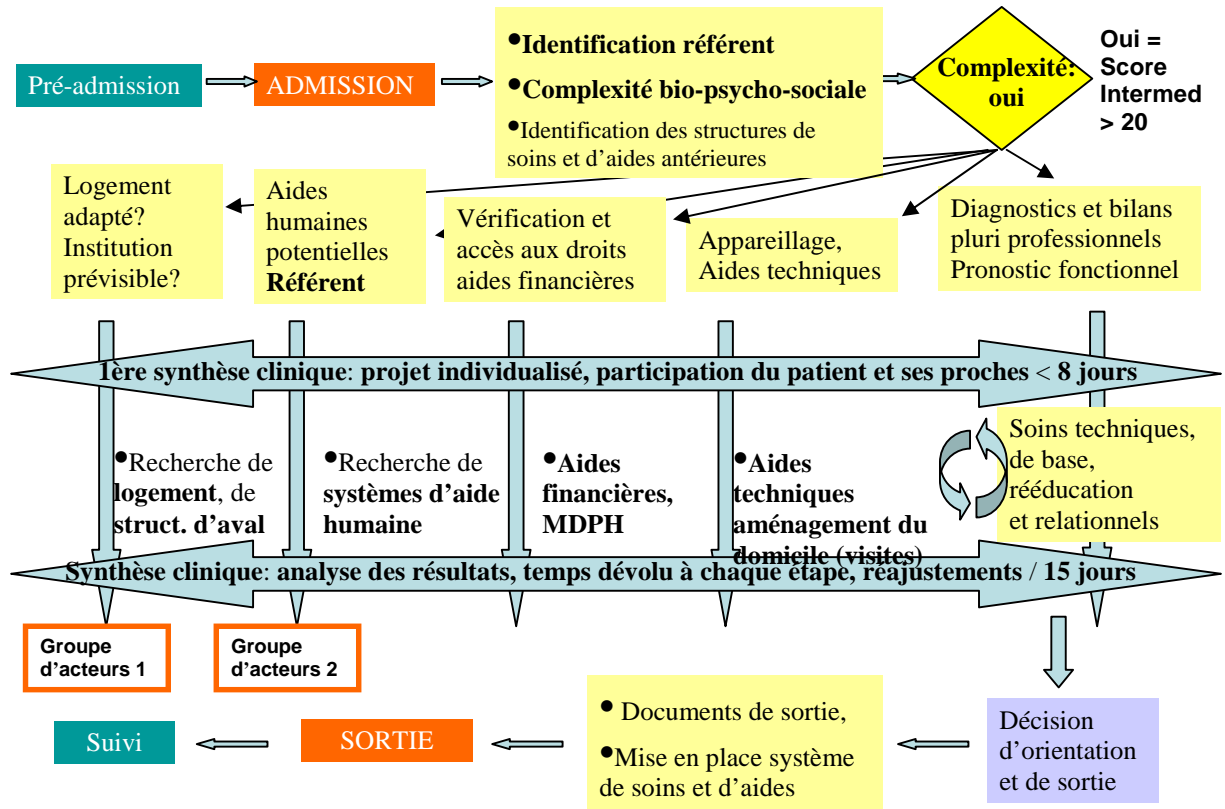


Schéma 3

Représentation du nouveau processus



Bibliographie

- [1] Rockwood K. Bed blockers Beyond polemic CMAJ, 11 janvier 2000;162(1)
<http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/162/1/51.pdf>
- [2] Comment favoriser la coopération multidisciplinaire et interprofessionnelle pour améliorer la qualité et le suivi des soins? Site du CNOM. 15 décembre 2009.
<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/comment-favoriser-la-cooperation-multidisciplinaire-et-interprofessionnelle-pour-ameliorer-la-qualit-917>
- [3] Conférence de consensus Sortie du monde hospitalier et retour à domicile d'une personne adulte handicapée sur les plans moteur et/ou neuropsychologique 2004.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Sortie_monde_hospitalier_long.pdf
- [4] Critères de prise en charge en Médecine Physique et de Réadaptation. Groupe MPR Rhône-Alpes et Fedmer, 2008. <http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/criteres.pdf>
- [5] Enquête flash fluidité de la filière d'aval MCO - FHF Ile-de-France 2007
<http://www.fhf.fr/content/download/2949/16801/version/2/file/1+-+RIET+Zaynab.pdf> ;
le [questionnaire](#).
- [6] SROS 3 Rhône-Alpes. Volet retour et maintien au domicile.
<http://pagesperso-orange.fr/ampr-idf/documents/extraitsros3maintiendomralowsi.pdf>
- [7] Langhorne P, Taylor G, Murray G, et al. Early supported discharge services for stroke patients: a meta-analysis of individual patients' data. Lancet. 2005 Feb 5-11;365(9458):501-6.
- [8] Programme d'amélioration de la qualité (PAQ). Haute autorité de santé
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_436531/programme-damelioration-de-la-qualite-paq
- [9] Que sont les itinéraires cliniques ? 2000. Web site NKP.
<http://www.nkp.be/00000095de080620d/00000095de0fd374b/>
- [10] Stiefel FC, Huyse FJ, Söllner W et al. Operationalizing Integrated Care on a Clinical Level: the INTERMED Project. Medical Clinics of North America, Volume 90, Issue 4, July 2006, Pages 713-758
Méthode Intermed. <http://www.intermedfoundation.org/>
- [11] Critères de prise en charge en Médecine Physique et de Réadaptation. Groupe MPR Rhône-Alpes et Fedmer. 2008. <http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/criteres.pdf>
- [12] Devaillly JP, Josse L. La réunion de synthèse, un outil au service de la qualité. Gestions Hospitalières. 2001;411:796-800.
- [13] Minvielle E. Réconcilier standardisation et singularité : les enjeux de l'organisation de la prise en charge des malades. Ruptures, 7(1):8-22.

[14] S. Lefebvre , D. Lefebvre, K. Cordier, J. Sengler. Équipe Mobile Interdisciplinaire de Rééducation et de Réadaptation : l'expérience mulhousienne. Journal de réadaptation médicale 2007;27(2-3):89-91.

[15] Early Supported Discharge Trialists. Services for reducing duration of hospital care for acute stroke patients. The Cochrane database of Systematic Reviews 2005, Issue 2.

Légendes des figures

Figure 1 : Sorties difficiles : diagramme d'Ishikawa

Figure 2: Etapes limitantes critiques du parcours de soins

Figure 3 : Représentation du nouveau processus