

# RÉADAPTATION

Janvier 2004

## ÉCLAIRER LA PROBLÉMATIQUE DES SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION

COMMENT LES CONCEPTS DE DÉFICIENCE, INCAPACITÉ ET SITUATION DE HANDICAP PEUVENT ÊTRE LE FIL CONDUCTEUR DU PARCOURS DU PATIENT, DU COURT-SÉJOUR JUSQU'À SA RÉINSERTION

### Unités de coordination en Soins de Suite et de Réadaptation Rhône Alpes

Dr Cécile REMY

avec la collaboration de :

Dr Martine REYMONDON (MPR), Dr Paul CALMELS (MPR), Dr Alain DEBLASI (Santé Publique),  
Dr Claude HOHN (Géronte), Dr Fabienne GREUILLET (MPR), Dr Catherine AVEQUE (MPR),  
Dr Marie-Charlotte D'ANJOU (MPR), Dr Anne DESCOTES (MPR), Dr Georges GUYON (MPR), Dr Jacques LILBERT (MPR),  
Dr Chantal KIZLIK (MPR), Dr Christian LAGIER (MPR).

## **UNITES DE COORDINATION EN SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION RHONE-ALPES**

Dr Cécile REMY (MPR),  
avec la collaboration de :

Dr Martine REYMONDON (MPR)

Dr Paul CALMELS, (MPR)

Dr Alain DEBLASI (Santé Publique)

Dr Claude HOHN (Géronte)

Dr Fabienne GREUILLET (MPR)

Dr Catherine AVEQUE (MPR)

Dr Marie-Charlotte D'ANJOU (MPR)

Dr Anne DESCOTES (MPR)

Dr Georges GUYON (MPR)

Dr Jacques LILBERT (MPR)

Dr Chantal KIZLIK (MPR)

Dr Christian LAGIER (MPR)

## Les praticiens des coordinations SSR en Rhône-Alpes

Secteur sanitaire	Coordonnateur	Nom de l'unité	Téléphone	e-mail
SS n°1	Dr MONCET-SOLER			csoler@cinse.com
SS n°2	Dr GUYON Dr REYMONDON Dr LILBERT Dr CHARLE	CEOR (Centre d'Évaluation d'Orientation et de Réflexion sur les Soins de Suite et de Réadaptation)	04 75 75 73 48	ceor@ch-valence.fr
SS n°3	Dr REMY	Pôle de Coordination en Réadaptation	04 75 53 47 32	coordssr@ch-montelimar.fr
SS n°4	Dr BERGER	Unité de Coordination en Rééducation Adultes	04 76 76 93 60	B.Berger@chu-grenoble.fr
SS n°4	Dr DESCOTES	Unité de Coordination en Rééducation Pédiatrique	04 76 76 93 60	VBony@chu-grenoble.fr
SS n°5	Dr LAGIER	Coordination SSR secteur 5	04 74 31 30 11	coordination-SSR@ch-vienne.rss.fr
SS n°6	Dr CALMELS	Unité mobile de Coordination SSR secteur 6	04 77 12 77 57	calmels@chu-st-etienne.fr
SS n°6	Dr D'ANJOU	Unité de Coordination en Soins de Suite Pédiatriques	04 77 82 80 38	francoise.odier@chu-st-etienne.fr
SS n°7	Dr KIZLIK	Coordination de MPR	04 77 44 36 61	secretariat.coordination-mpr@ch-roanne.fr
SS n°8 et 9	Dr DEBLASI	Service de Coordination des Soins de Suite et de Réadaptation	04 72 11 52 60	alain.deblasi@chu-lyon.fr
SS n°10	Dr GREUILLET Dr HOHN	Coordination SSR 73	04 79 96 50 74	coordination.ssr73@ch-chambery.fr
SS n°11	Dr AVEQUE	COSSER 74	04 50 01 80 20	c.aveque@ch-rumilly.fr

### Comité de lecture :

- Dr ACTIS, Généraliste, Hôpital Local de Die
- Dr BERARD, MPR, Centre Médical de L'Argentière
- Mme BIASOTTO, Coordinatrice Adjointe, SCAPH 38, Fondation Santé des Etudiants de France (FSEF)
- Mme le Dr BONIS, Information Médicale, CHG de Montélimar
- Dr BORGEL, Neurologue
- Dr FAUCONNIER, ERSM, Mission d'appui SSR, ARH Rhône-Alpes
- Pr GONTHIER, Gériatrie, Hôpital La Charité, CHU St Etienne
- Dr GROSCLAUDE, Gériatre, CHG d'Aubenas
- Mme JOUANAUD, Directrice des Soins, CHG de Montélimar
- Dr KAYSER, Gériatre SSR / SLD, CHG de Montélimar,
- Dr MEMIN, MPR, SCAPH 38, FSEF
- Dr MILLET, Réanimation/Urgences/ SMUR, CHG de Montélimar
- M. MOR, Directeur du CMPR des Baumes, L'ADAPT
- Dr PAUGET, MPR, Centre Médico Universitaire Daniel Douady, FSEF
- Dr POLLEZ, MPR, Synergie Métropole Lilloise
- M. ROUDAUT, Directeur du CHG d'Aubenas.

# SOMMAIRE

<b>LES CONCEPTS ET LEUR ÉVOLUTION</b> .....	5
<b>1 - Classification Internationale Déficiences, Incapacités, situations de Handicap 1 : la CIDIH</b> .....	6
<b>2 - L'évolution des modèles conceptuels</b> .....	7
<b>L'INTÉGRATION DES CONCEPTS DE READAPTATION DANS LES PRATIQUES</b> .....	9
<b>1 - Déficiences, incapacités et situation de handicap appellent des prises en charge spécifiques</b> .....	10
<b>2 - Bénéfices de l'analyse en fonction de la CIDIH</b> .....	12
<b>3 - La démarche de réadaptation en pratique</b> .....	13
<b>LES ATOUS ET LES OBSTACLES À LA GÉNÉRALISATION D'UNE DÉMARCHÉ DE RÉADAPTATION</b> .....	15
<b>1 - Les atouts</b> .....	16
1.1 - Dynamique des équipes de soins infirmiers .....	16
1.2 - Un rôle essentiel des professionnels de la réadaptation .....	16
1.3 - L'action indispensable des intervenants habituels de rééducation .....	17
1.4 - Une démarche pluridisciplinaire et coordonnée .....	17
<b>2 - Les obstacles</b> .....	18
2.1 - Une culture de réadaptation insuffisante .....	18
2.2 - Une place non reconnue dans le système sanitaire .....	19
2.3 - Des moyens d'action insuffisants .....	20
2.4 - Des cloisonnements préjudiciables .....	20
<b>POUR L'AVENIR</b> .....	21
<b>1 - Un cadre réglementaire favorable</b> .....	22
<b>2 - Vers un nouveau cadre de référence</b> .....	25
2.1 - Démarche de réadaptation et nombre de lits .....	25
2.2 - Elargir le cadre de référence : vers une reconnaissance de la spécificité de la réadaptation .....	26
2.3 - La mission des unités de coordination SSR : un réseau de réadaptation .....	28
<b>CONCLUSION</b> .....	32

Dans les suites des SROS<sup>(1)</sup> 1 et 2, l'ARH Rhône-Alpes a décidé de promouvoir des cellules d'évaluation, d'orientation et de coordination pour les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR<sup>(2)</sup>) dans chaque secteur sanitaire. Les enjeux de cette nouvelle fonction, intitulée « MPR de coordination », sont décrits de la manière suivante :

- Mettre en œuvre les filières de soins décrites par le SROS ;
- Identifier et préciser le rôle de chaque acteur ;
- Optimiser l'emploi des ressources en organisant dès l'admission en court séjour le parcours du patient, en tenant compte de l'offre en Soins de Suite et de Réadaptation et en soins ambulatoires, que ce soit dans le secteur sanitaire, social ou médico-social ;
- Favoriser la coopération entre acteurs ;
- Elaborer une politique en matière de ressources humaines (notamment formation), de système d'information en lien avec les filières et réseaux ;
- Evaluer en permanence le dispositif et faire des propositions permettant de le faire évoluer aux autorités de tutelle et aux acteurs concernés<sup>(3)</sup>.

C'est en tant que praticiens de Médecine Physique et de Réadaptation et acteurs des coordinations SSR de la région Rhône-Alpes que nous avons mené cette réflexion. Elle développe le concept de réadaptation, dont l'objectif est la réinsertion de la personne, et le différencie de la notion de rééducation. Cette réflexion porte sur la place de la réadaptation dans le paysage sanitaire et social (de plus en plus indivisibles) d'aujourd'hui, telle que nous la percevons et telle qu'il nous semble souhaitable de la voir évoluer.

Après avoir défini les concepts sur lesquels s'appuie la réadaptation, nous présenterons l'intérêt de leur application pratique. Nous évoquerons ensuite les atouts et les obstacles à la généralisation d'une démarche de réadaptation, ainsi que le cadre réglementaire actuel.

Ce travail est un cadre initial de réflexion sur les Soins de Suite et de Réadaptation, avec pour objectif de prendre en compte l'ensemble des acteurs du réseau de Réadaptation.

---

(1) Schéma Régional d'Organisation Sanitaire.

(2) Les services de Soins de Suite et de Réadaptation comprennent les soins de suite spécialisés (cardiologie, pneumologie), les Soins de Suite Médicalisés généralistes (SSMed 2), et les services de Médecine Physique et Réadaptation.

(3) D'après le « Cahier des charges pour la coordination des Soins de Suite et de Réadaptation dans chaque secteur sanitaire, ARH Rhône-Alpes, Dr A. DEBLASI ».

(4) CIDIH 1 : Classification Internationale des Déficiences, Incapacités, et situation de Handicap. Un manuel de classification des conséquences de maladie. Inserm/CTNERHI, Publication CTNERHI.



**LES CONCEPTS ET LEUR ÉVOLUTION**

Dès le SROS 1 (1993) les concepts de la Classification Internationale des Handicaps (CIDIH)<sup>(4)</sup> ont servi de support à la réflexion des professionnels plus particulièrement impliqués, notamment les médecins de Médecine Physique et de Réadaptation et les gériatres.

La Classification Internationale des Handicaps (CIDIH) a été développée depuis 1980 pour décrire les conséquences des maladies, en complément de la Classification Internationale des Maladies (CIM).

Bien que son évolution et son application aient conduit à l'élaboration d'une nouvelle classification, la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap, et de la santé (CIF), il nous semble indispensable de décrire le concept initial de la CIDIH qui offre une définition multidimensionnelle du handicap et permet une modélisation des actions de lutte contre le handicap.

### ***1 - Classification internationale déficiences, incapacités, situations de handicap 1 : la CIDIH***

Philip WOOD, en 1980, a décrit le processus de production du handicap à partir des concepts suivants :

- **Lésion :**

Maladie ou trouble

- **Déficience :**

Une déficience correspond à toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique.

Une déficience n'entraîne pas forcément une incapacité ni un handicap : elle peut être traitée grâce à un traitement médical, chirurgical ou rééducatif approprié. Si malgré ou après ces traitements, cette déficience entraîne des incapacités non réductibles, ces incapacités peuvent être compensées, et ainsi n'entraînent pas forcément de situation de handicap. A titre d'exemples, une appendicite traitée n'entraîne ni incapacité ni situation de handicap, passé le cap post-opératoire. Une déficience visuelle compensée par des lunettes n'entraîne pas de situation de handicap.

- **Incapacité :**

Une incapacité correspond à une réduction (résultant d'une déficience) de la capacité d'accomplir une activité dans des façons ou dans des limites considérées comme normales pour un être humain (marcher, écrire manuellement...).

La Classification Internationale des Handicaps liste différents types d'incapacités (incapacités concernant la communication, les soins corporels, la locomotion...).

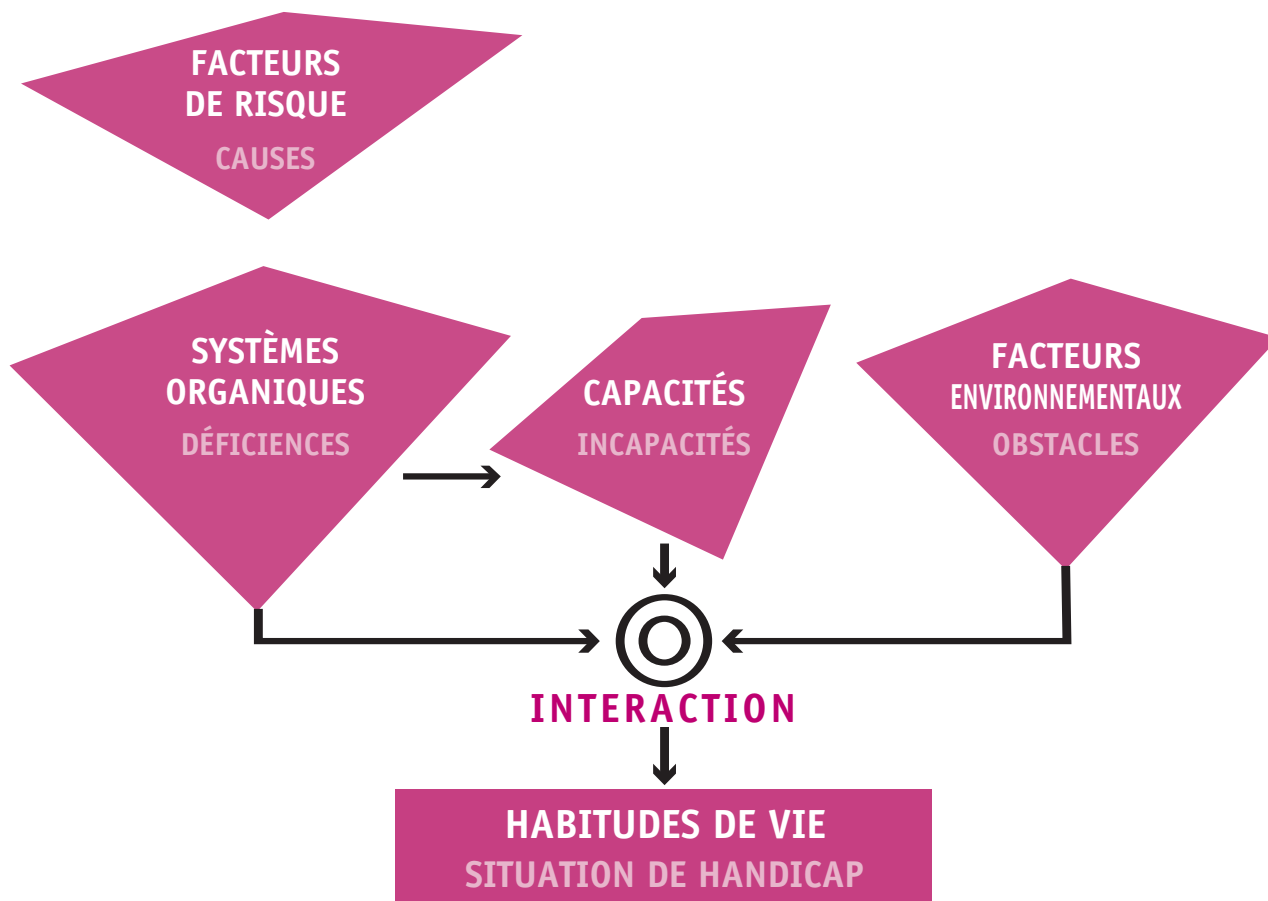
- **Désavantage et situation de handicap :**

Le désavantage résulte pour un individu donné d'une déficience entraînant une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal en rapport avec son âge et sa culture.

Le désavantage correspond à l'aspect situationnel du handicap ou situation de handicap. La prise en compte de l'environnement de la personne est essentielle pour appréhender les situations de handicap, dans la mesure où, à environnement

différent et déficience équivalente, les situations de handicap sont très différentes : une personne paraplégique, qui déambule en fauteuil roulant manuel, et dispose d'un véhicule adapté ainsi que d'un habitat aménagé ne présente pas la même situation de handicap qu'un autre paraplégique ne disposant pas de véhicule adapté et habitant un appartement en étage sans ascenseur.

En résumé vous êtes ou avez été malade (déficience), en quoi êtes vous gêné pour la réalisation de vos activités quotidiennes (incapacités) ; quand vous rentrerez chez vous de quelle manière ces incapacités vont vous limiter dans votre rôle social (situation de handicap) ?



*Le modèle de la CIDIH-PR : Les modèles explicatifs des conséquences des maladies et traumatismes : le processus de production des handicaps. Par Patrick Fougeryollas, 1993, Réseau International CIDIH, 6(2), p.22.*

## **2 - L'évolution des modèles conceptuels**

La Classification Internationale des Handicaps a évolué, pour aboutir en Novembre 2001 à la publication de la « Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé »<sup>(5)</sup>, qui intègre les notions de capacité et de participation du sujet, et fournit une description précise des différents facteurs environnementaux qui peuvent être facilitateurs ou au contraire constituer des obstacles.

(5) CIF, Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 2001.

D'autre part, le modèle québécois du Processus de Production du Handicap (PPH)<sup>(6)</sup> est orienté vers l'analyse des facteurs pertinents déterminant la qualité de la participation sociale d'une personne donnée. Ces facteurs sont de deux ordres, personnels (intrinsèques) et situationnels (extrinsèques). Par exemple, « le PPH ne permet plus du tout de pouvoir parler d'incapacité au travail comme statut ou caractéristique personnelle indépendant du contexte d'un emploi spécifique. Cette prise de conscience du rôle et de la possibilité de modifier l'environnement(...) est l'enjeu central de l'application du PPH »<sup>(7)</sup>.

La réflexion actuelle encourage donc à ne reconnaître dans les lésions et déficiences qu'une des composantes du handicap, la médicalisation excessive du concept de handicap constituant un frein à la progression de la réadaptation et d'autre part une stigmatisation accrue des personnes<sup>(8)</sup>. Le handicap devient une notion sociale, et plus seulement une notion médicale.

C'est le passage du concept biomédical, (à la maladie est associée une cause, et le traitement de la cause guérit la maladie), au modèle tridimensionnel actuel.

Une autre avancée consiste à inclure dans les outils d'évaluation la perception de son état par la personne handicapée et donc d'éclairer l'évaluation « objective » par l'autoévaluation « subjective » (santé perçue)<sup>(9)</sup>. C'est ainsi que progressivement est prise en compte, dans l'état de santé, la notion de qualité de vie, concept lui-même multidimensionnel, subjectif et évolutif face à la maladie, aux conditions de vie matérielles, affectives, et de prise en charge.

Le domaine du handicap (qu'il soit lié à l'âge, à des déficiences motrices, sensorielles ou autres), de par sa dimension sociale en particulier, n'échappe pas à l'évolution de la société civile, à savoir à l'implication croissante des personnes concernées et des associations aux côtés des professionnels<sup>(10)</sup>.

Cependant, malgré les évolutions récentes des modèles, l'outil le plus pertinent pour éclairer la problématique des Soins de Suite et de Réadaptation nous semble être la Classification Internationale Déficiences Incapacités et Situation de Handicap 1. Bien qu'elle ait été publiée en 1980, l'intégration de ses concepts dans une démarche pragmatique de soin n'a, semble-t-il, pas été encore pleinement développée ; c'est ce que nous vous présentons maintenant.

---

(6) Conséquences sociales des déficiences et incapacités persistantes et significatives : approche conceptuelle et évaluation des situations de handicap, P. FOUGEYROLLAS et coll., Handicap-revue de sciences humaines et sociale- n°84 -1999.

(7) La classification québécoise, communication de P. FOUGEYROLLAS, Forum Handicap, Chalon sur Saône, 25-26 Octobre 2001.

(8) A propos du handicap : langage médical ou langage social ? C. HAMONET et coll, Journal de réadaptation médicale, 2001, 21, n° 3, pp100-109.

(9) Système d'identification et de mesure du handicap (SIMH) Manuel pratique. C. HAMONET et T. MAGALHAES, Edition Eska, Paris, 2001.

(10) Le modèle social du handicap et la redéfinition de la place des usagers dans la recherche, les politiques et les pratiques. Jean-François RAVAUD, INSERM, Forum Handicap, Chalons sur Saône, Octobre 2001.



**L'INTÉGRATION DES CONCEPTS DE RÉADAPTATION  
DANS LES PRATIQUES**

## 1 - Déficiences, incapacités et situation de handicap appellent des prises en charge spécifiques

L'analyse des situations individuelles grâce aux concepts de lésions, déficiences, incapacités et situation de handicap (ou désavantage) quand elle peut se faire dès l'admission en court séjour, voire à domicile dans le cadre d'actions de prévention et de réadaptation, nous semble riche d'enseignements et de direction d'actions, en particulier pour les patients présentant des conditions médicales chroniques.

**Les lésions et déficiences**, manifestées par des signes cliniques ou para-cliniques, appellent des prises en charge de type médical, chirurgical ou rééducatif dont le but est d'abord diagnostique, puis thérapeutique.

L'objectif de la prise en charge est de supprimer la cause, de réparer, de restituer un fonctionnement le plus physiologique possible et d'arrêter l'évolution ou de limiter les complications secondaires.

**Les incapacités**, temporaires ou définitives, appellent une prise en charge rééducative, en fonction d'objectifs déterminés avec la personne, établis en tenant compte de la cause et de l'évolution probable de sa maladie, de son environnement, de ses habitudes de vie et de ses attentes.

Une rééducation peut être plus ou moins complexe d'un point de vue analytique et technique. Mais il apparaît essentiel de prendre en compte et donc d'évaluer les paramètres situationnels pour adapter les objectifs de prise en charge. La gestion de la prise en charge en rééducation peut être simple (par exemple prothèse totale de hanche (PTH)<sup>(11)</sup> mise en place chez une personne de 65 ans, en bonne santé par ailleurs, et bien entourée), ou complexe (par exemple PTH mise en place chez une personne hémiplegique depuis plusieurs années et vivant avec un conjoint âgé). Le degré de complexité de cette prise en charge est à mettre en relation avec le contexte environnemental, plus qu'avec la complexité des gestes techniques engagés.

Les soins de rééducation sont effectués par des professionnels d'une ou de plusieurs spécialités en fonction des besoins (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, neuropsychologues, psychomotriciens, autant que possible sous la coordination d'un médecin de médecine physique).

Les incapacités pour les actes élémentaires de la vie quotidienne sont compensées par l'équipe soignante, qui participe à la démarche de rééducation par les soins de nursing d'une part, et les soins relationnels et éducatifs d'autre part (au-delà des soins techniques requis).

**Les situations de handicap** ne peuvent donc être identifiées que si l'on s'est penché attentivement sur l'environnement au sens large (humain, architectural et matériel, social, professionnel ou scolaire, et culturel) dans lequel évolue la personne et sur ses habitudes de vie (schéma ci-après).

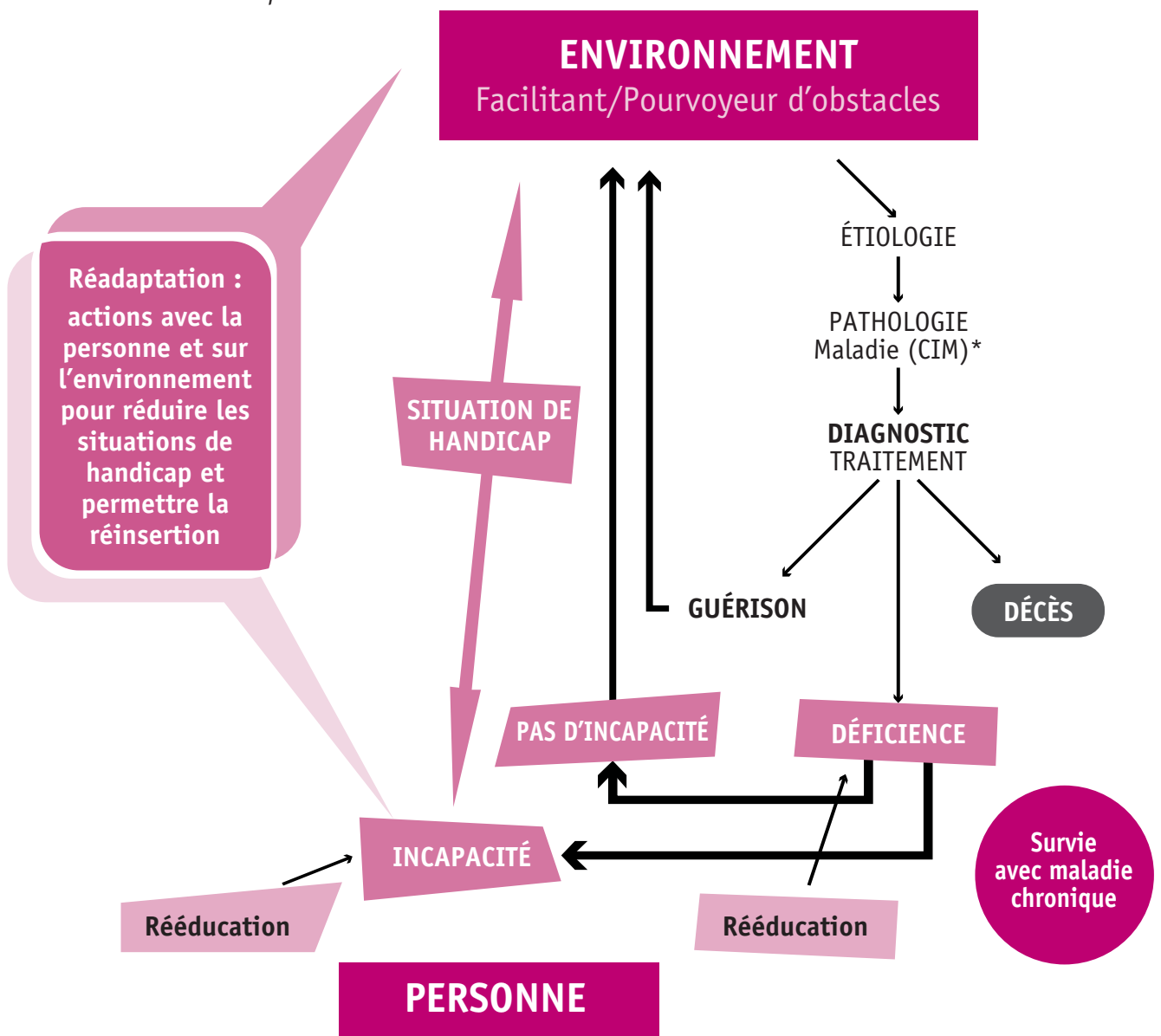
---

(11) Prothèse Totale de Hanche.

La réadaptation consiste donc à aider la personne à réduire, compenser ou contourner ses situations de handicap, après les avoir évaluées, en modifiant son environnement, grâce à des aides techniques, humaines ou économiques, à des aménagements de domicile ou de poste de travail, en vue de sa réinsertion.

par exemple :

- famille
- accessibilité
- existence de services de Rééducation/Réadaptation dans la communauté de résidence
- services disponibles



D'après P. MINAIRE

\* Classification Internationale des Maladies

## 2 - Bénéfices de l'analyse en fonction de la CIDIH

L'analyse des situations individuelles sous l'angle « déficiences/incapacités/situations de handicap » dès le court-séjour et au plus tard à l'admission en Service de Soins de Suite permet de distinguer rapidement :

- > les attentes du patient par rapport à son état clinique et au retentissement de cet état clinique à court ou moyen terme,
- > les moyens requis pour mettre en œuvre une réinsertion optimale du patient, gage de sa participation dans la société selon la CIF<sup>(12)</sup>.

Dans ces conditions, l'orientation de la personne en Soins de Longue Durée (ou autres structures d'hébergement définitif) ne devrait être proposée que lorsque les incapacités sont majeures, non améliorables par la rééducation et/ou dépassent les possibilités d'aménagement de l'environnement... ou à la demande de la personne.

Cette analyse des situations est d'autant plus contributive que l'on est confronté à des états de santé à potentiel invalidant, c'est à dire :

- > en cas d'affection chronique évolutive (type neurologique) avec nécessité d'une évaluation régulière de l'état de santé et des moyens permettant le maintien à domicile,
- > en cas d'affection aiguë avec séquelles durables à moyen ou long terme nécessitant un temps de rééducation puis une phase de réadaptation.

**Le niveau fonctionnel** atteint par le patient, mais aussi **son stade d'acceptation des situations de handicap** doivent être pris en compte pour mettre en œuvre les moyens de réinsertion appropriés.

En effet, c'est seulement en fonction de son niveau d'acceptation du handicap, que le patient peut se projeter dans l'avenir et participer activement à l'élaboration de son projet ou pas.

### **A titre d'exemples :**

- > la situation des personnes porteuses de pathologies neurologiques plus ou moins rapidement évolutives (SEP, SLA<sup>(13)</sup>, Parkinson, Alzheimer...) nécessite ce type d'analyse (déficiences, incapacités et situation de handicap), permettant alors de réserver les hospitalisations en court séjour aux bilans nécessaires, et non comme une alternative temporaire à un domicile non aménagé, en l'absence d'organisation adaptée de soins à domicile ;
- > pour les personnes âgées en particulier, l'analyse en terme de déficiences, incapacités et situations de handicap, pratiquée lors d'une situation de maintien à domicile devenant difficile, peut également être efficace en terme de prévention, en évitant des hospitalisations faites dans l'urgence lorsque les moyens de maintien à domicile sont dépassés. Ces hospitalisations embolisent les services d'urgence et quelquefois de court-séjour, alors que la question du maintien à domicile aurait pu être posée plus sereinement en amont ;

(12) CIF : Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé, OMS, Genève 2001.

(13) Sclérose en Plaques, Sclérose Latérale Amyotrophique.

> pour le sujet victime d'un accident aigu source de séquelles (hémiplégie sur AVC, paraplégie traumatique, ..), le temps d'acceptation est important à prendre en compte pour ajuster les prestations de réadaptation à mettre en oeuvre. En effet si la prise en charge en rééducation post lésion est bien codifiée, la réadaptation dans la vie de tous les jours nécessite un accompagnement dans la durée, et des prestations ciblées en fonction de l'acceptation et des attentes du patient. Elle va exiger une collaboration avec l'ensemble des ressources, non seulement du centre ou du service de rééducation/réadaptation, mais aussi celles de l'ensemble des acteurs proches du lieu de vie.

### 3 - La démarche de réadaptation en pratique

Le modèle de prise en charge, schématisé ci-après, permet de situer l'ensemble des données à prendre en compte lors de la démarche de réadaptation.







**LES ATOUS ET LES OBSTACLES A LA GÉNÉRALISATION  
D'UNE DÉMARCHE DE RÉADAPTATION**

## 1 - Les atouts

### 1.1 - Dynamique des équipes de soins infirmiers

L'évolution des équipes de soins infirmiers, intégrant la notion de prise en charge globale des patients, et les changements induits au niveau des dossiers de soins représentent un pas vers une démarche de réadaptation. C'est en général dans ces dossiers de soins infirmiers que l'on trouve des éléments concernant l'environnement habituel de la personne soignée, et les habitudes de vie antérieures au problème de santé.

C'est aussi au sein du service de soins infirmiers que s'établissent les relations avec les familles et les aidants et que sont évoquées « les conditions et angoisses du retour ».

Dans les faits, les infirmières sont de plus en plus actrices de la réadaptation :

- > par des gestes techniques (apprentissage des auto sondages, soins de trachéotomie, soins de gastrostomie),
- > par une prise en charge éducative dirigée vers le patient et sa famille (prise en compte des difficultés psycho-comportementales),
- > ainsi que par des actions de prévention de complications secondaires (escarres, douleurs, dénutrition.. ).

L'accréditation des établissements de santé comportant (entre autres) l'évaluation de la qualité des dossiers de soins infirmiers, renforce cette avancée.

### 1.2 - Un rôle essentiel des professionnels de la réadaptation

- La démarche de réadaptation est aujourd'hui promue et mise en œuvre par les médecins MPR et les gériatres exerçant en établissement de santé ; les médecins MPR libéraux pourront plus facilement participer à la mise en œuvre de démarche de réadaptation quand sera intégré à la nomenclature un acte correspondant au « bilan et détermination d'un plan de soins ».
- Les ergothérapeutes ont une compétence rééducative : bilan et rééducation des incapacités motrices et neuro-cognitives, et mise en œuvre des capacités du patient lors d'activités fonctionnelles. Ils ont également une compétence spécifique en réadaptation de la personne et du milieu de vie ; ils prennent en compte l'environnement habituel du patient, sur le plan architectural et social, et en préconisent des adaptations si besoin. Ils sont rares dans le paysage sanitaire (Services de Médecine Physique et de Réadaptation et services de Gériatrie essentiellement). Les ergothérapeutes manquent dans de nombreuses structures de soins de suite, sont absents en soins de ville en particulier en secteur libéral, ainsi qu'en court séjour.
- Les assistants de service social mettent en œuvre les démarches administratives et sociales (en particulier l'ouverture des droits du patients) en vue de la réinsertion des patients. Ils prennent en charge leur orientation dans la filière de soin et/ou préparent le retour à domicile (en lien avec le cadre de santé et le médecin). Ils prennent en compte particulièrement l'environnement familial et social du patient. Ce sont initialement des acteurs sociaux, et ce sont des

professionnels de la réadaptation. Ils (elles) se sentent souvent isolé(e)s au sein du milieu sanitaire.

### 1.3 - L'action indispensable des intervenants habituels de rééducation

- Les kinésithérapeutes et orthophonistes, ont également leur rôle à jouer dans la démarche de réadaptation. Les kinésithérapeutes, s'ils sont formés à la CIDIH, contribuent en particulier à cette démarche. Ils en sont des acteurs privilégiés au domicile.

### 1.4 - Une démarche pluridisciplinaire et coordonnée

La démarche de réadaptation n'a de sens que si elle est mise en œuvre par l'ensemble des acteurs concernés de façon concertée : le principe d'une évaluation en terme de déficiences, incapacités et situations de handicap n'a de sens que si cette évaluation est **pluridisciplinaire et coordonnée**.

L'objectif est même de mettre en œuvre **une transdisciplinarité** : l'évaluation spécifique de chaque professionnel contribue au mode de prise en charge des autres.

Par exemple, l'évaluation de l'orthophoniste prend un sens si elle sert aussi à aider les autres soignants à communiquer avec le patient. L'évaluation de l'ergothérapeute aide les autres soignants pour les transferts, la position assise, lors des actes de la vie quotidienne ou lors des soins infirmiers.

Il s'agit donc de mettre en œuvre après évaluation une prise en charge pluridisciplinaire et globale, et non pas une succession de prises en charge liées à l'évaluation de chaque professionnel.

Cette évaluation doit être transmise à l'ensemble des différents intervenants auprès du patient, au sein du service où elle est réalisée, mais aussi aux intervenants d'amont et d'aval : court séjour, MPR, SSMED, hôpital de jour, médecin traitant, soignants du secteur libéral, acteurs sociaux, ... dans le cadre de la dynamique de réadaptation. Une concertation rapprochée entre les acteurs de ville et les acteurs hospitaliers permet de limiter la perte des acquis lors du retour à domicile. D'autre part, dans le domaine gériatrique, certaines unités mettent en œuvre à la fois des prestations de diagnostic et de traitement, et des prestations de réadaptation, de manière à favoriser la continuité des soins dans le système sanitaire.

L'évaluation ne constitue qu'une synthèse représentative d'une période donnée, dans des conditions données, et elle doit permettre d'élaborer un projet qui nécessitera lui-même des réévaluations régulières, demandées en particulier par le médecin traitant quand c'est possible ; ces réévaluations prennent en compte l'évolution des attentes du patient et de son entourage, les conditions "environnementales", et l'évolution clinique.

« Le besoin d'évaluer de façon globale les personnes âgées [ou présentant une affection invalidante] est ressenti par la plupart des soignants dans leur pratique quotidienne. Il s'agit cependant d'une tâche complexe nécessitant une coordination parfaite. L'hôpital général s'oriente trop souvent vers le diagnostic et le traitement de l'accident aigu. Les services de soins à domicile sont généralement contraints de gérer la dépendance et ne

peuvent réellement la prévenir. Les services sociaux à eux seuls ne peuvent être le moteur d'une telle prévention (...). Enfin le médecin traitant, s'il a souvent conscience des besoins de son patient, n'a habituellement pas le temps d'organiser seul une prise en charge médico-sociale complète.<sup>(14)</sup>»

Ce qui est encore trop rarement fait, c'est la mise en commun des informations apportées par chacun des intervenants auprès du patient et par le patient lui-même, permettant de fixer des objectifs de prise en charge cohérents et en lien avec les souhaits du patient.

## 2 - Les obstacles

### 2.1 - Une culture de réadaptation insuffisante

Un obstacle important est représenté par l'insuffisance de culture de réadaptation dans le milieu sanitaire.

#### a - Insuffisance de culture de réadaptation parmi les médecins.

Alors que l'ensemble des spécialités sont enseignées au cours du tronc commun des 6 premières années des études médicales, jusqu'à une date récente, les médecins n'entendaient pas parler de Médecine Physique et Réadaptation au cours de leurs études, ni même de handicap et de retentissement fonctionnel des maladies.

Encore aujourd'hui « le handicap est un concept nouveau dans la santé, et son identification est loin d'être faite par les médecins et les professionnels de la santé, qui ont beaucoup de difficultés à le dissocier du concept de maladie.<sup>(15)</sup>» Les médecins sont formés essentiellement à une approche analytique et peu à une approche globale.

Cette absence de formation aux concepts de déficiences, incapacités et situations de handicap met en particulier les médecins en difficulté pour les demandes d'aides économiques, humaines ou techniques, lors de la rédaction des dossiers d'instruction et des certificats de reconnaissance dans les cadres du droit de l'aide sociale, du droit commun, du droit de la maladie ou de l'accident du travail.

L'introduction dans le deuxième cycle des études médicales d'un module de formation portant sur les concepts et les outils de lutte contre le handicap améliorera cet état de fait.

Compte tenu de leur charge de travail et de leur formation, la plupart des médecins s'intéressent d'abord aux « Maladies », et ont peu de disponibilité pour prendre en compte les « Conséquences des maladies », (pour reprendre les définitions de l'OMS), secteur qui est considéré comme étant hors champ de compétence.

En caricaturant, on pourrait dire que les médecins sont traditionnellement formés pour la prise en charge d'un problème de santé, pour lequel on dispose de moyens thérapeutiques. A contrario, les médecins sont souvent démunis par la prise en charge de

(14) Evaluation gériatrique multidimensionnelle, S. TAURAND, et coll, La revue du praticien - Médecine générale - Tome 9 - N° 317 du 13 Novembre 1995.

(15) Réforme des études médicales : le module IV Handicap (incapacité, handicap, dépendance), un module pas comme les autres. C. HAMONET, Journal de réadaptation Médicale, 2001, 21, n°3, pp. 83-84.

patients présentant des déficiences non curables<sup>(16)</sup> ou des séquelles et rencontrent des difficultés de différents ordres pour mettre en œuvre ce qui serait possible pour réduire les incapacités. C'est le classique passage du modèle bio-médical au modèle bio-psycho-social des maladies chroniques<sup>(17)</sup> ou affections invalidantes (concept tridimensionnel du handicap).

Dans la réalité, les problèmes de santé surviennent fréquemment chez des sujets âgés, mais aussi chez des sujets jeunes et des enfants ; malgré ou grâce aux traitements qui permettent la survie, ils induisent des séquelles. Ces problèmes de santé et leurs séquelles peuvent être multiples et inter agissants. La restauration fonctionnelle optimale est cependant le plus souvent possible si les objectifs de prise en charge sont clairement définis grâce à la démarche précoce de réadaptation.

### **b. Une image défavorable des Soins de Suite Médicalisés**

Les soignants et les médecins au sein des Soins de Suite Médicalisés sont souvent perçus par leurs collègues et confrères du court-séjour ( et quelque fois se perçoivent ..... ) comme faisant du « court séjour au rabais ». L'accueil de patients de plus en plus lourds, avec des moyens constants, est un facteur de diminution de la qualité des soins en service de soins de suite, susceptible de renforcer l'opinion des médecins de court séjour.

**Valoriser les missions spécifiques de réadaptation et de réinsertion** des soins de suite (inscrites dans les textes réglementaires) **et la complémentarité** des activités réalisées en soins de suite et en court séjour est un élément essentiel de dynamisation de ce secteur.

A l'heure actuelle, le malaise des soignants dans ce secteur est palpable, avec pour certains sites des taux d'absentéisme très élevés en comparaison d'autres services de soins.

#### **2.2 - Une place non reconnue dans le système sanitaire**

Les moyens attribués aux différentes phases du processus de prise en charge d'un patient (champ diagnostique, thérapeutique, rééducation, réadaptation) sont inégaux, les champs diagnostiques et thérapeutiques étant classiquement les mieux reconnus et valorisés au sein du système sanitaire. Cependant, si l'objectif est celui de retrouver la santé au sens de la définition de l'OMS « Bien-être physique et moral dans le milieu naturel de vie », il paraît essentiel de porter la même attention aux actions de rééducation, de réadaptation et de réinsertion en tenant compte des contraintes et facilitations environnementales spécifiques à chaque individu.

(On peut ici citer en manière de clin d'œil le SROS 1 : « Voilà peut-être ce que nos établissements de santé, par ailleurs si performants, savent le moins bien faire : préparer et accompagner le retour à domicile de certains patients devant nécessiter des soins ou une attention de longue durée.<sup>(18)</sup> » ...)

---

(16) A propos du handicap : langage médical ou langage social ? C. HAMONET et coll, ibid., pp 100-109.

(17) Le modèle social du handicap et la redéfinition de la place des usagers dans la recherche, les politiques et les pratiques. Jean-François RAVAUD, INSERM, Forum Handicap, Chalons sur Saône, Octobre 2001.

(18) SROS 1 : 3.5.1- Réflexion sur le concept ou l'idée de retour à domicile.

### 2.3 - Des moyens d'action insuffisants

La démarche de réadaptation ne peut être efficace que si elle dispose des moyens de son action : à quoi sert de mettre en lumière l'inadéquation du domicile d'une patiente si l'on ne peut demander à un ergothérapeute de visiter ce domicile et à une équipe de mettre en œuvre l'aménagement de domicile ?

A quoi sert de conclure que le retour à domicile est possible avec des aides humaines spécifiées, si l'on ne trouve pas les aides humaines en question ? La mission de réadaptation de proximité des hôpitaux locaux est fortement affirmée dans les travaux du COTER, COTRAS, et dans les SROS 1<sup>(19)</sup> et 2. Cependant, de quels moyens de réadaptation disposent-ils aujourd'hui ? La plupart ne disposent pas d'ergothérapeutes, les assistantes sociales et les kinésithérapeutes sont peu nombreux, la coordination médicale ou paramédicale (cadre de santé) insuffisante.

La réadaptation, idée forte peu enseignée et peu intégrée aux établissements de santé, est souvent discréditée sur le terrain par l'absence de moyens.

### 2.4 - Des cloisonnements préjudiciables

Au sein du secteur sanitaire, la démarche de réadaptation concerne par nature des acteurs des établissements de santé, et des acteurs de la prise en charge des patients à domicile, le plus souvent libéraux ; le cloisonnement entre ces deux types d'acteurs, mais aussi entre les autorités de tutelle (URCAM, ARH) est très préjudiciable à la cohérence de la prise en charge des patients requérant la mise en œuvre d'une démarche de réadaptation.

D'autre part, la démarche de réadaptation concerne des acteurs du secteur sanitaire et des acteurs du secteur médico-social ; le partenariat entre les tutelles de ces différents acteurs (Conseils Généraux, ARH), se devrait d'aller de pair avec le partenariat des acteurs de terrain, pour une prise en charge ciblée des besoins de chaque patient. Ce n'est pas toujours le cas aujourd'hui.

Après avoir évoqué les atouts et les obstacles à la généralisation d'une démarche de réadaptation, nous allons maintenant présenter les perspectives d'avenir.

---

(19) SROS 1 : 3.3 « Troisième priorité : les hôpitaux locaux. »



**POUR L'AVENIR**

## 1 - Un cadre réglementaire favorable

Le cadre réglementaire n'a jamais été si favorable aux actions allant dans le sens d'une démarche de réadaptation ; toutefois, ce cadre n'est pas dépourvu d'ambiguïtés conceptuelles qui déterminent ou au contraire passent sous silence des limites d'âge injustifiées.

- La circulaire DH/E04 n°841 du 31 décembre 1997 rappelle la mission de réadaptation des services de Soins de Suite et de Réadaptation. Cette circulaire définit « 5 fonctions de soins techniques et d'accompagnement qui, combinées, caractérisent une prise en charge en Soins de Suite et de Réadaptation.(...) Ces cinq fonctions sont les suivantes : limitation des handicaps physiques, restauration somatique et psychologique, éducation du patient et de son entourage, poursuite des soins et du traitement, préparation de la sortie et de la réinsertion ».
- L'article 51 de l'ordonnance du 24 avril 96 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, autorise les établissements de santé à créer et à gérer des services et établissements sociaux et médico-sociaux, et précise les modalités de ces actions.
- La circulaire DAS/DE/DSS N° 96-428 du 4 juillet 1996, préconise la mise en place de prises en charge favorisant la réinsertion sociale et professionnelle des personnes atteintes d'un traumatisme crânien.
- La circulaire DGAS 2001-224 du 18 mai 2001 relative aux Centres Locaux d'Information et de Coordination formalise une organisation de la coordination des moyens de maintien à domicile des personnes âgées ou dépendantes à un niveau de proximité (un CLIC envisagé pour une moyenne de 7 à 10000 personnes de plus de 60 ans, en milieu rural, et de 15000 personnes en milieu urbain).
- La circulaire DGAS/PHAN/3A/n°2001.275 du 19 juin 2001 établit le cadre de fonctionnement des Dispositifs pour la Vie Autonome (DVA), dont l'objectif est de favoriser l'accès aux solutions de compensation fonctionnelle du handicap (aides techniques, aides humaines, aménagement de domicile) aux personnes en situation de handicap, quelque soit l'origine du handicap.
- La loi 2001-647 du 20 juillet 2001 met en place l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie), confiée aux Conseils Généraux.
- La loi du 2 Janvier 2002 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale, devrait permettre la mise en place des schémas régionaux et départementaux de l'action sociale et médico-sociale et (entre autres) promouvoir l'évaluation dans le secteur médico-social, avec la mise en place d'un Conseil National de l'Evaluation.
- La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, en particulier les articles concernant les réseaux

réactualisent les objectifs et modalités de ceux-ci, et permettent des collaborations accrues entre les secteurs sanitaires et médico-sociaux.

- La circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 fixe le cadre de l'amélioration de la filière de soins gériatrique hospitalière.
- La circulaire DHOS/DGS/SD5D/DGAS/2002/N°229 du 17 avril 2002 concerne l'organisation des soins pour la prise en charge des patients souffrant de Sclérose Latérale Amyotrophique (ou maladie de Charcot).
- La circulaire DGAS/PHAN/3 A n° 2002-522 du 11 octobre 2002 préconise la mise en place d'un dispositif de soutien à domicile des personnes handicapées et plus particulièrement des personnes lourdement handicapées ; cette circulaire a été complétée par la circulaire DGAS/PHAN/3A n°2003-156 du 31 mars 2003 relative aux modalités d'utilisation des crédits destinés au financement des forfaits d'auxiliaires de vie 2003.
- La circulaire DHOS/DGAS/O3/AVIE/n°2003/257 du 28 mai 2003 présente les missions de l'hôpital local.

Ces différents dispositifs et lois vont dans le sens d'un repositionnement autour de la personne, ce qui constitue une avancée culturelle majeure, en particulier pour le système sanitaire.

Des textes en préparation poursuivent l'évolution :

- La rénovation de la loi du 30 juin 1975, très attendue, constituera le cadre général des actions en faveur des personnes en situation de handicap
- Le décret relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile, et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile est également à paraître.

D'autres documents contribuent également au cadre actuel favorable à la démarche de Réadaptation :

- Les critères de prise en charge en Médecine Physique et de Réadaptation, document de référence rédigé par le groupe MPR Rhône-Alpes et la FEDMER<sup>(20)</sup> (octobre 2001) ; ce document présente, pathologie par pathologie, les prises en charges rééducatives et réadaptatives à mettre en place.
- Les recommandations professionnelles de l'ANAES<sup>(21)</sup> :
  - préparation de la sortie du patient hospitalisé, novembre 2001 (Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé).
  - le dossier du patient en Ergothérapie, Mai 2001, (Recommandations pour la pratique clinique).

---

(20) Fédération Française de Médecine Physique et de Réadaptation

(21) Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.

- La charte de qualité en Médecine Physique et de Réadaptation (FEDMER, 1999).
- Les réseaux de santé, guide pratique du promoteur<sup>(22)</sup> formalise d'une manière très concrète les démarches pour mettre en place un réseau.
- On peut également citer l'avancée de l'évaluation dans le secteur médico-social, qui permet une transparence des prestations de réadaptation réalisées et un financement adapté à des prestations ciblées<sup>(23)</sup>.

Enfin sur le plan de la réadaptation professionnelle, le cadre a également beaucoup évolué en 10 ans : depuis 1991, les Programmes Départementaux d'Insertion des Travailleurs Handicapés (PDITH) concernent tous les départements du territoire. Impulsés par l'Etat (DDTEFP<sup>(24)</sup> avec l'implication des COTOREP<sup>(25)</sup>, de l'ANPE<sup>(26)</sup>, des organisations professionnelles et des partenaires sociaux), ces programmes bénéficient de financements de l'AGEFIPH<sup>(27)</sup>. Ils contribuent à une meilleure efficacité de l'insertion socioprofessionnelle des personnes reconnues handicapées (par la mise en réseau de tous les organismes spécialisés dans la réinsertion). Ils facilitent également une meilleure coordination avec le dispositif médico-social issu de la loi de 1975, notamment les centres de rééducation professionnelle (UEROS<sup>(28)</sup> pour les cérébro-lésés, Centres de Pré orientation et centre de formation professionnelle).

Les Unités MPR de Coordination en Soins de Suite et Réadaptation, mises en place en région Rhône-Alpes, pourront s'appuyer sur l'ensemble de ce cadre porteur dans leur mission de dynamisation des filières et réseaux, pour promouvoir une démarche de qualité du court séjour au domicile. Cette démarche de qualité implique en particulier l'ensemble des structures pouvant assurer un lien entre institution de soins et domicile (Hôpital de jour, HAD, unité de soins ambulatoires de MPR, de Gériatrie, ..). Il reste cependant à mieux faire connaître ce cadre, pour permettre la mise en œuvre d'actions opérantes.

Le contexte législatif et conceptuel est favorable. Les acteurs de terrain de l'action médico-sociale à domicile sont plutôt motivés pour une démarche de réadaptation, car ils sont bien placés pour constater le besoin d'évaluation et d'interventions de proximité coordonnées et dynamisantes pour les patients. Les difficultés viendraient plutôt du milieu hospitalier (ou plus largement des établissements de santé), et en particulier du milieu médical, pour des raisons historiques et culturelles.

Enfin, la dynamique de décentralisation est un élément favorable en situant les instances de programmation et de décisions à l'échelon régional et local. Cependant, le danger est réel d'une inégalité de prise en charge selon les régions et les départements. D'autre part, il semble indispensable de pouvoir identifier très clairement les instances décisionnaires et de pilotage, notamment au niveau financier.

(22) Collaboration ARH Nord Pas de Calais, Ministère de l'emploi et de la solidarité, URCAM Nord Pas de Calais, CRAM Nord Picardie, Février 2001.

(23) Système combiné d'analyse de la prestation, Outil d'évaluation de l'accompagnement médico-social des personnes handicapées physiques ou sensorielles en milieu de vie ordinaire, SCAPH 38, Valérie BIASOTTO, Dr C. REMY sous la direction du Dr B. MEMIN, Publication du Conseil Général de l'Isère, Août 2000.

(24) Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.

(25) Commission Technique d'Orientatation et de reclassement professionnel.

(26) Agence Nationale Pour l'Emploi

(27) Association pour la GEstion du Fond d'Insertion Professionnelle des personnes Handicapées.

(28) Unité d'Evaluation, de Réentraînement et d'Orientatation Sociale et professionnelle.

## 2 - Vers un nouveau cadre de référence

### 2.1 - Démarche de réadaptation et nombre de lits

La problématique des Soins de Suite et de Réadaptation peut se formuler de la manière suivante : « Comment proposer aux personnes présentant un problème de santé n'autorisant pas un retour rapide à domicile après une hospitalisation en court séjour une offre en soins, en rééducation et en moyens de réadaptation permettant leur réinsertion ? ».

Une réflexion sur l'offre de soins en Soins de Suite et de Réadaptation par territoire de santé ne peut se résumer à une analyse quantitative (en nombre de lits).

Par exemple, en Rhône-Alpes sur le secteur sanitaire 2, le nombre de lits est théoriquement déficitaire, les lits de soins de suite existants sont saturés, confirmant l'hypothèse théorique d'un manque de lits de Soins de Suite et de Réadaptation. Dans le secteur 3, le nombre de lits en soins de suite est théoriquement très excédentaire, et cependant, ces lits ont des taux d'occupation élevés. Que le nombre de lits soit théoriquement excédentaire ou déficitaire, le besoin de réadaptation n'est pas satisfait.

Cet exemple pousse à s'interroger sur la pertinence d'une réflexion formulée en terme de nombre de lits pour répondre à la problématique des Soins de Suite et de Réadaptation.

Comme le dit si bien Watzlawick, il y a peut-être pire que l'absence de solution à un problème, il y a les mauvaises solutions.

« ... voici qu'en faisant plus de la même chose, on s'étonne que, loin de parvenir au but souhaité, la "solution" aggrave le problème, et, de fait, devient le pire des deux maux. (...) De nombreuses difficultés, loin de se stabiliser, sont portées à s'intensifier, et à empirer, si on ne leur trouve pas de solution, ou si on leur donne une mauvaise solution – et tout particulièrement si on renforce une mauvaise solution. Dans ce cas, même si la situation reste structurellement semblable ou identique, l'intensité du problème et de la souffrance qu'il entraîne s'accroît.<sup>(29)</sup>»

La mauvaise solution, ce peut être des lits de Soins de Suite et Réadaptation sans moyens de réadaptation et avec des moyens en terme de soignants, notamment en aides-soignants insuffisants. Les risques de pathologies liées à l'immobilisation sont majorés : risques accrus d'escarres, de maladie thromboembolique, de désorientation de personnes âgées par la perte de leurs repères ..... Ainsi, dans certains services de SSR, les patients qui ont besoin de faire la sieste après le repas de midi sont allongés vers 14 h...jusqu'au lendemain matin faute d'aides-soignantes en nombre suffisant pour les relever après la sieste...Et que dire des incontinences déclenchées lorsque les aides-soignantes sont dans l'impossibilité de répondre rapidement aux sonnettes... et que l'on privilégie de facto la couche à l'éducation.

---

(29) P. WATZLAWICK, J. WEAKLAND, R. FISCH "Changements, paradoxes et psychothérapie", Points Seuil 1981, p. 50.

Les risques de pathologies surajoutées sont grands, sans bénéfice en terme de réadaptation, même si les soins médicaux pour lesquels les patients ont été mutés en SSR sont réalisés. De plus, la dégradation des capacités fonctionnelles par désamorçage de leur exercice quotidien est une réalité quotidienne dans le secteur gériatrique.

L'insuffisance des outils d'évaluation en SSR a de plus contribué à un glissement dangereux : les services de Soins de Suite et de Réadaptation accueillent des patients de plus en plus dépendants et de moins en moins stables sur le plan médical, sans pour autant que leurs moyens (notamment en personnel) aient été revus.

Il serait plus logique de raisonner en terme de moyens dévolus à la réadaptation qu'en nombre de lits. En effet, le raisonnement en terme de plus ou moins de lits ne paraît pas de nature à résoudre le problème, car restant, toujours selon Watzlawick, dans le même cadre.

« Un système qui passe par tous les changements internes possibles (quel que soit leur nombre) sans effectuer de changement systémique, c'est-à-dire de changement 2<sup>(30)</sup>, est décrit comme prisonnier d'un jeu sans fin. Il ne peut pas engendrer de l'intérieur les conditions de son propre changement ; il ne peut pas produire les règles qui permettraient de changer ses règles. (...) Il reste pourtant indéniable que, loin d'être impossible, le changement 2 s'observe quotidiennement : les gens arrivent à découvrir de nouvelles solutions, les organismes sociaux sont capables d'autocorrection, la nature trouve des adaptations toujours nouvelles, et tout le processus de la découverte scientifique ou de la création artistique se fonde précisément sur le fait de passer d'un vieux cadre de référence à un nouveau.<sup>(31)</sup> »

La mise en œuvre de la démarche de réadaptation suppose un changement de cadre de référence.

## 2.2 - Elargir le cadre de référence : vers une reconnaissance de la spécificité de la Réadaptation

Osons donc le passage à un nouveau cadre de référence, celui de la réadaptation et de la réinsertion, en s'appuyant sur un ensemble de professionnels capables d'une évaluation situationnelle et d'une action de réduction des handicaps dans l'optique d'un maintien ou d'un retour au domicile.

**Les professionnels** concernés par ces objectifs de réadaptation sont les ergothérapeutes, assistantes sociales, médecins généralistes, et spécialistes (neurologues), médecins de médecine physique et gériatres (au sein d'établissements sanitaires, de la CRAM, de la COTOREP<sup>(32)</sup>, de pôles gérontologiques ou autres...), mais également tous les professionnels faisant partie du maintien à domicile : libéraux (médecins, kinésithérapeutes, orthophonistes...), Services de Soins Infirmiers à Domicile, CLICs<sup>(33)</sup>, équipes labellisées du Dispositif pour la Vie Autonome, équipes médicosociales de l'APA<sup>(34)</sup>, associations de maintien à domicile,...

(30) Pour WATZLAWICK, un changement de type 1 prend place à l'intérieur d'un système donné, un changement de type 2 modifie le système lui-même (p.28/29, ibid.).

(31) P. WATZLAWICK, ibid, p 41.

(32) Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel

(33) Centre Local d'Information et de Coordination

(34) Allocation Personnalisée d'Autonomie

Ils mettent en œuvre une ou plusieurs des prestations suivantes, que ces prestations soient mises en œuvre au domicile ou en établissement de santé.

**Le réseau de réadaptation inclut donc toute équipe proposant :**

- **De réaliser une évaluation multidimensionnelle et pluridisciplinaire de la personne**, incluant la distinction de ce qui est de l'ordre des lésions et déficiences, des incapacités et de ses situations de handicap.
  
- **D'en déduire et de mettre en place des actions suivantes :**
  - > **L'orientation du patient** vers une structure de soins court séjour, vers une structure de rééducation, vers une structure d'hébergement, vers un service organisant le maintien à domicile, en fonction des besoins identifiés et du désir de la personne.
  
  - > **La réalisation de prises en charge rééducatives**, que ce soit en hospitalisation complète ou de jour, ou encore en consultations externes, dans le cadre de rééducations simples (Soins de Suite Médicalisés généralistes) ou complexes (services de Médecine Physique et Réadaptation).
  
  - > **La réalisation de la prise en charge de réadaptation**
    - **réadaptation fonctionnelle** : permettant la meilleure autonomie du sujet dans les actes de la vie quotidienne, à la fois les actes essentiels (repas, toilette, habillage, transferts, sphincters, déplacements ou mobilité) mais aussi les actes plus élaborés, comme les sorties extérieures et la conduite automobile...
    - **réadaptation sociale** : les prestations de réadaptation sociale sont bien définies. Ce sont celles qui permettent l'accès aux droits administratifs, l'accès à l'aménagement de domicile , l'accès aux aides techniques, l'accès au dispositif d'aide humaine, l'accès au logement<sup>(35)</sup>...
    - **réadaptation professionnelle** : réinsertion professionnelle, envisageant à la fois la recherche d'un nouvel emploi, le maintien dans l'emploi ou la prévention de la désinsertion.
  
- **Le réseau de réadaptation inclut également toute équipe assurant une coordination** des actions de soins, d'aide sociale ou humaine à domicile.

Les équipes intervenant après un séjour hospitalier, ou dans le cadre du maintien à domicile de personnes en situation de handicap (lié à l'âge ou pas) font partie du réseau de réadaptation.

- **Les réseaux existants de type ville hôpital**, structurés autour de pathologie ou de problématiques spécifiques (SLA, SEP, myopathies, cancer, douleur, soins palliatifs...), qui ont en partie une mission de Réadaptation, sont identifiés comme membre du réseau de réadaptation puisqu'ils proposent certaines ou l'ensemble de ces prestations de Réadaptation.

---

(35) Système combiné d'analyse de la prestation

Les Unités MPR de Coordination des soins de suite doivent contribuer à mieux formaliser d'une manière pragmatique la démarche de réadaptation, pour qu'elle soit le fil conducteur du parcours du patient, du court-séjour aux soins de suite jusqu'au retour à domicile, dans une démarche idéalement coordonnée avec la médecine de ville (permettant de réduire les durées de séjour en établissement sanitaire). Cette formalisation sera articulée avec les réflexions actuelles sur le dossier du patient.

### 2.3 - La mission des unités de coordination SSR : Un réseau de Réadaptation

La mission des Unités MPR de Coordination en Soins de Suite et de Réadaptation est de mettre en place un réseau de Réadaptation au sein duquel les acteurs connaissent leurs missions et leurs limites respectives, pour mieux répondre aux besoins des personnes.

Dans cette perspective, il est très souhaitable que l'ensemble des services de Soins de Suite et Réadaptation, se positionnent pour participer au réseau de Réadaptation, et que certains soient identifiés comme cœur de réseau, en particulier les services de Médecine Physique et Réadaptation et les Soins de Suite et de Réadaptation à orientation gériatrique en hôpital de référence.

Les missions du « cœur de réseau » sont les suivantes :

- Identifier les acteurs du réseau
- Contribuer à METTRE EN LIEN DES ACTEURS DU RESEAU (avec une réflexion particulière sur les outils de transmission de l'information entre acteurs du réseau),
- Accompagner les acteurs du réseau à formuler et PRECISER LEUR PLACE AU SEIN DU RESEAU et vis à vis des autres réseaux .
- Etre structure "ressource" pour la réadaptation et la réinsertion(en terme de connaissances et de savoir-faire).

Outre l'identification claire de structures « cœur de réseau », centres de référence pour la réadaptation, il est souhaitable que les Unités de Coordination de soins de suite animent un travail afin de :

- Promouvoir les actions de formation à la réadaptation des soignants en milieu hospitalier, en particulier des infirmières, aides-soignantes, surveillantes, qui peuvent être déjà proches de la démarche. Ces actions concernent les soignants de court séjour et de Soins de Suite et Réadaptation ;
- Promouvoir des actions de formation-information auprès des médecins hospitaliers et des médecins de ville sur la démarche de réadaptation et les moyens de réadaptation sur lesquels ils peuvent s'appuyer dans leur secteur ;
- Promouvoir la mission de réadaptation des hôpitaux locaux, qui pourraient évoluer vers des structures « gestionnaires de solutions en Réadaptation pour un bassin de population donné », et pas seulement comme gestionnaires de lits, équipes et murs situés à un endroit donné.

- Promouvoir la démarche de réadaptation en terme de Santé Publique auprès des autorités de tutelle ;
- Réfléchir aux indices pertinents en terme d'amélioration de la réponse à la demande et en terme d'économie de santé ;
- Réfléchir et promouvoir une prise en charge individualisée avec identification des besoins individuels et négociation des moyens à mettre à disposition pour un individu dans une structure .

Lors des travaux du COTER Rééducation Fonctionnelle, Pierre MINAIRE affirmait déjà : « la séparation artificielle des compétences des domaines sanitaires et médico-social multiplie les difficultés à l'organisation des alternatives à l'hospitalisation et à une réinsertion de qualité. (...). La gestion commune du sanitaire et du social, qui forme un tout indissociable dans le domaine des soins de suites, est rendue impossible par la distinction des champs de compétence dont les responsables sont l'état et le département.<sup>(36)</sup>»

Le partenariat des différentes autorités de tutelles concernées (DDASS<sup>(37)</sup> et CRAM au sein des ARH, Conseils Généraux, URCAM, DDEFP....), chacun ayant des missions spécifiques en lien avec la démarche de Réadaptation, dans une réflexion commune avec les acteurs de terrain, paraît aujourd'hui incontournable. Les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire à venir, et en particulier le SROS-SSR pourrait être le cadre de cette réflexion.

Dans le contexte actuel de tarification à l'activité, ce partenariat pourrait aller jusqu'à la détermination d'une enveloppe budgétaire pour la prise en charge d'un patient qui prenne en compte non seulement la déficience (ce qui commence à être fait), mais également les incapacités et situations de handicap. Cette enveloppe pourrait ensuite être répartie aux différentes structures, en fonction des prestations requises par le patient, que ce soit en court-séjour, service de Soins de Suite et de Réadaptation, professionnels libéraux ou structures médico-sociales.

---

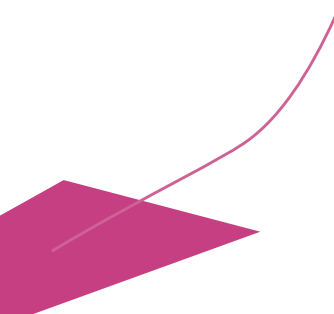
(36) COTER soins de suite et réadaptation fonctionnelle, Pr Minaire et Dr Derouille.

(37) Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale





**CONCLUSION**



Les concepts de déficience, incapacité et situation de handicap éclairent différemment la problématique des Soins de Suite et de Réadaptation. La valorisation de cette activité de réadaptation leur permettrait d'être le fer de lance du lien hôpital-ville, et de fédérer les acteurs de réadaptation de ces deux secteurs. La mise en œuvre d'actions de réadaptation telles que nous les avons évoquées est de nature à répondre aux besoins des personnes en situation de handicap temporaire ou définitif, que la ou les déficience(s) à l'origine de la situation de handicap soi(en)t sensorielle(s), motrice(s), psycho-intellectuelle(s) ou liée(s) à des pathologies chroniques. Le nombre de personnes concernées en fait un véritable enjeu de Santé Publique.

L'évolution profonde des mentalités dans le domaine de la santé et dans le domaine social remet la personne au centre du dispositif. Les textes réglementaires récents s'inscrivent dans une mouvance nouvelle, qui voit s'inverser une logique centrée sur l'offre d'équipement, vers une logique centrée sur l'utilisateur et ses besoins. La mise en œuvre d'un réseau de réadaptation nous semble s'inscrire pleinement dans cette dynamique.

**Pôle de Coordination en Réadaptation**

Mission M.P.R. de Coordination  
en Soins de Suite et de Réadaptation

*Secteur 3 de la région Rhône-Alpes*

**CENTRE HOSPITALIER DE MONTELIMAR**

BP 249

26216 MONTELIMAR Cedex

**C.E.O.R.**

Centre d'Evaluation,  
d'Orientation et de Réflexion

*SSR - Secteur 2*

**CENTRE HOSPITALIER DE VALENCE**

179, Bd Maréchal Juin

26953 VALENCE Cedex 9