

31 Mise en place et évaluation d'une consultation d'orientation préchirurgicale avant intervention orthopédique programmée

E. Coudeyre *, P. Givron, J. Eberst-Ledoux, A. Vieux-Rochas, G. Soudois

* Auteur correspondant.

Centre de médecine physique et réadaptation Notre-Dame, Chamalières, France

E-mail : manucoudeyre@mageos.com (E. Coudeyre)

Mots clés : Réseau ; Arthroplastie ; Hanche ; Genou

Introduction : L'évolution des techniques chirurgicales favorise le retour direct au domicile après une intervention orthopédique programmée. Les recommandations de la HAS [1] et le passage en T2A en court séjour modifient les conditions d'admission en établissement de SSR. Une évaluation préchirurgicale pourrait permettre d'améliorer l'adéquation entre les besoins des patients et l'offre de soins.

Objectifs : Réaliser une évaluation médicosociale pré opératoire pour améliorer l'orientation des patients après chirurgie orthopédique programmée.

Méthodes : Mise en place d'une consultation d'orientation préchirurgicale, pluridisciplinaire (médecin, ergothérapeute, aide de retour à domicile), financé par un Contrat d'Objectifs et de Moyen. Évaluation rétrospective de l'activité en terme de moyen mis en oeuvre et de résultats.

Résultats : Différents outils d'orientation ont été mis en place [2]. Sur une période de 16 mois, 400 patients ont été évalués, dont 145 pour arthroplastie totale de genou, 158 pour arthroplastie totale de hanche. Une orientation vers un établissement SSR dans les suites immédiates de la chirurgie a été proposée à plus de 75 % d'entre eux, l'orientation proposée n'a pas été suivie dans moins de 10 % des cas. Les facteurs ayant conduit à une orientation différente de celle proposée en préopératoire sont analysés.

Conclusion : La réalisation d'un bilan médical, fonctionnel et social avant chirurgie orthopédique programmée permet d'améliorer l'orientation des patients. Ce bilan permet également de valoriser l'activité d'orientation des unités de MPR.

Références

- [1] Recommandations de la HAS établies par consensus formalisé, portant sur les actes chirurgicaux et orthopédiques ne nécessitant pas, pour un patient justifiant des soins de massokinésithérapie, de recourir de manière générale à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite et de réadaptation mentionnés à l'article L 6111-2 du Code de la santé publique.
- [2] Oldmeadow LB, McBurney H, Robertson VJ, Kimmel L, Elliott B. Targeted postoperative care improves discharge outcome after hip or knee arthroplasty. Arch. Phys. Med. Rehabil. 2004; 85: 1424–7.

32 Retour et maintien à domicile de personnes handicapées physiques en situation de grande dépendance

Dr Sengler, Dr Fender, Dr Pierrejean, Dr Perrin, Dr Leclercq, Dr Donskoff, Dr Gresse, Dr Jacob-Chia, Dr Lefebvre, M. Gross, J.-F. Muller

* Auteur correspondant.

CIDIH, loi n° 2005-102 du 11/02/2005 – 101 articles

E-mail : senglerj@ch-mulhouse.fr (Dr Sengler)

Objectifs : La prise en charge des personnes handicapées en situation de grande dépendance se poursuit naturellement au-delà des institutions de rééducation.

Méthodes : Depuis 1998 nous avons organisé un Centre d'Accompagnement des personnes en situation de Handicap (CAPH 68) chargé de programmer la sortie et le suivi dans leur lieu de vie choisi. Ce centre est constitué d'un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) d'Équipes Mobiles Spécifiques pour l'Orientation et l'Insertion des Personnes Cérébrées, d'une Hospitalisation à domicile, d'un Centre d'Information et de Conseil en Aides Techniques (CICAT) et plus récemment d'un Service d'Accompagnement Médico-Social des Adultes Handicapés (SAMSAH).

Résultats : La file active est en 2005 de 403 personnes ; 10 % d'entre-elles ont nécessité une réhospitalisation. En 2003, 11 % des patients suivis dans le Service (659 hospitalisations par an) généraient 53 % des journées d'hospitalisation. En 2005, ces chiffres ont été respectivement ramenés à 6 % et 21 %.

Discussion-conclusion : Nous proposons de partager notre expérience d'un suivi à moyen et long terme des personnes handicapées en situation de grande dépendance.

33 Difficultés de sortie des patients d'un hôpital de rééducation neurologique

P. Maruelle *, Ducret, G. Rode, D. Boisson

* Auteur correspondant.

Hôpital Henry-Gabrielle, 69, Saint-Genis-Laval, France

E-mail : philippe.maruelle@chu-lyon.fr (P. Maruelle)

Mots clés : Personne handicapée ; Hospitalisation ; Hébergement de sortie ; Difficultés de sortie

Introduction : La sortie de l'hôpital d'une personne handicapée, son retour à domicile ont fait l'objet de conférences et de textes de consensus.

Objectifs : La sortie se heurte souvent à des difficultés que nous avons essayées de décrire à l'hôpital Henry-Gabrielle.

Méthodes : Étude descriptive rétrospective de 276 patients hospitalisés en rééducation neurologique, sortis entre le 30/08/2004 et le 28/08/2005 ou présents entre le 30/08/2004 et le 28/08/2005 et non sortis au 31/12/2005, date de constitution de l'échantillon. À partir de quatre typologies de patients (Traumatisés crâniens, Hémiplegiques, Tétraplegiques, Paraplegiques) a été sélectionné un échantillon de 99 patients remplissant deux critères : une durée de séjour supérieure à la moyenne de chaque typologie et l'appartenance à la liste du service social comprenant les patients à sortie « complexe ». Les données source ont été le dossier médical et le dossier social. Les variables ont été : les caractéristiques administratives, la situation sociofamiliale, la durée de séjour, les caractéristiques de la sortie, les difficultés de sortie « médicales » et « autres ».

Résultats : Les principales causes de difficultés de sortie sont avant tout non médicales : logement (67 %), environnement sociofamilial (55 %), financiers (38 %), puis seulement les causes « médicales » : fragilité psychosociale (31 %), soins paramédicaux indisponibles (30 %).

Discussion-conclusion : Limites de la méthode liées aux caractères descriptif et rétrospectif de l'étude. Tous les patients ont présenté au moins un facteur « médical » et/ou « autre » à l'origine de leur(s) difficulté(s) de sortie. Près d'un patient sur 3 parmi les 276 a une durée de séjour supérieure à la moyenne de sa typologie. La proportion très importante d'un patient sur 2, dans l'échantillon des 99, a un hébergement de sortie différent de celui de l'entrée.

Références

- [1] Sofmer–DGS–Anaes. Conférence de consensus. Texte des recommandations. Sortie du monde hospitalier et retour à domicile d'une personne adulte handicapée sur les plans moteur et/ou neuropsychologique. 29 Septembre 2004 Paris.

34 Dossier patient : reflet du déroulement de la prise en charge du patient dans la filière AVC ?

Dr Leclercq, Dr Bourderont, A. Agulles, O. Clavelin, C. Seither, A. Morra

E-mail : senglerj@ch-mulhouse.fr

Mots clés : Dossier patient ; Filière AVC

Introduction : Le thème des maladies neurovasculaires est identifié comme une priorité de santé publique dans les SROS II et III de la région Alsace. Le Centre Hospitalier de Mulhouse est l'établissement de référence du secteur sanitaire IV de la région et prend en charge près de six AVC sur dix. Priorité stratégique pour l'établissement elle l'est aussi pour le pôle de rééducation-réhabilitation où sur l'ensemble des journées d'hospitalisation cette pathologie représente 25,2 % de l'activité du service.

Objectifs : Lors de l'accréditation version II, une évaluation a porté sur le thème de la filière AVC et nous avons voulu évaluer nos pratiques organisationnelles avec la grille d'évaluation déjà en place (actualisée en 2003), du programme de rééducation des AVC. Il s'agit également d'impliquer les membres de l'équipe dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins.

Méthodes : Composition d'un groupe de travail pluridisciplinaire. L'échantillon : 30 dossiers de patients admis en rééducation après un premier AVC. L'audit est réalisé sur la base de critères organisationnels explorant le déroulement de la prise en charge depuis l'admission jusqu'à la sortie.

Résultats : Il ressort de cette étude que les dossiers manquent de lisibilité quant au parcours du patient. De nombreux outils et documents sont présents dans le dossier, mais aucun ne trace de façon synthétique le déroulement de la prise en charge.

Discussion-conclusion : Nous proposons de faire une nouvelle étude prospective avec création d'une grille synoptique de suivi du dossier. Cette deuxième évaluation s'inscrira dans la démarche d'amélioration de la qualité au sein du pôle de médecine physique réadaptation et rhumatologie avec la création de groupes de réflexion sur le parcours du patient.

Références

- [1] conférences de consensus : Médecine de rééducation et hémiplegie vasculaire de l'adulte : 11.09.1996 ; Limoges (Sofmer) sortie du monde hospitalier et retour à domicile d'une personne adulte handicapée sur les plans moteurs et/ou neuropsychologiques : 29.09.2004 ; Paris (Sofmer - Anaes).
- [2] Anaes ; 2004 : référentiels d'évaluation et audit clinique de la prise en charge initiale des personnes ayant fait un accident vasculaire cérébral.

35 Handicaps, recours aux soins et conditions de vie des adultes atteints de paralysie cérébrale infantile en Bretagne. Étude APIB : premiers résultats

F. Dauvergne¹, Y. Eon², S. Bouric², A. Duruflé-Tapin^{1,3}, N. Camba², B. Nicolas^{1,4}, P. Gallien^{1,3,*}

* Auteur correspondant.

¹Réseau Breizh IMC, centre MPR Notre-Dame-de-Lourdes, 54, rue Saint-Hélène, 35000 Rennes, France ; ²Direction régionale du service médical de Bretagne, 236, rue de Chateaugiron CS 84420 35044 Rennes cedex, France ; ³SMR, CHU Pontchaillou, rue Henri-Le-Guilloux, 35033 Rennes cedex, France ; ⁴Centre MPR Notre-Dame-de-Lourde, 54, rue Saint-Hélène, 35000 Rennes, France

E-mail : philippe.gallien@CHU-rennes.fr (P. Gallien)

Mots clés : Infirmité motrice cérébrale ; Handicap ; Réseau de soins

La paralysie cérébrale infantile est la conséquence d'une atteinte cérébrale en période périnatale. Le réseau Breizh IMC travaille à l'amélioration des connaissances des conditions de vie des adultes atteints de cette pathologie.

Objectif : décrire les conditions de vie et de recours aux soins des adultes atteints de paralysie cérébrale infantile.

Méthode : à partir des bases de données de l'assurance maladie, un questionnaire a été adressé aux personnes de 16 ans ou plus atteintes de paralysie cérébrale infantile en Bretagne. **Résultats :** 562 questionnaires ont été exploités. La population était âgée en moyenne de 36 ans et majoritairement masculine (56 %).

L'atteinte motrice sévère touchait plus fréquemment les personnes âgées : 50 % à 20 ans et 75 % après 60 ans. Les atteintes cognitives ou intellectuelles concernaient 66 % de la population. 60 % devaient être accompagnées pour un rendez-vous extérieur. 40 % nécessitaient une aide pour manger, se laver et/ou s'habiller. Le niveau scolaire était hétérogène de la maternelle à la faculté. Les problèmes de santé, plus fréquents que dans la population générale, étaient évolutifs : 75 % se plaignaient de douleurs, la moitié des patients se sentaient déprimés et/ou seuls. La consommation médicale était plus élevée que dans la population générale, sans que l'on puisse affirmer que tous les besoins fussent couverts.

Conclusion : d'autres études sont nécessaires pour mieux connaître la population à domicile ; des prises en charge coordonnées dans des réseaux peuvent se mettre en place autour des problèmes identifiés par cette étude

36 Agrément et prescription d'un fauteuil roulant électrique : enquête de satisfaction chez 100 patients

R. Goldet¹, J. Belfy², O. Jacquin¹

¹Spécialistes des hôpitaux des armées, service de MPR, HIA Desgenettes, 108, boulevard Pinel, BP 25, 69275 Lyon cedex 03, France ; ²Ergothérapeute, service de MPR, HIA Desgenettes, 108, boulevard Pinel, BP 25, 69275 Lyon cedex 03, France

Mots clés : Fauteuil roulant électrique ; Agrément CPAM ; Service de MPR ; Ergothérapeute

Introduction : Le remboursement par l'Assurance Maladie qu'il s'agisse d'un premier fauteuil roulant électrique (ou de son renouvellement) ou bien d'un dispositif verticalisateur est subordonné à un essai préalable par l'assuré dudit matériel dans un centre ou service de rééducation agréé. À travers cette étude menée dans le Service de MPR de l'Hôpital Desgenettes nous examinons les raisons à l'origine d'un équipement par fauteuil roulant électrique (F.R.E.) ainsi que les différentes étapes aboutissant à cette acquisition.

Objectifs : Analyser le circuit de prescription d'un matériel type fauteuil roulant électrique remboursé par la collectivité, déterminer les délais de réponse et indices de satisfaction. **méthodes :** 100 malades ont bénéficié d'une consultation spécialisée de MPR et d'ergothérapie associée dans le cadre de l'agrément d'un fauteuil roulant électrique (première prescription ou renouvellement).

Résultats : Les avis se répartissent en 84 % d'avis favorables sans restriction, 6 % d'avis favorables avec restriction, 10 % de refus. La Caisse d'Assurance Maladie avise ensuite ces décisions dans plus de 90 % des cas, le fauteuil roulant électrique étant alors disponible en général trois mois après l'initiation de la prescription avec un indice de satisfaction globale d'environ 90 %.

Conclusion : Une consultation spécialisée de MPR dans le cadre d'un agrément « fauteuil roulant électrique » permet l'optimisation de la prescription de ce grand appareillage en facilitant l'analyse décisionnelle des médecins de CPAM notamment au regard du rapport coût/bénéfice.

Références

- [1] J.O. numéro 218 du 20 septembre 2000 page 14698.
- [2] Arrêté du 24 août modifiant le titre IV du tarif interministériel des prestations sanitaires et relatif aux véhicules pour handicapés physiques.

37 Place de la rééducation dans la filière de soin neurovasculaire

C. Cazottes, F. Coroian, C. Herisson

Service de médecine physique et réadaptation, CHU Lapeyronie, 34295 Montpellier, France

E-mail : eric.assenat@online.fr

Mots clés : Unité neurovasculaire ; SROS III ; Filière d'aval

Objectif : Étudier de manière rétrospective l'orientation et la durée de séjour de patients, atteints d'un premier AVC, hospitalisés dans l'unité neurovasculaire du CHU.

Méthodes : Sur une période de deux mois, 72 patients, victimes d'un AVC constitué hémisphérique, ont été recensés sur 170 admissions aux urgences neurovasculaires. Les orientations possibles étaient : retour à domicile, service de

médecine physique et réadaptation (MPR), soin de suite médicalisé (SSM), long séjour, mutation sur un hôpital de proximité. La répartition des patients a été étudiée ainsi que la durée de séjour. Ces données ont été comparées à la répartition recommandée par la Société française neurovasculaire pour le ratio de patients orientés en soins de suite et réadaptation (SSR) : 2/3 en MPR et 1/3 en SSM.

Résultats : 34 % des patients ont été orientés en SSR, c'est-à-dire plus que les 25-30 % retenus habituellement. Les 65 % restants se répartissaient ainsi : 29 % de retours à domicile, 12 % de décès en soins aigus, 8 % d'orientations en long séjour, 17 % de mutations sur hôpital local. Sur les patients orientés en SSR : 26 % l'ont été en MPR et 8 % seulement en SSM ; ce qui ne respecte pas la proportion de 2/3–1/3. Sur les 26 % relevant de MPR, 24 % ont été pris en MPR spécialisé, 2 % en MPR polyvalent. La durée de séjour tout patients confondus est de 16 jours ; 12 jours en cas de retour à domicile, 21 jours en cas de mutation en MPR, témoignant d'une insuffisance de lits dans la filière d'aval pour un objectif de durée de séjour en soins aigus de dix jours.

Conclusion : L'orientation et la durée de séjour des patients atteints d'un AVC hospitalisés en neurologie au CHU de Montpellier montre l'insuffisance sur le bassin montpelliérain de lits labellisés rééducation neurovasculaire en MPR, mais aussi d'une insuffisance de prise en charge en SSM. L'organisation des établissements MPR pour favoriser une prise en charge de proximité des AVC est un axe stratégique de développement, d'autant qu'il faut tenir compte, en sus des besoins actuels, de l'augmentation de 19 % de la population des plus de 60 ans sur le Languedoc-Roussillon d'ici 2010.

38 Évaluation de quatre années de pratique concernant la préparation du premier retour au domicile (permission de week-end ou sortie définitive) pour les patients présentant une pathologie neurologique

B. Houssin *, M.-C. Nicaudie-Grebill, E. Tesnieres

* Auteur correspondant.

Centre de rééducation et gériatrie BTP-RMS, BP 28, 77342 Pontault-Combault, France

E-mail : brigitte.houssin@wanadoo.fr (B. Houssin)

Mots clés : Évaluation du retour à domicile ; Patients neurologiques

Objectif : Afin d'améliorer la qualité de notre prise en charge nous avons souhaité évaluer notre pratique professionnelle concernant la préparation du premier retour au domicile.

Méthodes : Nous avons retenu le projet d'une enquête par questionnaire anonyme à remplir par la famille et le patient. Nous avons évalué : préparation psychologique, transport, visite préalable des ergothérapeutes, matériel et conseils d'aménagement préconisés, et/ou prêtés, difficultés rencontrées, conséquences, dont le retentissement sur la motivation du patient pour la rééducation.

Matériels : La population est celle des patients hospitalisés de janvier 2001 à mars 2005 pour AVC, SEP ou tumeur cérébrale. Sur les 163 questionnaires adressés 67 réponses ont été reçues, neuf patients étaient décédés. Seuls 55 des 58 questionnaires restants sont totalement exploitables.

Discussion-conclusion : Pour 15 patients il s'agissait d'une permission de week-end et pour 43 d'une sortie définitive. Les patients (90 %) sont globalement satisfaits (permission de week-end [26 %], sortie définitive [74 %]). L'insatisfaction est toujours associée au fait de ne pas être prêt psychologiquement au retour à domicile de la part de la famille et des patients. L'incontinence urinaire et la difficulté des transferts sont les principaux problèmes évoqués. La première permission de week-end se fait majoritairement à l'aide d'un véhicule familial (73 %). L'établissement prête toujours le fauteuil roulant et/ou les aides de marche nécessaires aux permissions. L'impossibilité à mettre en place tout ce qui a été préconisé (66 %) est la principale source d'insatisfaction malgré une visite au domicile réalisée par les ergothérapeutes en présence du patient. Même lorsque la sortie est jugée globalement bien préparée les familles et les patients signalent des problèmes majoritairement liés à l'incontinence urinaire (16 %). Plus de 50 % des patients considèrent que cette sortie au domicile a un impact positif sur la motivation (57 % après la première permission et 47 % après la sortie définitive). Ces résultats comparables à la littérature nous incitent à mieux impliquer la famille et les aidants au projet de retour à domicile et à leur prodiguer tout le soutien psychologique possible.

Référence

- [1] Conférence de consensus Sofmer–Anaes. 29 sept 2004.