

l'enquête nationale « Handicap-Santé, volet ménages » de 24 682 adultes. Le handicap était défini comme au moins une limitation d'activité de la vie quotidienne (AVQ), le handicap sévère comme l'impossibilité à faire seul au moins un AVQ, et le handicap ressenti comme le sentiment général d'être handicapé. Un système de pondération complexe permettait d'obtenir des résultats représentatifs de la population française. Afin de tenir compte des comorbidités, la contribution des maladies chroniques était évaluée par la fraction attribuable moyenne (FAM).

Résultats.— Environ 38,8 millions de personnes en France déclaraient avoir au moins une maladie chronique (81,7 % [95 % CI 80,9 ;82,6]) : 4,6 % (4,4 ;4,9) étaient limités pour les AVQ, 1,7 % (1,5 ;1,8) déclaraient un handicap sévère, et 14,3 % (14,0 ;14,6) avaient le sentiment général d'être handicapés. Les maladies musculosquelettiques et les troubles sensoriels avaient l'impact le plus important sur le handicap ressenti (FAM 15,4 % et 12,3 %). Les maladies neurologiques et musculosquelettiques contribuaient le plus au handicap (FAM 17,4 % et 16,4 %). Les maladies neurologiques avaient la contribution la plus importante au handicap sévère (FAM 31,0 %). Les maladies psychiatriques avaient un impact majeur chez les 18–40 ans quelque soit la catégorie de handicap considérée (FAM 23,8 %–40,3 %). Les maladies cardiovasculaires faisaient aussi partie des 4 premières causes de handicap (FAM 8,5 %–11,1 %).

Discussion.— Les maladies neurologiques, musculosquelettiques, cardiovasculaires ont la plus grande contribution au handicap en France. Les maladies psychiatriques ont un impact important chez les 18–40 ans. Ces résultats dressent un panorama des handicaps attribuables aux maladies chroniques, et pourraient aider les décideurs à mieux définir les priorités de santé publique en France et peut-être aussi dans les autres pays développés.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.689>

CO54-006-f

Handicap sévère d'origine neurologique et recours urgents problématiques : la construction d'un patient non transférable



M. Le Fort^{a,*}, I. Ville^b, B. Perrouin-Verbe^a

^aService de médecine physique et de réadaptation neurologique, CHU de Nantes, 85, rue Saint-Jacques, 44093 Nantes cedex 01, France

^bÉcole des Hautes-Études en sciences sociales, Cermes 3, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : marc.lefort@chu-nantes.fr

Mots clés : Filières de soins ; Transferts urgents ; Handicap ; Organisation hospitalière

Objectif.— La circulaire ministérielle du 18 juin 2004 a décrit les « bonnes conditions » d'organisation pluridisciplinaire des filières neurotraumatologiques. Les difficultés de retour vers l'amont, en cas de complication aiguë au cours d'un séjour en MPR, ont constitué la base de cette étude. Des transferts de patients depuis la MPR n'ont pas été réalisés dans les conditions souhaitées. Le but de ce travail était de déterminer les motifs de ces transferts problématiques.

Patients et méthode.— Six cas de handicap sévère avec transfert problématique vers un service aigu pendant une hospitalisation dans le service de MPR neurologique du CHU de Nantes entre 2006 et 2012 : entretiens semi-directifs, d'une part avec les six patients et leur entourage familial, d'autre part avec 16 professionnels de services aigus (urgences et SAMU, soins intensifs de pneumologie, réanimations médicale et chirurgicale). Analyse de contenu à partir de la littérature sociologique.

Résultats.— Plusieurs explications des difficultés de transfert :

- structurelles (notamment disponibilité des lits d'amont) ;
- liées à la confiance de la part des services aigus (anticipation de divers « risques » dès la MPR : retour du patient en MPR, trachéotomie et dépendance ultérieure à un système de ventilation, question de la limitation ou arrêt des traitements actifs) ;
- explication directement en lien avec la situation fonctionnelle des patients : un a priori défavorable en cas d'atteinte cognitive, en particulier dans le cadre de pathologies néo-natales, de sclérose en plaques ou de traumatismes crâniens en l'absence d'amélioration perçue depuis l'admission en MPR.

Discussion.— Deux constatations sont apparues essentielles dans le dysfonctionnement : une méconnaissance des pratiques respectives entre MPR et services de soins aigus, malgré des pratiques professionnelles

communes, et une perception imparfaite par les professionnels de l'amont du devenir des patients. Un patient handicapé difficilement transférable était construit essentiellement en cas de troubles cognitifs dans des contextes pathologiques précis. Notre travail de sociologie-action s'est fixé comme objectif une clarification des pratiques médicales quotidiennes dans le cadre des transferts urgents de patients sévèrement handicapés d'origine neurologique afin de favoriser une nouvelle fluidité au sein des filières de soins.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.690>

CO54-007-f

Prémises d'un réseau de soins pour l'orientation et le suivi des patients traumatisés crâniens sévères en Île-de-France



A. Ruet^{a,*}, C. Jourdan^a, J.J. Weiss^b, P. Pradat-Diel^c

^aAP-HP Hôpital Raymond-Poincaré, service de MPR, université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, EA4497, 104, boulevard Raymond-Poincaré, 92380 Garches France

^bCentre ressource francilien du traumatisme crânien, France

^cAP-HP, hôpital Pitié-Salpêtrière, université Paris 6, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : alexis.ruet@gmail.com

Mots clés : Réseau de soins ; Traumatisme crânien ; Neurochirurgie

Objectifs.— Améliorer l'accès aux soins de rééducation pour les patients traumatisés crâniens sévères et cérébrolésés adultes empruntant la filière neurochirurgicale en Île-de-France. Repérer les ressources en soins en Île-de-France selon les besoins des patients.

Patients/méthode.— Suivi pendant quatre mois des patients traumatisés crâniens sévères admis dans trois des six hôpitaux de la grande garde de neurochirurgie. Propositions d'orientation et essai de facilitation des admissions en service de rééducation neurologique, d'obtention de consultations de suivi. Enquête sur l'offre de soins des services de rééducation neurologique d'Île-de-France auprès des traumatisés crâniens.

Résultats.— Sur les 142 patients identifiés (76 traumatisés crâniens, 43 hémorragies méningées), 73 ont été évalués. Les 25 patients traumatisés crâniens sévères sortis de soins aigus ont été admis en SSR ou ont été orientés vers un suivi en consultation spécialisée. Dix patients « bed-blockers » étaient en attente d'admission en service d'aval et cumulaient 36 mois d'hospitalisation non justifiée en service aigu.

Discussion.— L'orientation des patients traumatisés crâniens en Île-de-France est complexe en raison de la concentration de population, de l'organisation particulière des soins d'urgence, du nombre de structures de rééducation et de la méconnaissance de leur activité, du manque de solutions de suivi en consultation et d'évaluations cognitives en externe. L'intervention de professionnels sensibilisés aux problématiques des patients traumatisés crâniens dans les services de réanimation et de neurochirurgie permet d'améliorer leur suivi. Le développement d'un réseau de soins spécifique permettrait de repérer, d'orienter, d'évaluer, de soigner, d'aider à la réinsertion des patients cérébrolésés adultes d'Île-de-France qui empruntent la filière neurochirurgicale.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.691>

CO54-008-f

Examens périodiques de santé effectués chez des personnes en situation de handicap en Normandie durant l'année 2012



F. Leroy^a, L. Foucher^{b,*}, V. Benard^c, C. Geslain^c, P. Lemagnen^d, L. Letenneur^e, S. Godefroye Hernoe^f

^aCHU de Caen,, IRSA, CHU Côte-de-Nacre, 14033 Caen, France

^bCHU de Caen, service de MPR, Caen, France

^cIRSA, institut régional pour la santé, France

^dRSVA, réseau des services pour la vie autonome, France

^eMAS IKIGAI Bretteville l'Orgueilleuse, France

^fIME Coarentin-Donnard, Caen, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : leroy-f@chu-caen.fr

Mots clés : Handicap ; Niveau de santé

Introduction.– La réalisation d'examen périodiques de santé (EPS) d'une personne en situation de handicap est très faiblement réalisée en France. Le partenariat réalisé entre l'institut régional pour la santé (IRSA), des établissements spécialisés (MAS et IME) et le réseau des services pour la vie autonome a permis de prendre la dimension de l'état de santé des personnes lourdement handicapées.

Population.– MAS IKIGAI : 36 personnes – 40 % de moins de 30 ans. Vingt-six se sont inscrits pour bénéficier d'EPS IME Coirentin-Donnard : 34 inscrits tous âgés de moins de 20 ans, sans pathologie a priori notée.

Conditions de l'action du dépistage :

– formation des professionnels de l'IRSA afin de faciliter l'accueil et l'accompagnement du personnel, organisée par le RSVA (4 réunions).

L'action est menée en deux vagues successives. En amont est effectué un questionnaire de santé et de vie sociale ; biométrie et examen d'urine.

Lors de la venue de l'IRSA sont effectuées les investigations de santé habituellement réalisées pour le grand public.

Résultats.– MAS IKIGAI : sont mis en évidence deux hypertriglycéridémies et hypercholestérolémies importantes, cinq soins dentaires en urgence qui ont été programmés secondairement sous anesthésie générale et cinq consultations dentaires à prévoir. Sur l'état médical, 19 états vaccinaux non à jour ou inconnus et un avis dermatologique requis.

IME Coirentin Donnard : quatre ECG pathologiques, 14 vaccins à prévoir type ROR, 14 consultations ophtalmologiques préconisées, quatre résultats biologiques anormaux (bilan hépatique ou hypertriglycéridémie) et quatre consultations dentaires urgentes.

Commentaires.– Les facteurs déterminants de réussite de ces tests sont une équipe médico-sociale volontaire et présente, une adaptation du bilan de santé à chaque population, une sensibilisation et une implication des familles.

Ont été améliorés entre les deux tests les dépistages visuels. Demeure une connaissance très fluctuante des antécédents médicaux des personnes accueillies.

Ce type d'action se déroule dorénavant dans le Calvados puis progressivement dans l'Orne et la Manche dans différentes structures d'accueil pour grands handicapés de l'enfant comme de l'adulte.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.692>

Oral communications

English version

CO54-001-e

Compliance visits for physical medicine and rehabilitation services



D. Lambert

Agence régionale de santé, 2, rue Dom-Pérignon, complexe Tertiaire, Mont Bernard, 51100 Chalons en Champagne, France

E-mail address: dominique.lambert@ars.sante.fr

Keywords: Accreditation - Physical Medicine and Rehabilitation

Introduction.– The compliance visits for the Follow-up Care and Rehabilitation (FCR) services are in response to the 2008 decrees, which unified the activities encompassed in “follow-up care” and those of “physiotherapy and rehabilitation” into a single activity called “Follow-up Care and Rehabilitation.” The latter consists of a versatile common foundation which is able to go hand and hand with specialized services. Physical Medicine and Rehabilitation services coincide with FCR via the specialized services of “musculoskeletal disorders” and “nervous system disorders”.

These decrees have raised the standards expected of FCR tasks, equipment, and employees.

The visits carried out by the Regional Health Agencies (RHA) took place between 2011 and 2013 depending on the region. The visits revealed the difficulties encountered by the health care facilities in complying with the standards dictated by the authorizations issued in 2010. The hospital federations attracted national attention over these issues. The Ministry of Health (through the Directorate-General for the Provision of Healthcare) therefore decided to undertake an initial report of the conformity visits in this sector.

Materials and methods.–The objective of this initial report of the conformity visits in the FCR sector is to catalog the primary instances of reticence to apply the new standards or the non-compliance observed, and with this information, identify the underlying causes.

For this purpose, the Directorate-General for the Provision of Healthcare has devised a 3-part investigation:

– the first part covers the purely quantitative aspects of the visits (state of the premises at the moment of the visit, number and type of non-compliant FCR services. . .);

– the second part identifies the principle instances of reticence or elements of non-compliance under regulatory provisions. These regulatory provisions have been divided into the following five categories:

– tasks common to all FCR services;

– premises and equipment (including technical platforms);

– employees;

– continuity of care;

– contractual commitments/other FCR tasks.

– the third part makes inquiries into the main underlying causes of the reticence to apply the standards or instances of non-compliance. These inquiries are organized around the following issues:

– absence of implementation/global FCR workplace culture;

– absence of trained/qualified employees;

– insufficient funding and/or space for premises and equipment/adequate technical platforms;

– insufficient employees through a lack of funding or demographical constraints;

– problematic continuity of care caused by demographical constraints or unfamiliarity with partners.

This investigation was fulfilled by each Regional Health Agency in March 2013 regarding all **conformity visits carried out before 31 January 2013** and sent to the Directorate-general for the Provision of Healthcare. The processing of this investigation is in progress on the national level.

Results.– The national and regional results will be available within a few weeks and presented in October 2013 during the French Physical Medicine and Rehabilitation Society conference.

Remarks.– The reticence to apply the standards and the instances of non-compliance have ostensibly led to an insufficient, less efficient, or even risky (for the patient) level of health care quality. Respect of the standards is the number one condition for providing quality care.

Conclusion.– The investigation will give us an outline of the difficulties encountered by the health care facilities, and will attempt to explain why these difficulties occurred. These compliance visits ought to be considered as a tool for improving the quality of care, the standards having been enacted for this purpose.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.693>

CO54-002-e

Conceptual approach of SSR coordination: Coordination in 3D



M. Reymondon

CEOR service de médecine physique et de readaptation hopitaux Drome Nord site de Saint-Vallier, rue Pierre-Valette, BP 30, 26240 Saint-Vallier, France

E-mail address: m.reymondon@hopitaux-drome-nord.fr

Keywords: Coordination in SSR; Trajectoire; Rehabilitation

Introduction.– Explaining what the activity of a SSR coordination doctor consists of rapidly becomes a headache, as the complexity of this function concerns multiple disciplinary fields it is vain to want to schematize.

Context.–The decrees of 2008, regulating the activity of continued care and rehabilitation (SSR), have defined a function of SSR coordination. If the mission can be summarized in objectives of “facilitation” of flows from MCO to SSR, the concept of coordination makes the action complex and difficult to define in this field, multiple coordination’s place.

Objectives.– Convinced that “what is well conceived is stated clearly and the words to say it come easily”, we propose a design of coordination, after eleven years of experience in Rhône-Alpes.