



Articulation « hôpital – vie »

*sortie d'hôpital
et reprise du cours de la vie
après un A.V.C.*

B. Pollez

(Direction Générale de la Santé)



AVC à séquelles : événement très déstabilisant quant aux conditions sanitaires, fonctionnelles, systémiques, sociales de vie.

PS : Séquelles parfois très lourdes (LIS)

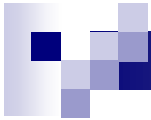
objectif de tous les intervenants de la chaîne sanitaire et sociale (hôpital et lieu de vie) :

*poursuite du cours de la vie
dans les meilleures conditions possibles*

*de santé
d'aisance fonctionnelle
de qualité de vie (personne et proches)*

pas simple !

- **phase aiguë (assurer la survie et lutter contre le risque de séquelles)**
- **SSR (réduire les séquelles, les conséquences fonctionnelles, assurer l'éducation sanitaire et thérapeutique, accompagner la reprise du cours de la vie)**
- **post-hospitalier (prévention secondaire, lutte contre le handicap vécu)**



l'hôpital n'a pas qu'à assurer les soins aigus :

réadaptation et réinsertion sont officiellement inscrites dans ses missions (SSR)

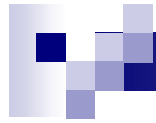
- § circulaire SSR DH/E04/97/841/31.12.97
- § ordonnance 4.9.03 (Art 5) en vue du SROS III
- § référentiel accréditation ANAES 9.2004

l'hôpital ne peut pas ignorer la vie après l'hôpital

pour une personne à séquelles,

la finalité du service rendu par l'institution hospitalière passe par les SSR

l'avenir post-hospitalier fait partie du projet de soins hospitalier

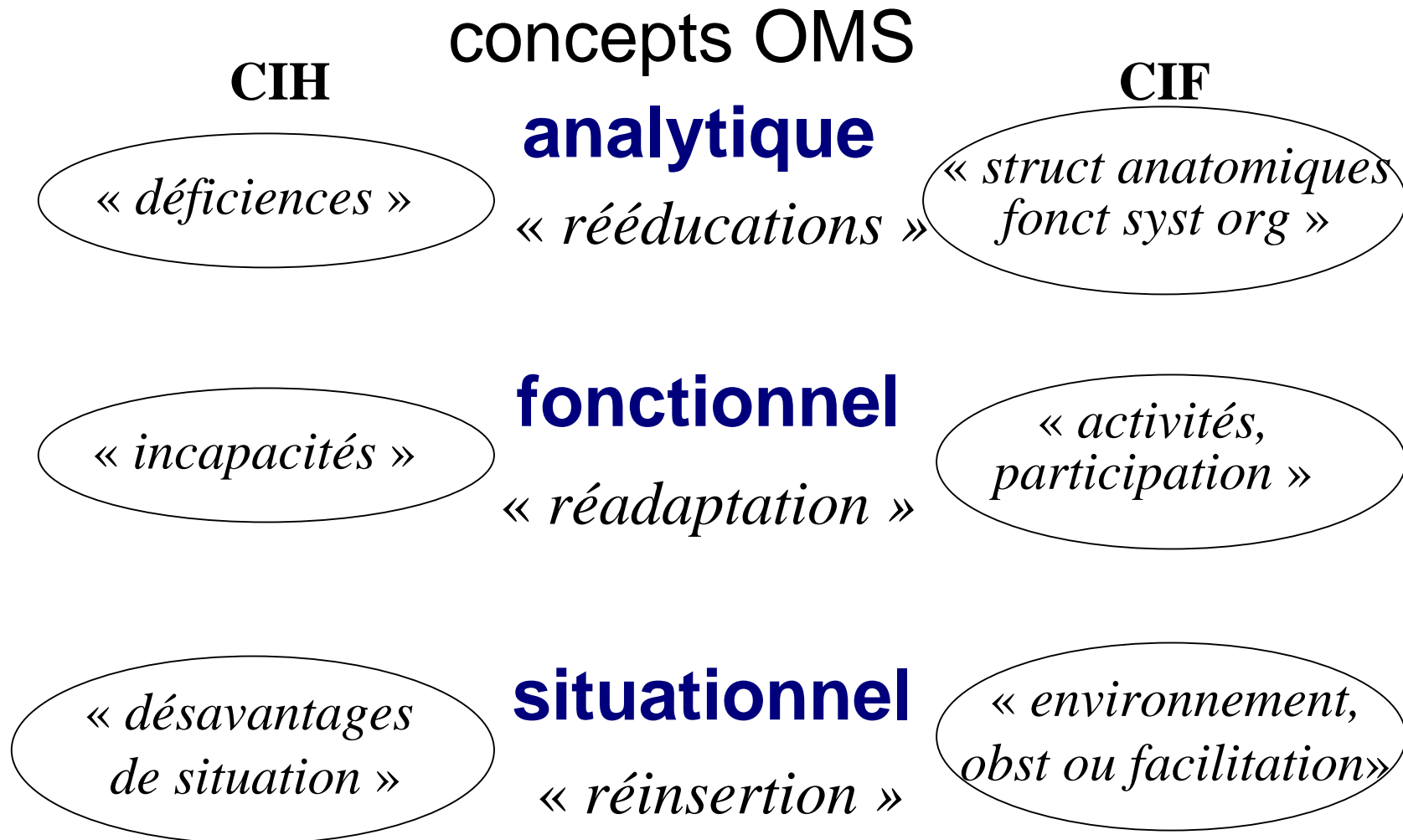


Objectifs SSR – MPR *optimiser les conditions de la reprise du cours de la vie*

- **éducation sanitaire et thérapeutique**
- **rééducations pluridisciplinaires contre chacune des déficiences analytiques**
- **réadaptations visant à contourner les incapacités fonctionnelles générées par les séquelles**
- **soutien individuel et familial à la réinsertion dans tous ses aspects, domestiques et sociaux**

coopération « médico-paramédico-technico-psycho-sociale »

la lutte contre le handicap





nombreux travaux, publications et documents sur le sujet,
parmi lesquels des **recommandations et propositions d'organisation..**

(en plus du manuel d'accréditation)

* **« retour au domicile des patients adultes atteints d'AVC »**

(ANAES, déc. 2003)

* **circulaire DHOS/O4/DGS/DGAS/2003/517 du 3 novembre 2003
relative à la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux**

* **conférence de consensus « sortie du monde hospitalier et retour à domicile d'une personne adulte handicapée sur les plans moteur et/ou neuropsychologique »** *(SOFMER-DGS, ANAES, 09/04, guide en cours)*

* **conférence de consensus « sortie du monde hospitalier et retour au domicile d'une personne adulte évoluant vers la dépendance motrice ou psychique »** *(SFES, ANAES, 12/04)*

* **HAS** *(à venir : référentiel ALD 1, études d'impact des démarches qualité, recommandations sur la prévention secondaire des AVC)*



préoccupation de santé publique

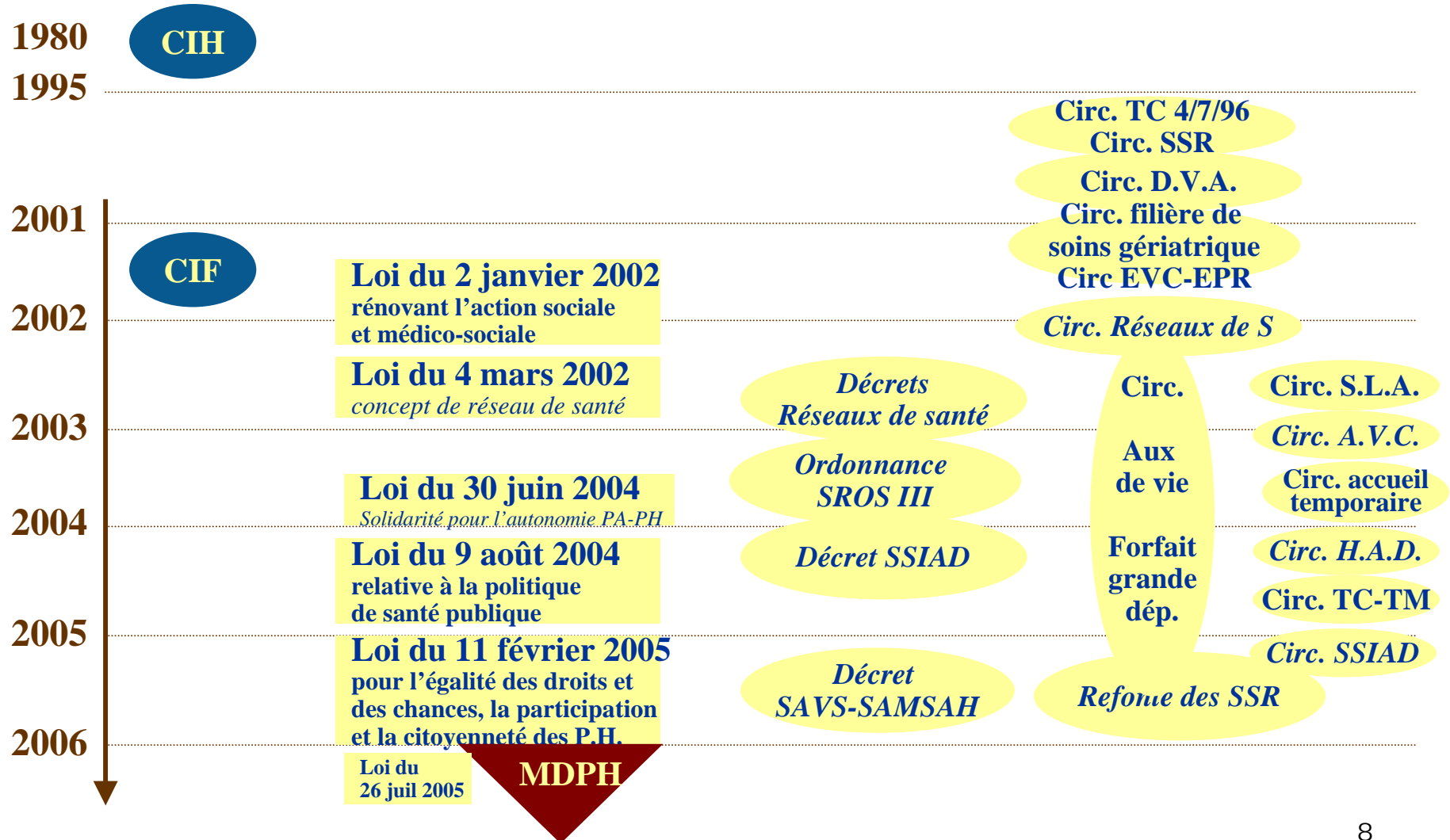
loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique :

- objectif 72 : « AVC : réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles associées aux AVC »*
- plan national pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques*

dans un environnement législatif et réglementaire par ailleurs évolutif

- loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale*
- loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*
- loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées*
- loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*

Évolutions récentes du contexte conceptuel, réglementaire et structurel





Enjeux de l'articulation hôpital-vie :

éviter

*** décompensation**

- sanitaire
- fonctionnelle
- psychologique
- « proximologique »
- sociale

*** qualité de vie non optimisée**

*** réhospitalisation**



difficultés et obstacles principaux

- **orientation SSR parfois opportuniste**
- **considérations des acteurs de SSR trop « intra-muros »** (PT→R₁,R₂,r₃),
en particulier insuffisance de prise en compte des facteurs psychologiques et environnementaux de handicap
- **évolution psychologique non stabilisée**
- **acquis fonctionnels et comportementaux trop conditionnés**
ne passant pas la porte de la sortie d'hospitalisation
- **asynchronisme patient-famille**
- **double cloisonnement : hôpital-vraie vie, sanitaire-social**
communications et concertations insuffisantes, rupture dans le plan de soins et d'interventions,
asynchronisme patient / famille, insuffisante information–formation des aidants
- **lieu de vie : manquent culture, moyens et interdisciplinarité « handicap »**
acteurs de relais moins formés à l'approche fonctionnelle finalisée (LCH), palette « m - pm - t- φ - soc »
incomplète sur le lieu de vie, concertation interdisciplinaire peu courante sur le lieu de vie,
aidants du quotidien parfois peu formés spécifiquement
- **hiatus avec le médico-social et lenteur et complexité administratives** (mieux avec SVA,
espoirs avec MDPH)
- **considérations proximologiques insuffisantes**



Propositions d'organisation pratique (1)

En amont des SSR (*hors considérations neurologiques stricto sensu*)
si modification des conditions fonctionnelles de vie prévisible, càd événement invalidant

- instruire une ***fiche « médico-sociale »*** dès la phase aiguë (mise dans dossier) s'appuyant autant que de besoin sur un ***contact avec le médecin-traitant et avec un proche***
- donner au patient ***les informations pertinentes*** et élaborer ***avec lui un projet de soins et de sortie***
- identifier un proche ***réfèrent***
- indiquer au réfèrent de proximité un ***réfèrent professionnel***
- faire intervenir ***équipe mobile 3 R*** en service de court séjour
- ***prévenir les complications fonctionnelles*** pénalisantes à apparition secondaire (ex : sd épaule – main)
- ***orienter de façon discernée*** vers le secteur des SSR (« ***coordination SSR*** »), prenant en compte tous les besoins sanitaires et sociaux



Propositions d'organisation pratique (2a)

En SSR : développer une réflexion et des modalités « *trans-murales* »

- suivi évolutif précis analytique, fonctionnel, environnemental (*dossier commun*)
- organiser une communauté d'information, d'objectifs et une planification (PIII) entre le patient, le proche référent et les intervenants sanitaires et sociaux : *synthèses interdisciplinaires régulières*
- assurer une approche écologique : évaluation – confrontation – réentraînement en situation réelle (*VAD, permissions thérapeutiques*)
- enrichir l'articulation - transfert d'information - communication avec les acteurs sanitaires et sociaux du lieu de vie (*courrier de sortie, fiches de liaison, synthèse hôpital-ville, DMP*)
- proposer des organisations transitionnelles spécifiques : *appartement relais, hôpital de jour, équipe mobile hors les murs, soins coordonnés hôpital-ville (places de SSR hors les murs), HAD de/avec réadaptation*
- mettre en place le suivi psychologique nécessaire
- veiller aux aidants : - *information–éducation* - *formation des aides à domicile*
 - *réadaptation personnelle*
 - *surveillance de la tolérance à la charge*



Propositions d'organisation pratique (2b)

En SSR :

- recourir à une « démarche précoce d'insertion » (DPI) le cas échéant
- optimiser l'articulation avec le médico-social nécessaire
 - site pour la vie autonome, COTOREP (⇒ MDPH)
 - le médico-social d'orientation (UEROS – CPO – CRP)
 - le médico-social d'accompagnement (SSIAD – SAMSAH – SAVS –
CCAS)
 - le médico-social de coordination (CLIC – MDPH)
- donner l'information quant à l'**associatif** - groupe de parole
 - partage d'expérience,et soutenir si nécessaire leur développement
- réflexion quant au concept de « **case-manager** »
- question de la **conduite automobile**



Propositions d'organisation pratique (3)

« Institutionnelles » :

- **mieux former** les acteurs sanitaires et sociaux aux composantes et à l'interdisciplinarité de la lutte contre le handicap (*modules handicap*)
- **poursuivre l'adaptation** de l'offre quantitative et qualitative en structures de SSR (*SROS III*), + organisation d'amont (*EM, coord.*) et d'aval (*EM, HAD*)
- **décloisonner** le sanitaire et le social (concept des *réseaux de santé -loi du 4 mars 2002-*, *synthèses au domicile*, « *chance* » de la MDPH)
- **poursuivre le développement** des offres professionnelles nécessaires sur le lieu de vie (*ergothérapeutes, psychologues, assistantes sociales, SAVS, SAMSAH, SSIAD, AV + FGD*)
- **mettre en place les offres utiles en relais-répit-soutien** (*accueil de jour et hébergement temporaire, séjours de répit, séjours de réentraînement fonctionnel*)
- **mettre en cohérence les dispositifs de proximité** existants ou à créer (*CCAS, CLIC, inscription des MDPH dans un fonctionnement en réseau...*)
- **développer le parc de logements accessibles ou adaptables** et poursuivre l'accessibilité sociale en général (cf. loi 11/02/05)
- **assouplir les frontières d'âge** (cf loi du 11 février 2005)

- 
- pas seulement :*
- *lutte contre les incapacités fonctionnelles*
 - *compensation des incapacités irréductibles*

aussi : la dimension qualitative de vie / existentielle

- **soulager toutes les composantes de la souffrance existentielle**
- **sens, goût, qualité**

***« vivre en situation de grande dépendance
n'abolit pas le droit de chacun
à réaliser son propre projet de vie »***



Illustration : une procédure concrète imaginaire (AVC)

- **fiche d'information médico-sociale dès le service de court séjour, voire aux urgences**
- **identification précoce d'un référent familial**
- **venue de l'unité mobile 3R en court séjour**
- **orientation médicalisée vers le service de SSR adéquat (*UM ou coord. SSR*)**
- **(*en SSR*) synthèses interdisciplinaires sanitaire-social patient-famille régulières autour du PIII**
- **2 visites à domicile binôme ergo-AS avec le patient**
- **journée puis week-ends thérapeutiques dès que possible (*+débriefings*)**
- **(*sortie*) liaison précise avec acteurs de relais (rencontres, fils, fiches de liaison, *synthèse de sortie au domicile avec acteurs sanitaires et aidants*)**
- **équipe mobile (« *post-AVC* » : *ergo, AS, psycho*) coopérant avec les a. de t.**
- **dossier partagé au domicile**
- **suivi en consultation externe MPR (p + proche) et liaison avec MDPH**
- **séjours de remise à niveau (ou de répit)**



pour conclure,

**actualité de santé publique,
dont l'objectif n° 72 LSP 9/8/04 :
« réduire la fréquence et la sévérité
des séquelles fonctionnelles liées aux AVC »
et le plan « qualité de vie des personnes
atteintes de maladie chronique »**

**articulation et coopération de tous les acteurs
de la chaîne sanitaire et sociale, de l'hôpital et du lieu de vie
*« mutualisations trans-murale et trans-sectorielle »***

**contexte législatif et réglementaire propice
(de la circ. AVC et du SROS III à la loi du 11 février 2005)**

parmi les modalités possibles : le réseau de santé

NB : « AVC » ou « handicap » ?)



merci pour votre attention