

Le polyhandicap (PLH) est une affection chronique associant déficience mentale profonde et déficit moteur grave entraînant une mobilité réduite et une réduction extrême de l'autonomie. Aux handicaps neurologiques, intellectuels et moteurs, s'ajoutent déficits auditifs ou visuels, troubles comportementaux et relationnels. Secondaire à une lésion survenue sur le cerveau en développement, il est, quelle qu'en soit la cause, définitif et nécessite un accompagnement permanent qualifié associant éducation, soins, communication et socialisation. Pour ces patients, le lieu de vie est aussi le lieu de soins. Progressivement, apparaissent des sur-handicaps qu'il faut prévenir et traiter, mais l'intrication des handicaps aboutit à une instabilité conduisant à une aggravation inéluctable. Les soins deviennent de plus en plus lourds et complexes, y compris lors des accompagnements de fin de vie.

Le parcours de santé du patient PLH est toujours complexe, marqué par les multiples interactions entre soins à domicile, accompagnement des structures médicosociales et hospitalisations en courts séjours et en soins de suite et de réadaptation. Ils sont majoritairement pris en charge dans le secteur médicosocial. Ils vivent chez eux, ont des soins ambulatoires au domicile, en cabinet libéral, en externat, ou bien en internat en centre spécialisé. Leur suivi médical est assuré conjointement par leur médecin traitant, le médecin de leur structure médicosociale et les services hospitaliers spécialisés (pédiatrie, neuropédiatrie, MPR, orthopédie).

Bien qu'ils soient peu nombreux (2,5 % des moins de 60 ans), leur prise en charge soulève une question spécifique de santé publique. L'analyse de leur parcours de soins reste actuellement très partielle, du fait de l'absence d'outil adapté à cette mesure. En effet, le PLH ne peut être défini comme une maladie et ne se résume pas à sa cause. Il n'est pas identifié dans la dernière version de la CIM-10 ni répertorié dans la classification internationale du fonctionnement. Dans la version 2013 du PMSI, l'activité déployée par le système de santé pour la prise en charge des patients PLH permet un codage à partir de quatre critères. Ce premier pas vers une juste valorisation est une incitation forte à décrire leur parcours de soins pour les principales situations pathologiques.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.706>

P144-f

Financement des consultations externes (CS) en SSR inclus dans la dotation annuelle de fonctionnement (DAF) et animation de filière de soins : quelle logique et quel effet pervers ?

A. Laurent-Vannier^{*}, V. Jouanisson, S. Vittori
Hôpitaux de Saint-Maurice, 14, rue du val-d'Osne, 94415 Saint-Maurice, France

^{*}Auteur correspondant.

Adresse e-mail : a.laurentvannier@hopitaux-st-maurice.fr

Mots clés : Financement ; Consultations externes ; Filières de soins

Introduction.– Le financement des CS réalisées en SSR n'est pas individualisé en tant que tel et en conséquence est inclus dans la DAF selon le principe que ces CS sont inhérentes à la prise en charge en SSR de tout patient ayant été hospitalisé ou non. Par ailleurs Il est préconisé une organisation du suivi des patients en filières au sein d'un réseau de soins.

Objectifs.– Mettre en évidence la charge représentée par l'activité de CS au sein du pôle SSR enfants de 72 lits et 75 places comportant 3 services SSR spécialisés (2 en neurologie et 1 en orthopédie).

Matériel et méthodes.– Inclusion des patients vus en consultation du 9 janvier au 10 février 2012.

Résultats.– Sur 484 consultants, 54 % étaient à 100 %, 29 % avaient été hospitalisés antérieurement au sein du pôle, 22 % étaient vus pour la première fois, l'adressage initial était pour 58 % le MCO, 88 % habitaient en région parisienne, la CS était multidisciplinaire dans 27 % des cas, la durée moyenne de la CS était de 30 minutes avec des extrêmes de 20 et de 92 minutes, la médiane de suivi était de 9 ans, avec un suivi supérieur à 1 an pour plus de 50 % des patients, au maximum 21 ans, pour 95,8 % la décision prise à l'issue de la CS a été la poursuite du suivi.

Discussion.– Il est mis en évidence la place des consultations dans le suivi des patients et l'animation des filières de soins mais aussi l'investissement humain et donc financier. Soixante-dix pour cent des patients n'avaient pas été hospitalisés antérieurement au sein du pôle. D'autres revenaient à Saint Maurice

alors qu'ils avaient été hospitalisés ensuite dans d'autres SSR mais n'assurant pas de suivi.

Conclusion.– Il est important que cette activité soit identifiée et financée en tant que telle au risque sinon de dissuader les structures d'assurer cette activité pourtant indispensable et de mettre en péril la qualité de la prise en charge des patients les plus vulnérables ainsi que les filières de soins.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.707>

P145-f

État des lieux des activités des membres de l'équipe multidisciplinaire de deux centres de réhabilitation au Liban



K. Ghousseub^a, S. Ibrahim^a, J. Sakkal^a, G. Sleilati^a, S. Sader^b, A. Hage^b

^a *CHU Hôtel-Dieu de France, rue Alfred-Naccache, Beyrouth, Liban*

^b *CRF Beit-Chabab*

Adresse e-mail : kgsoub@hotmail.com

Mots clés : Médecins MPR ; Travail multidisciplinaire ; CRRF

Introduction.– Le but de l'étude est de mener une enquête sur le fonctionnement de l'équipe multidisciplinaire de médecine physique et de réadaptation (MPR) dans les centres de rééducation au Liban. Décrire le fonctionnement de cette équipe en fonction des données internationales.

Patients et méthodes.– Étude descriptive à recueil prospectif. Enquête portant sur l'état des lieux du service de médecine physique et de réadaptation (M.P.R) établi dans deux établissements de MPR libanais : le CRRF de Beit-Chabab et l'hôpital du Mgr Cortbaoui. Une grille se référant à la charte de qualité de MPR en établissement de rééducation et les critères de l'accréditation des CRRF est élaborée. Elle englobe tous les membres de l'équipe présents et leur profil de poste ainsi que la politique des directeurs de centres.

Résultats.– **Les médecins :** présence une fois par semaine, pas de contrat bien défini ; le profil de poste n'est pas clair. Les réunions de l'administration se font souvent sans les médecins. Il n'y a pas de complémentarité entre médecins. Pas de travail intra- ou inter-services bien défini. Pas de réunion hebdomadaire d'étude de dossiers. L'évaluation du malade se fait avec les kinésithérapeutes durant la visite mais la traçabilité est incomplète. Le dossier médical est incomplet, ne contient pas tous les éléments. Les kinésithérapeutes travaillent en l'absence du médecin MPR qui évalue et modifie le programme de semaine en semaine. Il y a plus de solidarité et complémentarité au travail intra-équipe. Parfois nombre insuffisant, temps donné au patient limité à une heure par jour. Peu de coopération avec l'ergothérapeute et l'orthophoniste qui n'assurent que trois demi-journées par semaine à la demande. L'appareillage se fait par des spécialistes de l'extérieur à la demande. Pas de rôle de l'assistante sociale.

Conclusions.– Cette étude permet de constater que les personnels qualifiés de l'équipe multidisciplinaire travaillent bien chacun dans son domaine. Mais la présence insuffisante du médecin physique est un obstacle pour le travail multidisciplinaire. En plus chaque spécialité de cette équipe a tendance à travailler de façon isolée pour diverses raisons qui seront réglées si la politique de l'hôpital se fait selon la charte de qualité.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.708>

P146-f

Équipes de rééducation des CHU intervenant extra muros : état des lieux



J. Delate^{*}, F. Dischler, J. Pelissier

CHU Caremeau, place du Pr-Robert-Debré, 30000 Nîmes, France

^{*}Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jean.delate@chu-nimes.fr

Mots clés : Rééducation ; Extra muros ; Organisation

Contexte.– Absence d'analyse de l'existant des interventions des équipes de rééducation des CHU extra muros dans la littérature, alors que les textes officiels prévoient la possibilité pour certains personnels de SSR d'intervenir au domicile.

Introduction.– L'objectif d'une prise d'une charge de médecine physique et de réadaptation est de limiter le handicap, qui se définit par l'inadéquation entre les

possibilités de la personne et son environnement. Evaluer cette situation de handicap implique une visite sur les lieux de vie.

Matériel et méthode.— Un questionnaire a été diffusé par mail à l'ensemble des professeurs de rééducation dans les CHU métropolitains, portant sur l'existence, les personnels, l'organisation et le financement d'équipes de rééducation intervenant extra muros au domicile des patients.

Résultats.— Trente-trois services contactés ; 27 réponses ; dix équipes interviennent en dehors de l'hôpital, dont neuf au domicile des patients.

Les missions, les moyens humains, l'organisation de ces équipes sont très hétérogènes, allant de la visite de l'ergothérapeute à une hospitalisation à domicile.

Conclusion.— Les équipes évaluant les situations de handicap hors CHU sont peu nombreuses avec des modalités de fonctionnement très différentes. Une harmonisation paraît nécessaire.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.709>

P147-f

Enquête sur les escarres et les infections nosocomiales dans deux centres de réhabilitation au Liban et profil des patients hospitalisés

K. Ghossoub^{a,*}, J. Sakkal^a, S. Ibrahim^a, G. Sleilati^a, R. Choueiri-Medlej^b, A. Hage^c

^a CHU Hôtel-Dieu de France, rue Alfred-Naccache Beyrouth, Liban

^b CRF Cortbaoui

^c CRF Beit Chabab

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : kgsoub@hotmail.com

Mots clés : CRRF ; Infection urinaire ; Escarres

Introduction.— Le but de l'étude est de mener une enquête sur la fréquence des escarres et des infections nosocomiales dans les centres de réhabilitation.

Patients et méthodes.— Étude descriptive à recueil prospectif. Enquête sur la fréquence des escarres et l'infection nosocomiale dans deux CRRF : BEIT CHABAB & CORTBAOUI. Tous les malades hospitalisés sont inclus avec étude démographique (âge, sexe), diagnostique, durée de séjour (< ou > à 3 mois). Présence ou non d'escarre ou d'infection nosocomiale.

Étude statistique.— L'analyse des données est effectuée à l'aide du logiciel SPSSv10 (Chicago, Illinois). Études descriptive et univariée. ($p < 0,05$ est considéré comme significatif).

Résultat.— Étude descriptive. Patients recensés : 80. Age moyen 59 ± 20 avec prédominance masculine : 67/80. Hôpital de BEIT CHABAB (74,7 % des patients) contre 25,3 % à l'hôpital CORTBAOUI. Durée de séjour supérieure à trois mois (72 %). Diagnostics : hémiplegie (30,4 %), tétraplégie, Parkinson, SEP, IRC, fracture, amputation, paraplégie, cancer et autres diagnostics. Fréquence des escarres 25,3 %. Localisation sacrée 45 %. Escarre en cours d'hospitalisation 11,5 % contre 14,1 % avant l'hospitalisation. Infections urinaires à l'arrivée 0 % ; en cours d'hospitalisation (23 %). Les cultures ont poussé en majorité à *E. coli* isolé ou associé. Apparition dans 20,7 % des cas de souches BLSE. Étude univariée. Relation significative entre les facteurs prédictifs et la survenue d'escarres : présence d'escarre avant l'hospitalisation ($p = 0,001$) et autre diagnostic ($p = 0,05$). Facteurs prédictifs de la survenue d'infections urinaires en cours d'hospitalisation : le sexe féminin avec antécédents des infections urinaires traitées ($p = 0,01$) ; les cancers et d'autres diagnostic ($p = 0,05$) et les AVP avec fractures ($p = 0,09$).

Conclusion.— Les complications du décubitus sont fréquentes. La prévention des escarres est mieux appliquée que celle des infections nosocomiales. Il est urgent de créer un comité escarre multidisciplinaire et faire participer les médecins MPR au CLIN et élaborer des politiques claires.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.710>

P148-f

Bilan à cinq ans d'une unité post-réanimation (UPR) au Pôle Saint-Hélier, Rennes

K. Autret^{*}, A. Duruflé-Tapin, S. Robineau, B. Nicolas, P. Gallien, S. Petrilli, C. Le Meur

Pôle Saint-Hélier, 54, rue Saint-Hélier, 35000 Rennes, France



*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : katell.autret@pole-sthelier.com

Mots clés : Unité post-réanimation ; Épidémiologie

Introduction.— Les services de rééducation post-réanimation ne sont actuellement encadrés par aucun texte. Le programme d'actions 2012 en faveur des traumatisés crâniens et des blessés médullaires prévoit une étude de ce type de structures.

Méthode.— Quatre lits d'UPR ont été créés en 2008 au Pôle Saint-Hélier, à Rennes. Fin 2010, quatre lits supplémentaires ont ouvert. Nous proposons un bilan de cinq années d'existence de cette unité, de janvier 2008 à décembre 2012. Des données épidémiologiques (âge, sexe), médicales (type de pathologie, présence d'une trachéotomie, alimentation entérale) et administratives (durée moyenne de séjour, service d'origine et mode de sortie) ont été colligées.

Résultats.— Quatre-vingt-un patients ont été admis en UPR en cinq ans. Le délai d'admission pour une prise en charge en UPR est de quatre semaines. L'âge moyen des patients admis est de 50,72 ans. Les pathologies prises en charge sont essentiellement des cérébro-lésions (AVC, traumatismes crâniens, anoxies...), quelques lésions médullaires ou rééducation après défaillance multi-viscérale. Soixante-quinze patients avaient une trachéotomie à leur admission. Soixante-neuf avaient une gastrostomie. La durée moyenne de séjour en UPR est de 11,8 semaines. À cinq ans, 62 des 81 patients ont quitté l'établissement, dont 43 qui ont pu rejoindre leur domicile.

Conclusion.— Les soins proposés en UPR, étape entre les services de soins aigus et soins de suite et de réadaptation, répondent indéniablement à un besoin de santé publique. Ce type d'unité permet aux patients d'accéder précocement à des soins de rééducation dans un cadre encore étroitement surveillé médicalement. La problématique de la filière d'aval reste le principal frein pour assurer une fluidité de la filière et espérer ainsi augmenter le nombre de patients accueillis et diminuer les durées de séjour des services d'amont.

Pour en savoir plus

Programme d'actions 2012 en faveur des traumatisés crâniens et des blessés médullaires (www.sante.gouv.fr).

Physical and rehabilitation medicine (PRM) care pathways: adults with severe traumatic brain injury. Pradat-Diehl P & al. Ann Phys Rehabil Med. 2012 Nov;55(8):546-56.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.711>

Posters

English version

P138-e

Fate of abstracts presented at the 2008 congresses of the French and the European societies of PRM (SOFMER vs ESPRM)

E. Allart^a, F. Beaucamp^{b,*}, V. Tiffreau^a, A. Thevenon^a

^a CHRU de Lille, hôpital Swynghedauw, service de MPR, rue André-Verhaeghe, 59037 Lille, France

^b CHRU de Lille, hôpital des Bateliers, service de rééducation gériatrique, Lille, France

*Corresponding author.

E-mail address: etienne.allart@chru-lille.fr

Keywords: Publication rate; Abstract; Congress; Physical and rehabilitation medicine; Impact factor

Subsequent publication of abstracts presented during a scientific meeting is a measure of its scientific quality.

Objectives.— To compare the publication rate of abstracts presented at 2008 congresses of the French and the European societies of Physical and Rehabilitation Medicine (respectively SOFMER and ESPRM), and to identify predictive factors of publication and main reasons of non-publication.

Methods.— We used the PubMed Database to search for subsequent publication of abstracts, time to publication and the journal impact factor (IF) were picked out. We screened different predictive factors of publication among abstracts features (origin of the authors, study type, theme, nature of the results...). For the SOFMER meeting, authors of unpublished works were contacted by email to determine the reason(s) of non-publication.

