UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

Intérêt du score INTERMED dans la prédiction des séjours hospitaliers prolongés en SSR

Présentée et soutenue publiquement le 16/10/2015 à 18h
au Pôle Formation
Par **Jasmine ABANE**

JURY

Président :
Monsieur le Professeur PUISIEUX François
Assesseurs :
Madame le Professeur ROBAIN Gilberte
Monsieur le Docteur BAYEN Marc
Monsieur le Docteur HUGEUX Patrick
Directeur de Thèse :
Monsieur le Docteur DEVAILLY Jean-Pascal

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

ARS	Agence régionale de santé
AVQ	Activité de la vie quotidienne
AVC	Accident vasculaire cérébral
CRFTC	Centre ressources francilien du traumatisme crânien
DMS	Durée moyenne de séjour
GHPS	Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière
GOS	Glasgow Outcome Scale
MPR	Médecine Physique et Réadaptation
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information.
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite et de réadaptation
TC	Traumatisme crânien

Table des matières

I) Résumé 1

II) Introduction 2

A- Contexte 2

B- Impasses hospitalières et les patients dits "bed blockers" 3

C- La complexité biopsychosociale 5

III) Matériels et méthodes 7

A- Objectifs 7

1)- Objectif principal 7

2)- Objectifs secondaires 7

B- Méthode 8

C- Population étudiée 8

D- Informations recueillies 9

1)- Caractéristiques élémentaires et cliniques 9

2)- La durée de séjour 10

3)- Le score INTERMED 10

4)- Le score SMAF 12

5)- La classification de GOS 13

6)- Problématiques sociales 13

E- Traitement des données 15

IV) Résultats 16

A- Analyse descriptive 16

1) Caractéristiques élémentaires et cliniques des patients 16

2) Durée de séjour 20

3) Le score Intermed 21

4) Le score SMAF 22

5) La classification de GOS 22

6) Problématiques administratives et sociales 23

7) Analyse comparative des patients bed blockers entre Fernand WIDAL et ROTHSCHIL 25

B- Les résultats de l'analyse statistique 27

V) Discussion et recommandations 29

A- Résultats 29

1) Objectif principal de l'étude 29

2) Objectifs secondaires 30

B- Spécificité de l'étude 31

1) Sites d'inclusion des patients 31

2) Effectifs 32

3) Limites du score Intermed 32

C- Recommandations 33

D- Perspectives 36

VI) Conclusion 37

VII) Références bibliographiques 38

VIII) Annexes 41

Annexe 1 : Grille INTERMED .....

Annexe 2 : Grille SMAF .....

I) RESUME

Contexte : L'hôpital public est soumis à une double contrainte : prodiguer des soins adaptés aux patients ; et respecter une logique comptable imposant aux services hospitaliers une grande fluidité des séjours. Or, les déterminants de l'hospitalisation sont analysés en termes de catégories médicales alors que l'organisation de la sortie nécessite des mesures médico-sociales coordonnées tout au long des parcours de soins. Nous souhaitons mettre en évidence l'intérêt du score INTERMED dans le repérage des patients complexes requérant une gestion transversale dès leur admission afin de limiter les séjours longs tout en assurant des soins.de qualité.

Méthode : Nous souhaitons étudier grâce à une enquête un jour donné, les caractéristiques des patients hospitalisés en SSR, dont la durée de séjour a dépassé 2 fois la DMS, soit 90 jours, ainsi que celles des patients hospitalisés moins de 90 jours, en se basant sur les données collectées dans les deux premiers jours suivant l'entrée dans le service. Le but étant de comparer les scores INTERMED de ces deux groupes afin d'analyser la valeur prédictive de ce score pour les séjours hospitaliers prolongés.

Résultats : La comparaison entre la moyenne du score INTERMED dans les deux groupes bed blockers et non bed blockers nous donne une p-value de 2.46e-06. On observe donc une différence significative du score INTERMED dans les deux groupes. La valeur de l'aire sous la courbe Receiver Opérator Charactéristics curve (ROC) du score INTERMED était de 0,90.

Conclusion : Ces résultats confirment que le score INTERMED possède une bonne valeur prédictive des séjours hospitaliers prolongés en SSR. Nous proposons de confirmer l'intérêt de ce score dès l'admission en court séjour, voire en amont, afin d'identifier les patients dont la complexité biopsychosociale nécessite une gestion de cas personnalisée par une équipe de liaison médicalisée et pluridisciplinaire assemblant des compétences de réadaptation et d'accompagnement du handicap ; ce qui permettrait de limiter les risques de séjours prolongés ou extrêmes non pertinents.

II) Introduction

A) Contexte

La mission de l'hôpital public est soumise à une double contrainte :

- Prodiguer des soins adaptés aux patients ;

- Respecter une logique comptable imposant aux services hospitaliers une grande fluidité des séjours.

Depuis la réforme du système de santé français par l'ordonnance n° 96-346 du 24/04/1996 ayant pour but la réduction des inégalités de ressources entre les établissements de santé, il est devenu nécessaire de mesurer l'activité et les ressources des établissements.

Dans ce sens, l'article L. 174-1-1 indique : « *Le montant total annuel ainsi calculé des dépenses hospitalières autorisées est constitué en dotations régionales. Le montant des dotations régionales, qui présente un caractère limitatif, est fixé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en fonction des besoins de la population, des orientations des schémas d'organisation sanitaire et des priorités nationales ou locales, en matière de politique sanitaire, en tenant compte de l'activité et des coûts des établissements appréciés selon les modalités prévues aux articles L. 710-6 et L. 710-7 du code de la santé publique, et en ayant pour objectif la réduction progressive des inégalités de ressources entre régions et établissements.* » [1]

Pour cela, il a fallu disposer d'informations quantifiées et standardisées concernant l'activité de ces établissements. Ces données ont été recueillies grâce aux systèmes tels que le PMSI.

Ainsi, l'Article L. 710-7- I prévoit que « *Les établissements de santé publics et privés transmettent aux agences régionales de l'hospitalisation, ainsi qu'à l'Etat et aux organismes d'assurance maladie, les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leur activité qui sont nécessaires à l'élaboration et à la révision de la carte sanitaire et du schéma d'organisation sanitaire, à la détermination de leurs ressources et à l'évaluation de la qualité des soins.* »

« *Les destinataires des informations mentionnées à l'alinéa précédent mettent en œuvre, sous le contrôle de l'Etat au plan national et des agences au plan régional, un système commun d'informations respectant l'anonymat des patients.* »(1)

---

[1]) Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

Depuis lors, le budget des hôpitaux est élaboré en fonction du nombre et de la sévérité des patients hospitalisés ; ainsi, la durée de séjour est devenue un critère significatif dans l'évaluation du bon fonctionnement hospitalier sans qu'elle ne reflète la qualité des soins dispensés.

Pour répondre à ces exigences, la fluidité des filières de soins est donc, logiquement, devenue un impératif pour les établissements de santé et, inversement, les séjours longs constituent un problème pour les médecins et les administrateurs.

Or, les patients hospitalisés sont de plus en plus âgés, porteurs de maladies chroniques et de limitations fonctionnelles engendrant une pression sur les lits aigus qui a entraîné la segmentation du secteur sanitaire en secteur aigu et en secteur de soins de suite et de réadaptation sans résoudre les problèmes qui interrogent tous les systèmes de soins : *les séjours prolongés et les impasses hospitalières*.

C'est pour cela que les SSR représentent un secteur clé de l'offre de soins hospitalière car, dans de nombreux parcours de soins, ils font l'interface entre le court séjour et le retour à domicile ou l'institutionnalisation.

B) Impasses hospitalières et les patients dits « bed blockers »

Le terme « bed blocker » utilisé outre-manche depuis plusieurs années, désigne les patients dont la durée de séjour est très prolongée par rapport aux prises en charge standards.

Selker et al. 1989[2], estimaient déjà qu'en service de médecine interne, les jours supplémentaires sans raison médicale pertinente représentaient 17% des jours d'hospitalisation et que 30% des séjours hospitaliers sont rallongés sans motif médical valable.

Simonet et al.2008[3], ont retrouvé les mêmes résultats et ont en plus estimé que la moitié de ces jours d'hospitalisation supplémentaires étaient dus à des retards administratifs de prise en charge de la sortie.

Une enquête sur les « bed blockers » a été menée par l'ARS et le CRFTC en février 2014, en Ile-de-France dans 78 services adulte et pédiatrique de MCO (Neurologie, Neurochirurgie, Réanimation), MPR, SSR gériatrique et SSR à orientation neurologique.

Cette étude a mis en évidence que 92 % des services sondés étaient concernés par la présence de patients bed blockers, qui représentaient 14,3% des patients

[2]) . Selker HP, Beshansky JR, Pauker SG, Kassirer JP: The epidemiology of delays in a teaching hospital. The development and use of a tool that detects unnecessary hospital days. Med Care 1989, 27(2):112-129.

[3]) Simonet M, Kossovsky MP, Chopard P et al. A predictive score to identify hospitalized patients risk' of discharge to a post-acute care facility. BMC Health Serv Res 2008;8:154

hospitalisés. Les pourcentages les plus élevés étant retrouvés en Neurologie, SSR neurologique et MPR.[4]

L'enquête SANESCO DGOS parue en 2011 fait ressortir que 10,3 % des lits sont occupés de façon inadéquate. Ce taux est de 5 % dans les services de chirurgie et de 17,5 % dans ceux de médecine. Dans le premier tiers du séjour, 6,6% des journées enquêtées sont inadéquates ; dans le deuxième tiers, ce taux est de 11,2% ; et dans le troisième tiers, on atteint 15,7%. Ainsi, il apparaît clairement que les taux de journées inadéquates augmentent avec la durée du séjour ; on trouve peu de journées inadéquates en début de séjour.[5]

C'est en 2000, que K. Rockwood[6] « dénonce » le terme de bed blockers et invite ses confrères à reconsidérer l'approche des patients bed blockers avec toutes leurs pathologies, maladies chroniques ou problèmes psychosociaux.

C'est dans ce contexte que de nombreuses études ont été menées ces dernières années afin de mettre en évidence les déterminants de ces impasses hospitalières et identifier les différentes caractéristiques de ces patients complexes que sont les bed blockers.

En 2007, Anne CUREC, dans son étude descriptive des séjours longs menée en SSR gériatrique au CHU de Nantes, a démontré que les déterminants qui influençaient le plus la durée de séjour sont le degré de dépendance et l'isolement[7].

Par ailleurs, l'équipe de F. Bourdilllon a publié en 2008 les résultats d'une étude dont l'objectif était de connaitre les caractéristiques médicales et sociales des patients cérébro-lésés hospitalisés depuis plus d'un mois en court séjour (Réanimation Neurochirurgicale, Neurochirurgie et Urgences cérébro-vasculaires) au sein du GHPS.

Il a été mis en évidence que ces patients avec une durée de séjour supérieure aux durées standards étaient :

- Plus jeunes : âge moyen de 52 ans versus 57 ans.

- Plus graves cliniquement : 16% avaient un GOS 2 (EV/EPR), et 70% un GOS 3 (handicap grave, sujet conscient mais dépendant, déficit fonctionnel important).

- Plus atteints sur le plan cognitif : 68% présentaient des troubles à type de syndrome frontal, d'aphasie, de désorientation temporo-spatiale et de troubles mnésiques.

- Considérés comme stables dans 2/3 des cas.

---

[4]) L'enquête "bed blockers". ARS /CRFTC. 2014.
[5] DGOS, SANESCO. « Enquête nationale pour l'évaluation des inadéquations hospitalières.». 2011.
[6]) ROCKWOOD K, Bed Blockers Beyond polemic. CMAJ. Jan.11, 2000 ; 162(1)
[7]) CUREC Anne, Etude descriptive des séjours longs en soins de suite et de réadaptation gériatriques au CHU de Nantes, thèse de Doctorat en médecine DES de Santé publique, université de NANTES, 2007, 78 p.

- Plus soumis à des contraintes de soins : 42,2% étaient trachéotomisés, 35,5 % avaient une sonde nasogastrique, 26,7% étaient sous perfusion.

- Préférentiellement orientés en MPR et en SSR pour 62,7% d'entre eux et seulement 18% ont bénéficié d'un retour à domicile.

- En plus grande difficulté sociale : 2/3 des patients avaient des problèmes sociaux, les plus fréquemment rencontrés étant ceux se référant au projet de vie, à une régularisation de séjour, des tensions familiales et une protection juridique à mettre en place. Parmi les patients à problèmes sociaux, ceux présentant plus de trois problèmes avaient une DMS à 157,4 jours avec une médiane à 92 jours, alors que les patients ayant moins de deux problèmes sociaux avaient une DMS de 68,4 jours avec une médiane à 58 jours.[8]

Tous ces résultats nous amènent à penser que les bed blockers sont des patients présentant à la fois plusieurs pathologies, des limitations fonctionnelles importantes sur le plan physique et cognitif, et cela dans un contexte socio-environnemental qui retarde parfois dramatiquement la ré-inclusion sociale.

Ce problème ne concerne pas que les personnes âgées puisque les patients les plus jeunes ont les séjours les plus longs[9]. Cette approche doit donc concerner toutes les pathologies et ce, quel que soit l'âge du patient.

C) La complexité biopsychosociale.

Au début du siècle, le modèle biomédical définissant la santé concluait que les problèmes organiques étaient les seuls en cause dans l'apparition de la maladie. Il était centré sur le diagnostic et le traitement avec le médecin pour principal acteur.

C'est sur ce modèle que s'est construit le concept d'industrialisation des processus de soins. Cependant, il est vite apparu comme non conforme aux besoins des patients présentant des maladies chroniques et/ou un handicap du fait de la complexité de leur prise en charge. Ce sous-groupe de patients dit « non homogène» nécessite un abord particulier avec prise en compte de toutes leurs caractéristiques médicales, sociales et psychologiques pour lesquels la standardisation des soins ne permettait pas de répondre à toutes leurs problématiques de santé.

L'OMS, a défini en 1946 la santé comme « un état complet de bien-être physique, mental et social, et pas seulement comme l'absence de maladie ou d'infirmité »[10].

---

[8]) Bourdillon François, Mazevet Dominique, Pires Christine, Morin Catherine, Ségouin Sylvie, Rufat Pierre, Pradat-Diehl Pascale, « Caractéristiques médicales et sociales et trajectoires de soins des patients cérébro-lésés hospitalisés », Santé Publique 2/2008 (Vol. 20) , p. 125-139

[9]) Josse L. Impasses hospitalières et situations de handicap : de la théorie à la pratique. Mémoire diplôme universitaire de troisième cycle Handicap fragilité, réadaptation et Restauration neurologique du mouvement.

[10]) OMS. Définition de la santé de l'OMS. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé,

Le modèle biopsychosocial a été proposé par Engel dans les années 80[11]. Il s'agit de considérer les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sur un pied d'égalité pour aborder les déterminants multiples de la santé d'un individu[12].

C'est à Genève, à la fin des années 90, que F. Stiefel et al[13] ont développé le concept de complexité biopsychosociale en la définissant comme étant tout ce qui impacte les prises en charges standards sans être capté par les systèmes d'information et fait en sorte de le rendre opérationnel.

La difficulté étant d'avoir, dans un système de soins standardisé, une approche individuelle du patient et coordonnée entre les différents acteurs de soins, indispensable à la prise en charge de ces cas «complexes»[14].

C'est en réponse à cette problématique que le score INTERMED fut créé et employé dans un premier temps en psychiatrie puis dans des services de médecine aigus et post-aigus.

Partant du principe que l'un des principaux problèmes des systèmes de soins actuels est que les déterminants de l'hospitalisation sont analysés en termes de catégories médicales alors que l'organisation de la sortie nécessite des mesures médico-sociales coordonnées tout au long des parcours de soins, nous souhaitons dans cette thèse mettre en évidence l'importance du repérage de ces patients complexes échappant à la prise en charge hospitalière standard dès leur entrée grâce à un outil simple qu'est le score INTERMED afin de limiter les séjours longs tout en assurant les différentes missions de soins.

New York, 19-22 juin 1946.

[11]) Engel GL. The need for un new medical model: A challenge for biomedicine. Science 1977;198:129-96.

[12]) Engel GL.The clinical application of the biopsychosocial model. Am. J.Psychiatry 1980;137:535-44.

[13]) Stiefel F., De Jonge P;Huyse FJ;Slaets JP;Guex P;Lyons JS;Vannotti M;Fritsch C;Moeri R;Leyvraz PF;So A;Spagnoli J. INTERMED--an assessment and classification system for case complexity. Results in patients with low back pain. Spine. 15 févr 1999;24(4):378-84;

[14]) Stiefel F., GUEX P.,Evaluation de la complexité et coordination des soins : Le projet INTERMED, Revue Médicale Suisse N°-667,févr 2001.

III) MATERIELS ET METHODES

A) Objectifs :

1) Objectif principal

Dans cette étude nous nous proposons d'analyser la valeur prédictive du score INTERMED pour les séjours hospitaliers prolongés lorsqu'il est calculé dès les premiers jours d'hospitalisation.

Cela permettrait d'identifier les patients qui relèveraient d'un accompagnement médico-social dès le stade aigu et d'anticiper une prise en charge adaptée des bed blockers potentiels ; tout cela en vue d'organiser des soins plus réactifs et ainsi optimiser l'orientation d'aval en améliorant la fluidité des trajectoires de soins.

2) Objectifs secondaires

Dans un second temps, nous nous proposons :

- D'identifier et décrire les déterminants de ces séjours longs en les mettant en relation avec des modèles d'identification et d'évaluation du handicap tels que le score de GOS et la grille SMAF, afin de proposer des solutions adéquates.

- D'identifier les problématiques sociales susceptibles de rallonger les séjours hospitaliers.

- Tenter de proposer des réponses et des solutions aux problématiques rencontrées dans la prise en charge des bed blockers avec une logique de gestion optimale des ressources.

B) Méthode

La méthode choisie est celle de l'enquête un jour donné dans deux services de SSR sur deux sites :

- Le service de Médecine Physique et Réadaptation de l'hôpital Rothschild, enquête réalisée le 8/6 /2015.

- Le service de Médecine Physique et Réadaptation de l'hôpital Fernand Widal, enquête réalisée le 26/6/2015.

La population des patients hospitalisés dans ces services est composée d'adultes requérant des soins de rééducation qu'ils soient en situation de handicap physique ou cognitif avant leur hospitalisation ou en raison de leur nouveau problème de santé.

Ces deux services de Médecine Physique et Réadaptation ayant une orientation neurologique, la majorité des pathologies rencontrées était composée d'AVC, traumatismes crâniens, suites d'interventions neurochirurgicales dans le cadre de pathologies tumorales.

Cette méthode a permis de consulter les dossiers médicaux, de s'entretenir avec le personnel médical et le patient si nécessaire.

La liste des patients a été apportée par le système informatique.

La saisie de données a été faite sur tableau Excel afin de faciliter leur exploitation et leur analyse.

C) Population étudiée

Le critère de jugement principal était la durée de séjour. Ceci nous a permis d'inclure et distinguer deux groupes de patients

- Les patients actuellement hospitalisés depuis plus de 90 jours.

- Les patients sortis récemment et restés moins de 90 jours.

Le choix de la durée d'hospitalisation de 90 jours s'est basé sur le double de la durée moyenne de séjour ; il s'agit d'un laps régulièrement utilisé dans les études sur les bed blockers.

Par ailleurs, pour identifier les patients à séjour prolongé, nous nous sommes assurés d'inclure des patients en séjour hospitalier temporaire en dehors de l''hôpital concerné et en attente de solution définitive de sortie.

Nous avons donc constitué deux groupes de patients de nombre équivalent :

Le groupe des patients bed blockers

Il regroupait tous les patients en cours d'hospitalisation dont la durée de séjour était supérieure à 90 jours.

En MPR à l'hôpital Rothschild : 9 patients ont été inclus.

La durée moyenne d'hospitalisation dans le service ce jour-là étant de 61 jours avec un âge moyen de 61,5 ans.

En MPR à l'hôpital Fernand Widal **:** 14 patients ont été inclus.

La durée moyenne d'hospitalisation dans le service ce jour-là étant de 88 jours avec un âge moyen des patients à 59,3 ans.

Le groupe des patients non bed blockers

Nous souhaitions obtenir un nombre de patients non bed blockers équivalent au nombre de patients bed blockers retrouvés dans les deux services de MPR.

Nous avons donc sélectionné :

En MPR à l'hôpital Rothschild : Les 9 derniers sortants restés moins de 90 jours.

En MPR à l'hôpital Fernand Widal : Les 14 derniers sortants restés moins de 90 jours.

D) Informations recueillies

Afin d'affiner le profil des patients nous avons utilisés plusieurs outils : Le score INTERMED, le Glasgow Outcome Scale (GOS), le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). Nous avons également répertorié les différentes problématiques administratives et sociales rencontrées chez les patients des deux groupes ainsi que des caractéristiques élémentaires et cliniques de chaque patient.

1) Caractéristiques élémentaires et cliniques:

- Age.
- Sexe.
- Le mode de vie : entourage, activité professionnelle.
- Pathologie motivant l'hospitalisation.
- Nombre de comorbidités associées au motif d'hospitalisation.

2) La durée de séjour :

La durée de séjour en jours était l'une des caractéristiques principales pour réaliser notre étude.

3) Le score INTERMED :

Ce moyen de mesure de la complexité biopsychosociale a été développé par des médecins et psychiatres suisses. Il permet d'identifier et d'évaluer tous les facteurs perturbants et compliquant la prise en charge standard à l'origine de difficultés dans la mise en place des soins pour les patients complexes.

Il a pour but de favoriser l'appréhension globale du patient en facilitant l'évaluation multidimensionnelle et ainsi permettre une meilleure prise en charge multidisciplinaire.

Le questionnaire INTERMED fait l'objet d'un site internet spécifique[15]. Dans notre étude nous avons employé la version 5.1.
Ce score est basé sur l'anamnèse médicale, enrichie des aspects psychologiques et sociaux du patient ainsi que son rapport aux réseaux de soins.

INTERMED regroupe les informations concernant cinq domaines : (Annexe 1)

1- Biologique.
2- Psychologique.
3- Social
4- Le rapport au système de soin.
5- Le pronostic (à 3 mois selon avis médical).

[15]) Homepage - INTERMED [Internet]. Disponible sur: https://www.intermedfoundation.org/homepage

L'anamnèse concerne la période des 5 dernières années excepté pour la variable dysfonctionnement psychiatrique incluse dans l'anamnèse psychologique. Pour chacun des domaines le pronostic est évalué par une variable (Annexe 2).
A chaque variable correspond un score allant de 0 à 3. Le score final reflétant la complexité du patient, le plus élevé étant de 60.

Un score INTERMED supérieur ou égal à 20 a été admis comme le reflet d'une complexité biopsychosociale importante[16].

L'objectif de notre étude a été de tester la qualité prédictive du score INTERMED pour la durée des séjours en SSR en comparant les scores INTERMED des 2 groupes de patients : groupe de patients bed blockers et groupe de patients non bed blockers rapportés à leur durée de séjours.
Le score INTERMED total (l'addition des sous-scores concernant chaque domaine) est le principal outil de cette étude.

L'utilisation de ce score est déjà validée dans plusieurs spécialités d'aigu et d'aval, telles que la néphrologie[17], la psychiatrie[18], la Rhumatologie concernant les lombalgies chroniques[19] et la polyarthrite rhumatoïde[20], la Médecine interne (diabétologie)[21], l'oncologie[22] et la Médecine Physique et Réadaptation[23].

---

[16]) De Jonge P; Bauer I ; Huyse FJ ; Latour CH. Medical inpatients at risk of extended hospital stay and poor discharge health status: Detection with COMPRI and INTERMED. Psychosom Med. 2003 Jul-Aug;65(4):534-41
[17]) De Jonge P. ; Ruinemans GM ; Huyse FG; Ter Wee PM. A simple risk score predicts poor quality of life and non-survival at 1 year follow-up in dialysis patients. Nephrol Dial Transplant. 2003 Dec;18(12):2622-8.
[18]) . COLLAS GUITTENY M., réflexion sur la place et l'organisation de la psychiatrie de liaison dans deux CHU à partir de l'utilisation d'INTERMED outil d'évaluation biopsychosociale, thèse de doctorat en médecine DES de psychiatrie, Université de NANTES, 2004,152
[19]). Stiefel FC;de Jonge P;Huyse FJ;Slaets JP;Guex P;Lyons JS;Vannotti M;Fritsch C;MoeriR;Leyvraz PF;So A;Spagnoli J. INTERMED--an assessment and classification system for case complexity. Results in patients with low back pain. Spine. 15 févr 1999;24(4):378‑84;
[20]). Koch N, Stiefel F, Jonge P de, Fransen J, Chamot A-M, Gerster J-C, et al. Identification of case complexity and increased health care utilization in patients with rheumatoid arthritis. Arthritis Care Res. 1 juin 2001;45(3):216‑21.
[21]).Fischer CJ;Stiefel FC;De Jonge P;Guex P;Troendle A;Bulliard C;Huyse FJ;Gaillard R;Ruiz J. Case complexity and clinical outcome in diabetes mellitus. A prospective study using the INTERMED. Diabetes Metab. 1 sept 2000;26(4):295‑302.
[22]). Mazzocato C, Stiefel F, de Jonge P, Levorato A, Ducret S, Huyse FJ. Comprehensive Assessment of Patients in Palliative Care: A Descriptive Study Utilizing the INTERMED. J Pain Symptom Manage. févr 2000;19(2):83‑90.
[23]). Luthi A, Hilfiker M, Deriaz O. INTERMED prédit le retour au travail chez des patients en Réadaptation professionnelle pour un traumatisme orthopédique. 10.1016/j.rehab.2011.07.158

Concernant cette dernière discipline, c'est en 2011, dans une étude menée par l'équipe romande du Pr Luthi, que le score INTERMED a été validé dans la prédiction du retour au travail chez les patients en réadaptation professionnelle pour un traumatisme orthopédique.
Il a également été démontré que les scores INTERMED élevés étaient associés à des DMS plus longues en pneumologie[24] ainsi qu'en médecine interne[25].

4) le score SMAF

Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle est un outil utilisé pour évaluer l'autonomie chez les personnes handicapées et/ou âgées. Elle permet de mesurer les capacités du patient dans les activités de la vie quotidienne en prenant en compte les ressources dont il dispose au moment de l'évaluation[26].

Il est composé de 30 items répartis sur 5 volets : AVQ, mobilité, communication, fonctions mentales, tâches domestiques (Annexe 3).

Les critères de cotation de chaque item étant :

0 : autonome.
- 0,5 : autonome mais avec difficulté.
- 1: requiert une surveillance ou une stimulation ou un encadrement.
- 2: nécessite une aide partielle.
- 3: nécessite une aide totale.

Plus le score SMAF est bas plus le patient est dépendant.

Développé initialement en gériatrie par Réjean Hébert, ce score est couramment utilisé au Québec pour évaluer les besoins en termes de soins des personnes en perte d'autonomie.

---

[24]). Lobo E;De Jonge P;Huyse FJ;Slaets JP;Rabanaque MJ;Lobo A. Early detection of pneumology inpatients at risk of extended hospital stay and need for psychosocial treatment. Psychosom Med. 1 janv 2007;69 (1):99‑105.
[25]). de Jonge P;Bauer I;Huyse FJ;Latour CH. Medical inpatients at risk of extended hospital stay and poor discharge health status: detection with COMPRI and INTERMED. Psychosom Med. 1 juill 2003;65(4):534‑41
[26]) .Hébert R, Desrosiers J, Dubuc N, et al.Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). La revue de Gériatrie.2003 ;28 (4): 323-36

5) La classification de GOS

Le Glasgow Outcome Scale (GOS) est une échelle de gravité séquellaire, de handicap et de devenir fonctionnel habituellement utilisée pour les traumatisés crâniens. Dans notre étude le GOS utilisé est la version inversée (de 5 à 1) le score étant plus élevé en fonction de la sévérité du handicap. Le plus haut score (5) correspond au décès. [27]

La classification est comme suit :

•GOS 1 : bonne récupération. Le patient se suffit à lui-même et retrouve une vie sociale et professionnelle.

•GOS 2 : récupération partielle avec un handicap modéré. Le patient est cependant indépendant, mais a besoin d'aides dans certains domaines.

•GOS 3 : handicap grave. Le patient est conscient mais présente des déficits importants qui le rendent dépendant d'autrui. Il doit vivre en milieu familial ou institutionnel adapté.

•GOS 4 : état végétatif persistant. Le patient a perdu toute apparence de vie mentale affective ou relationnelle. Il est entièrement dépendant.

• GOS 5 : décès.

6) Problématiques administratives et sociales :

Nous avons cherché à identifier tous les éléments de précarité sociale que pouvaient présenter les patients bed blockers durant leur hospitalisation.

Les scores de précarité (Epices) ou de qualité de vie(SF36) n'ont pas été jugés adéquats pour les patients inclus dans notre étude au vu de leurs pathologies.

En se basant sur les problématiques administratives et sociales répertoriées dans le questionnaire de l'étude de F. Bourdillon et al. (7), nous avons cherché à recueillir les données suivantes :

[27] Jennett B, Bond M. "Assessment of outcome after severe brain damage." Lancet 1975 Mar 1 ;1(7905):480-4

1-Indécision : Difficulté à se prononcer sur le devenir du patient (pronostic fonctionnel peu évident, impossibilité de s'entretenir avec les proches…).

2- Attente d'une décision d'orientation ou d'attribution d'allocation (MDPH).

3- Elaboration de dossier d'allocation.

4- Difficultés de mise en place des soins et de l'accompagnement.

5- Régularisation au regard du séjour.

6- Protection juridique à mettre en œuvre.

7- Reconstruction de droit.

8- Logement inadapté ou absence de logement.

9- Recherche de financement/ absence de ressources.

10- Recherche d'identité ou de famille.

11- Tension familiale.

12- Patient isolé ou sans famille.

E) Traitement des données

Le but de cette analyse étant de rechercher une association entre le score INTERMED et la durée de séjour puis un lien de prédiction, il fallait réaliser un test de corrélation et un test statistique.

Deux types d'analyse statistique ont été effectués :

1- Test de rang de Wilcoxon

Les conditions d'application d'un test paramétrique tel que le test t de Student n'étant pas vérifiées (effectifs trop faibles), le test de rangs de Wilcoxon a été réalisé.
Il s'agit d'un test non paramétrique servant à comparer les moyennes de score INTERMED dans les deux groupes de patients bed blockers et non bed blockers.

2- La courbe ROC (receiver operating characteristic)

La relation entre la sensibilité et la spécificité du score INTERMED dans la prédiction des séjours longs sera représentée par la courbe ROC.

3- L'aire sous la courbe ou AUC (Area under the curve)

L'aire sous la courbe nous permettra de vérifier la validité du score INTERMED dans la prédiction des séjours longs.

IV) RESULTATS

L'étude a permis d'inclure 46 patients : 23 dont la durée de séjour était supérieure à 90 jours (9 patients de MPR de l'hôpital Rothschild et 14 patients de MPR de l'hôpital Fernand Widal), et 23 patients dont la durée de séjour n'a pas dépassé 90 jours d'hospitalisation (9 patients de MPR de l'hôpital Rothschild et 14 patients de MPR de l'hôpital Fernand Widal).

A) Analyse descriptive :

1- Caractéristiques élémentaires et cliniques des patients

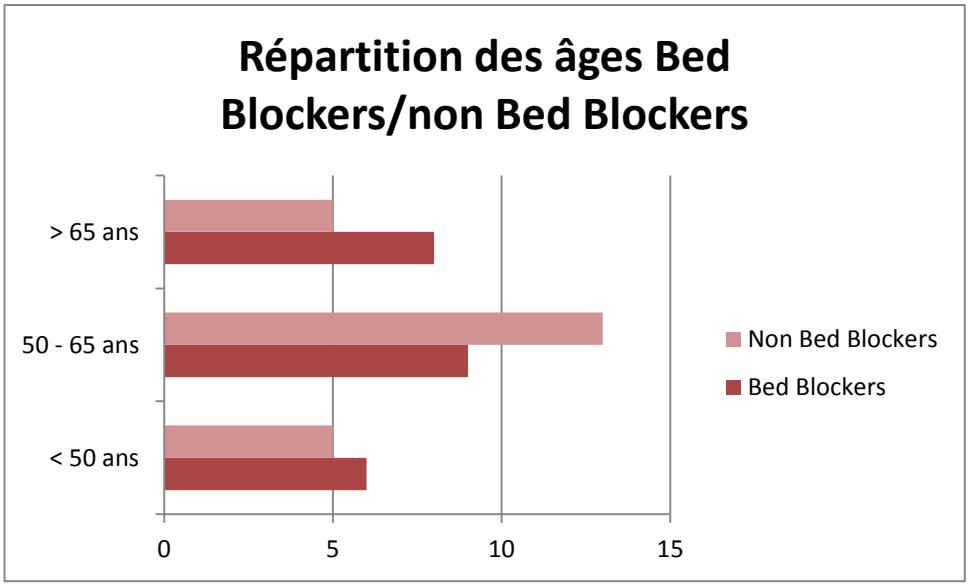
a)- Age :

Patients bed blockers :

- Les patients bed blockers présentaient un âge moyen de 58,6 ans avec une médiane à 62 ans.
- Les patients de plus de 65 ans représentaient 35%de l'effectif.
- Les patients de moins de 50 ans représentaient 26% de l'effectif.
- Le patient le plus jeune avait 35 ans et le plus âgé, 78 ans.

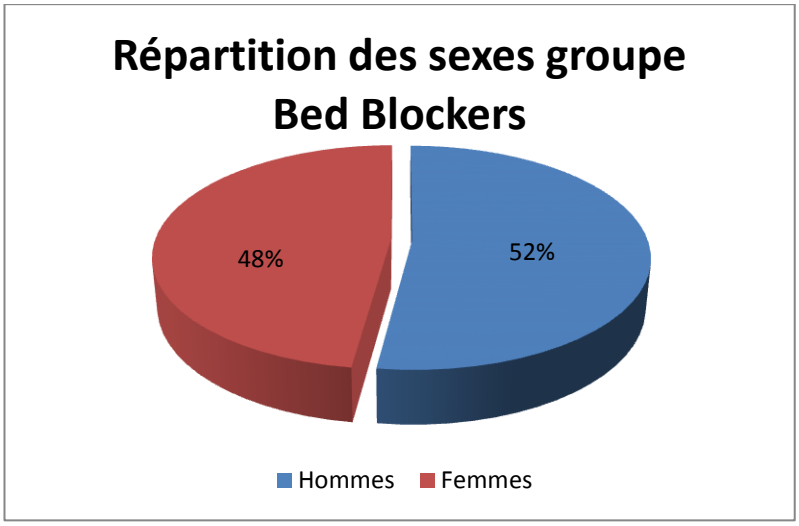
Patients non bed blockers :

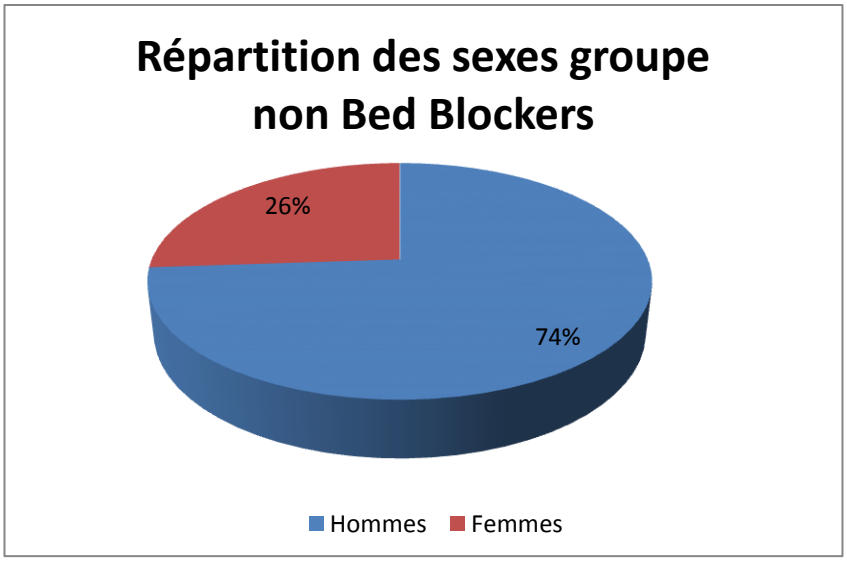
- Les patients non bed blockers présentaient un âge moyen de 57,1 ans avec une médiane à 56 ans.
- Les patients de plus de 65 ans représentaient 21 % de l'effectif.
- Les patients de moins de 50 ans représentaient 21 % de l'effectif.
- Le patient le plus jeune avait 28 ans et le plus âgé, 87 ans.



b)- Genre :

Dans le groupe de patients bed blocker, 1 patient sur 2 est une femme alors que les femmes ne représentent que 26% des patients dans le groupe non bed blocker.

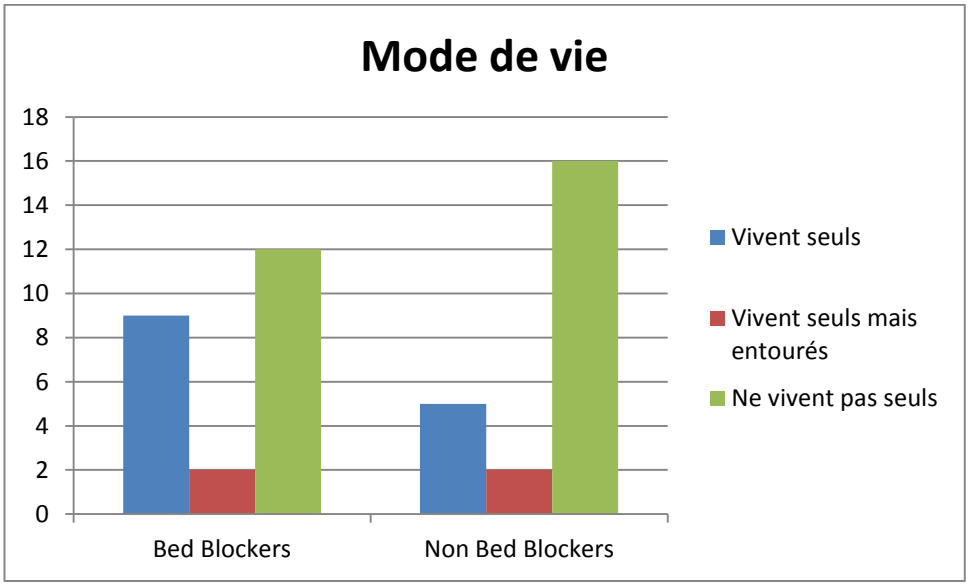




c)- Mode de vie :

Entourage : Nous avons cherché à savoir si les patients vivaient seuls, vivaient seuls mais entourés ou ne vivaient pas seuls.

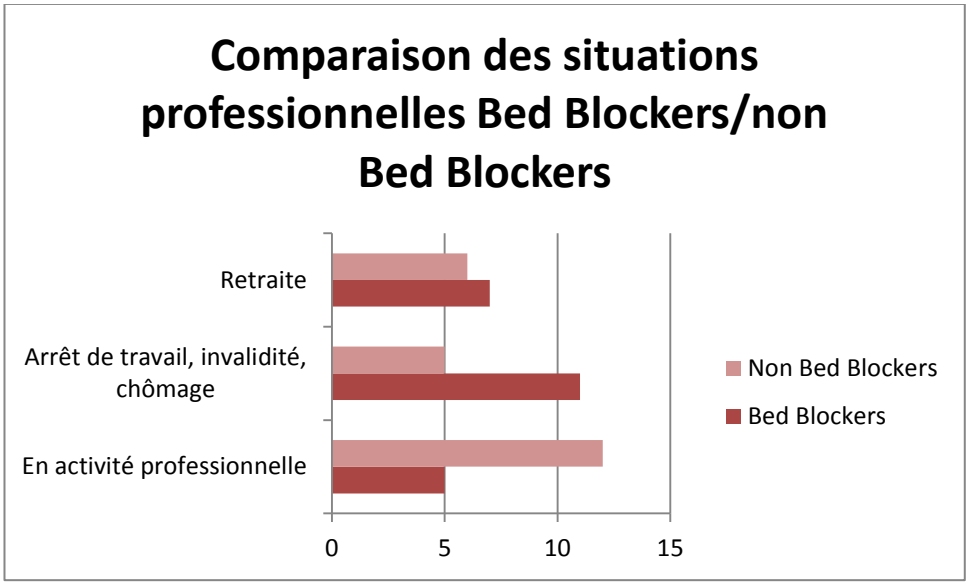
Les données ont mis en évidence que dans le groupe bed blockers, 39 % des patients (9 patients) vivent seuls et sans aidant formel, alors qu'ils ne sont que 21% dans le groupe non bed blockers (5 patients).



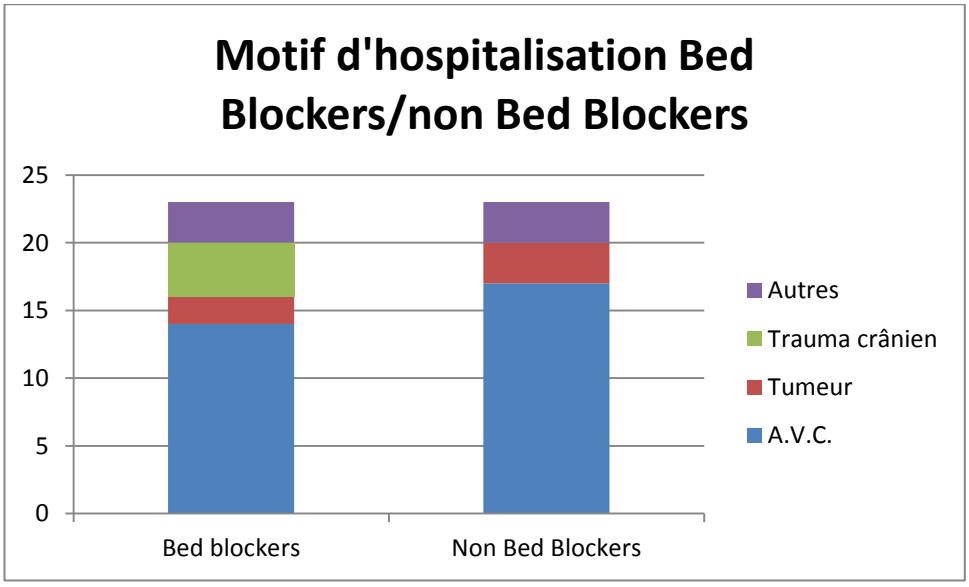
Activité professionnelle : Nous avons cherché à savoir, si avant l'hospitalisation, les patients étaient en activité professionnelle, à la retraite ou inactifs pour cause d'arrêt maladie, invalidité ou chômage.

Un patient bed blocker sur 2 était inactif pour cause d'arrêt maladie, invalidité ou chômage avant son hospitalisation alors que dans le groupe non bed blockers, cette situation ne concernait qu'1 patient sur 5.

52% des patients non bed blockers exerçait une activité professionnelle avant son hospitalisation en MPR.



d)- <u>Pathologie motivant l'hospitalisation :</u>

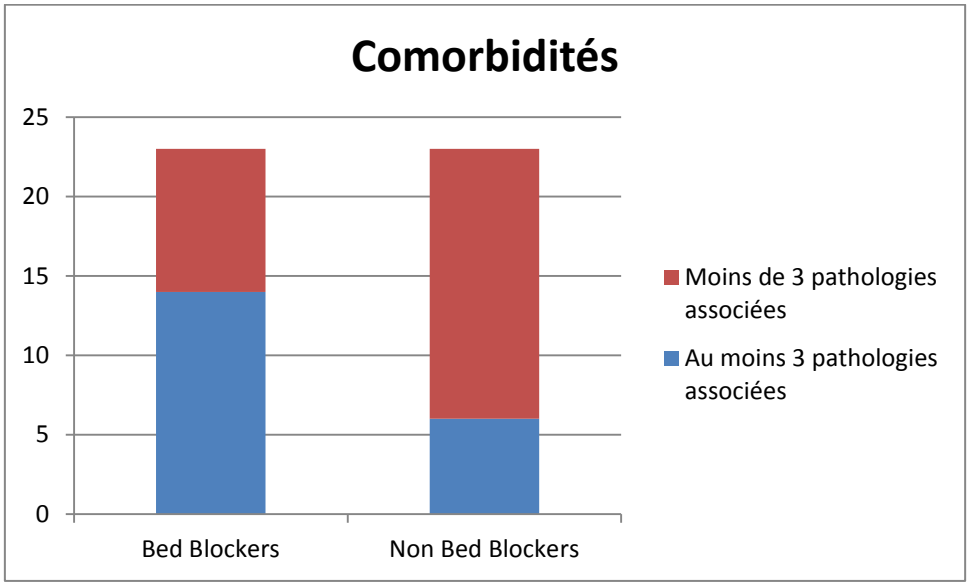


Les AVC représentaient le premier motif d'hospitalisation dans les deux groupes avec un pourcentage de 60% chez les patients bed blockers et 74% chez les non bed blockers.
Le deuxième motif d'hospitalisation chez les patients bed blockers, et qui n'était pas retrouvé dans le groupe non bed blockers, était le traumatisme crânien présent chez 4 patients soit 17% des motifs d'hospitalisation.

e)- Nombre de comorbidités associées au motif d'hospitalisation:

Les pathologies présentées par le patient en plus du motif principal d'hospitalisation et pouvant impacter la prise en charge telles que les pathologies cardiovasculaires, les cancers, le diabète, les maladies de système, les antécédents d'AVC avec séquelles, ont été répertoriées.

60% des patients bed blockers présentaient au moins 3 comorbidités alors qu'ils n'étaient que 26% dans le groupe de patients non bed blockers.



2- La durée de séjour :

Patients bed blockers :
La durée de séjour moyenne était de 199 jours avec une médiane à 148 jours et un écart type de 122 jours.

Le plus long séjour était de 501 jours.

Patients non bed blockers :

La durée de séjour moyenne était de 40,47 jours avec une médiane à 34 jours et un écart type de 22,31.

Le séjour le plus long était de 78 jours.

3- Le score INTERMED :

Patients bed blockers :

Le score INTERMED moyen était de 27,39 avec une médiane à 27.

Le score le plus élevé était 39 et le plus bas 16.

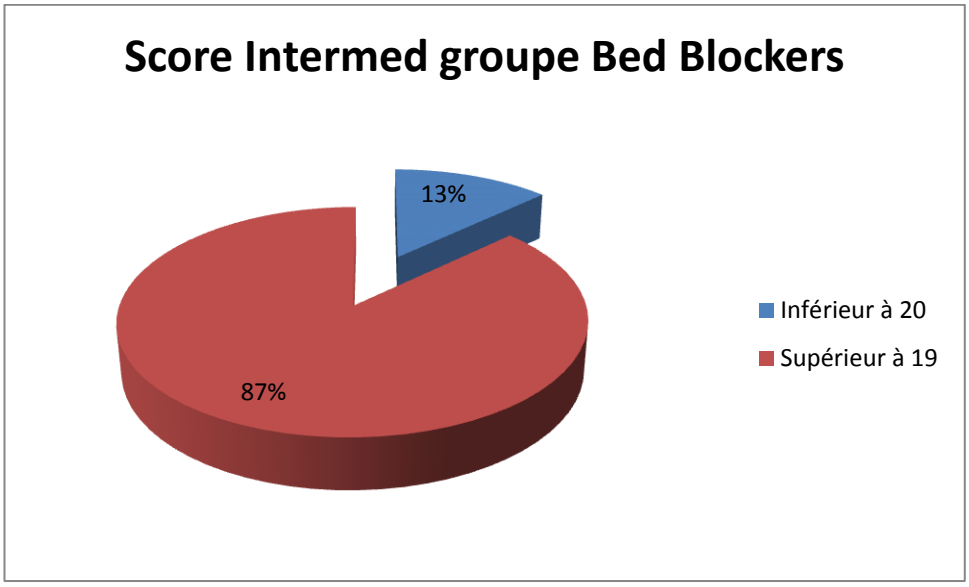
20 patients avaient un score INTERMED supérieur ou égal à 20 soit 87% des patients bed blockers.

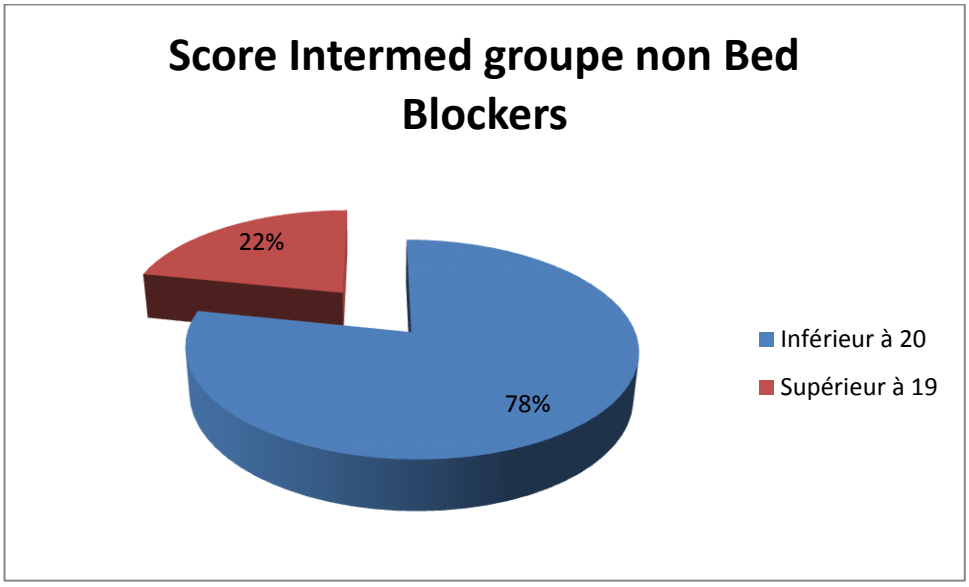
Patients non bed blockers :

Le score INTERMED moyen était de 14,82 avec une médiane à 14.

Le score le plus élevé était 26, et le plus bas 7.

5 patients avaient un score INTERMED supérieur ou égal à 20 soit 21,7% des patients non bed blockers.





4- Le score SMAF :

Patients bed blockers :

Le score SMAF moyen était de – 47,63 avec une médiane à - 48.

Le score le plus bas était – 64 et le plus élevé – 19.

Patients non bed blockers :

Le score SMAF moyen était de – 21,25 avec une médiane à - 19.

Le score le plus bas était - 39 et le plus élevé - 5.

5- La classification de GOS :

Patients bed blockers :

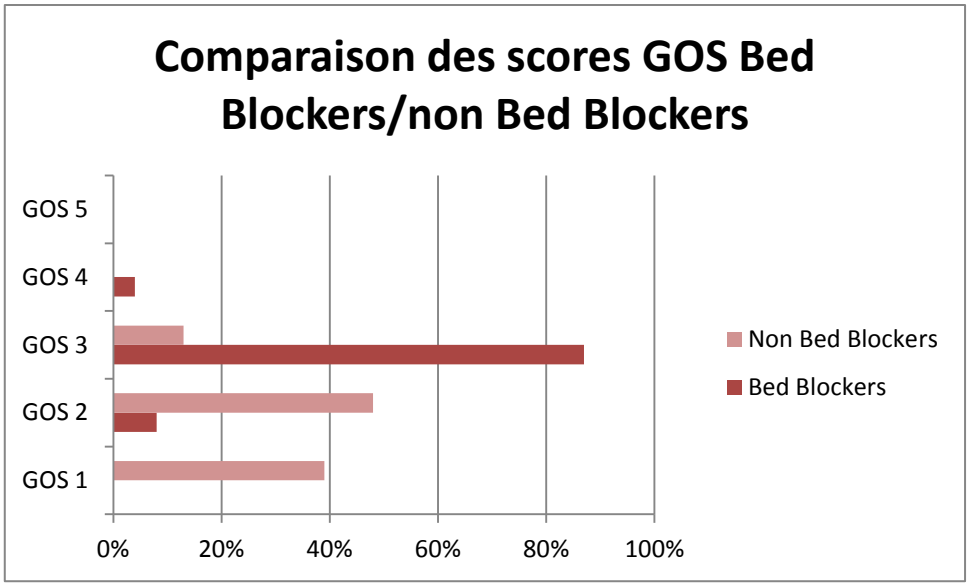
9 patients sur 10 présentaient un GOS 3.

Aucun ne présentait de GOS 1.

Patients bed blockers :

9 patients sur 10 présentaient un GOS 2 ou 1.

Aucun ne présentait de GOS 4 ou 5.



6- Problématiques administratives et sociales

a)- Type et fréquence des problématiques :

Patients bed blockers :

Les problématiques administratives et sociales les plus rencontrées étaient par ordre de fréquence:

1- L'indécision 52%.
2- L'attente d'une décision d'orientation ou d'attribution d'allocation 48%.
3- L'isolement et le logement inadapté ou absent 30%
4- La régularisation du séjour 17%.
5- La recherche de financement et protection juridique à mettre en place 13%.
6- L'élaboration d'un dossier d'allocation et difficulté de mise en place du système de soins et d'accompagnement 8%.
7- Tension familiale, recherche d'identité ou de famille et reconstruction de droits 4%.

Patients non bed blockers :

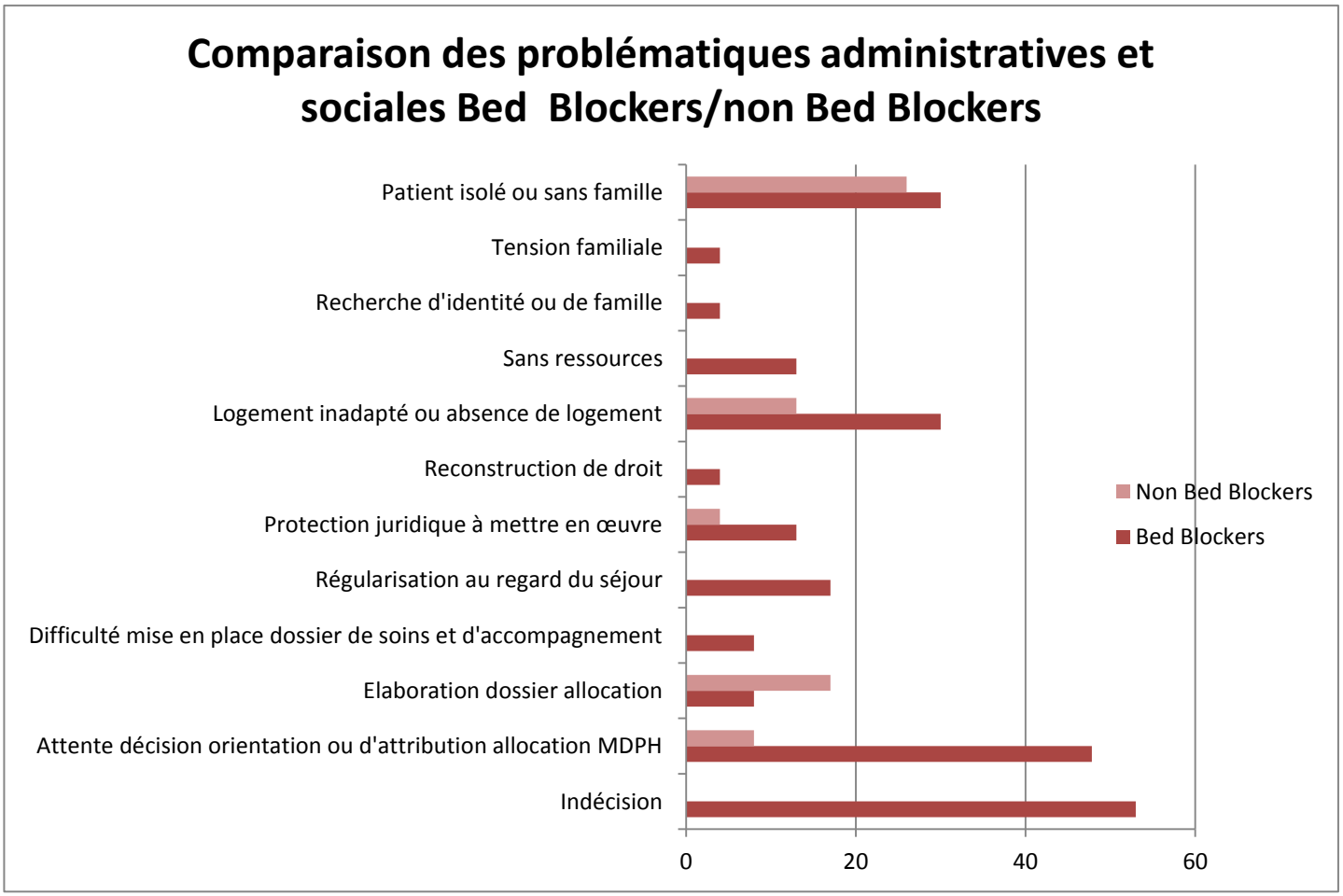
Les problématiques administratives et sociales les plus rencontrées étaient par ordre de fréquence:

1- L'isolement 26%.
2- L'élaboration du dossier d'allocation 17%.

3- Le logement inadapté ou absent 13%.

4- L'attente d'une décision d'orientation ou d'attribution d'allocation 8%.

5- Protection juridique à mettre en place 4%.



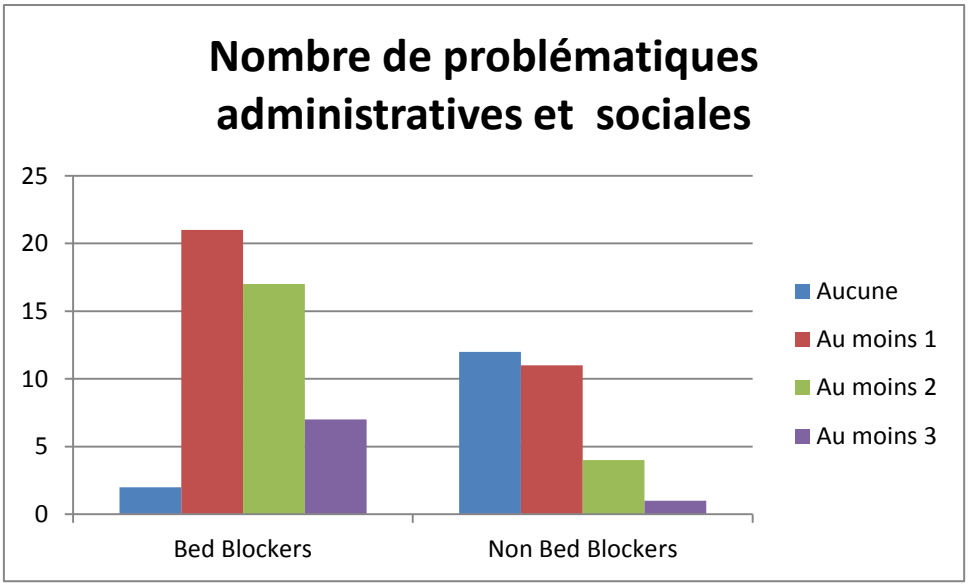
b)- <u>Nombre de problématiques :</u>

Patients bed blockers :

91% des patients avaient au moins une problématique administrative et sociale et 1 patient sur 3 en avait au moins 3.

Patients non bed blockers :

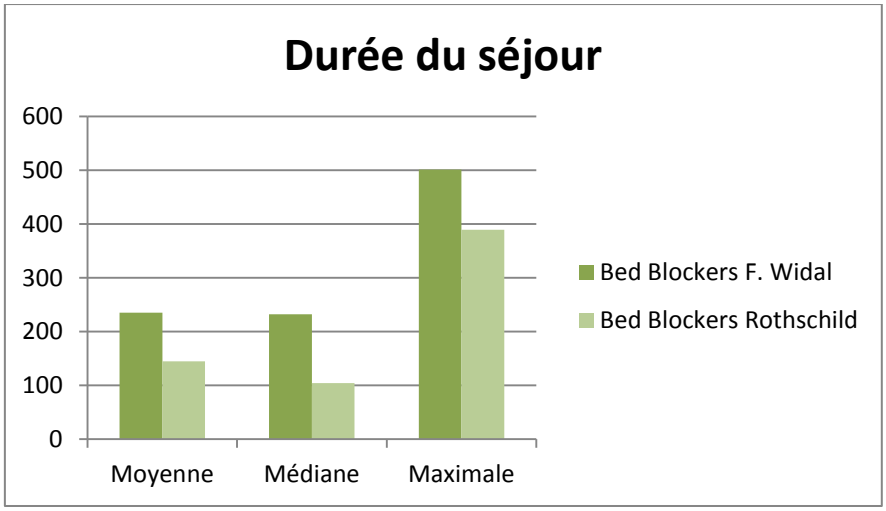
52% des patients n'avaient aucune problématique administrative et sociale et seulement 1 patient, soit 4%, avait plus de 3.



7- Analyse comparative des patients bed blockers entre F. Widal et Rothschild :

En analysant les données concernant les patients bed blockers, il a été constaté à plusieurs reprises des différences entre les patients du service de MPR de l'hôpital Rothschild et celui de Fernand WIDAL. Parmi les caractéristiques pour lesquelles la différence était la plus marquée :

- La durée de séjour : La durée moyenne de séjour était de 235 jours avec une médiane de 232 jours à Fernand Widal et alors qu'elle était de 144,6 jours avec une médiane de 104 jours à l'hôpital Rothschild.

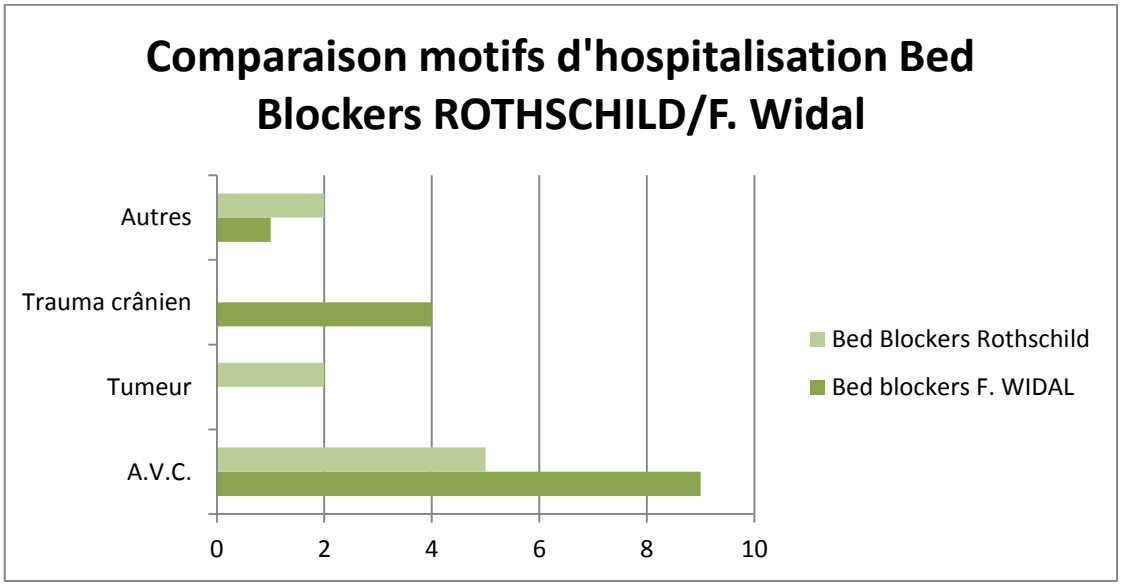


- L'âge : L'âge moyen des patients à Fernand Widal était de 56,6 ans alors qu'il était de 61,6 ans à Rothschild.

- Motif d'hospitalisation :

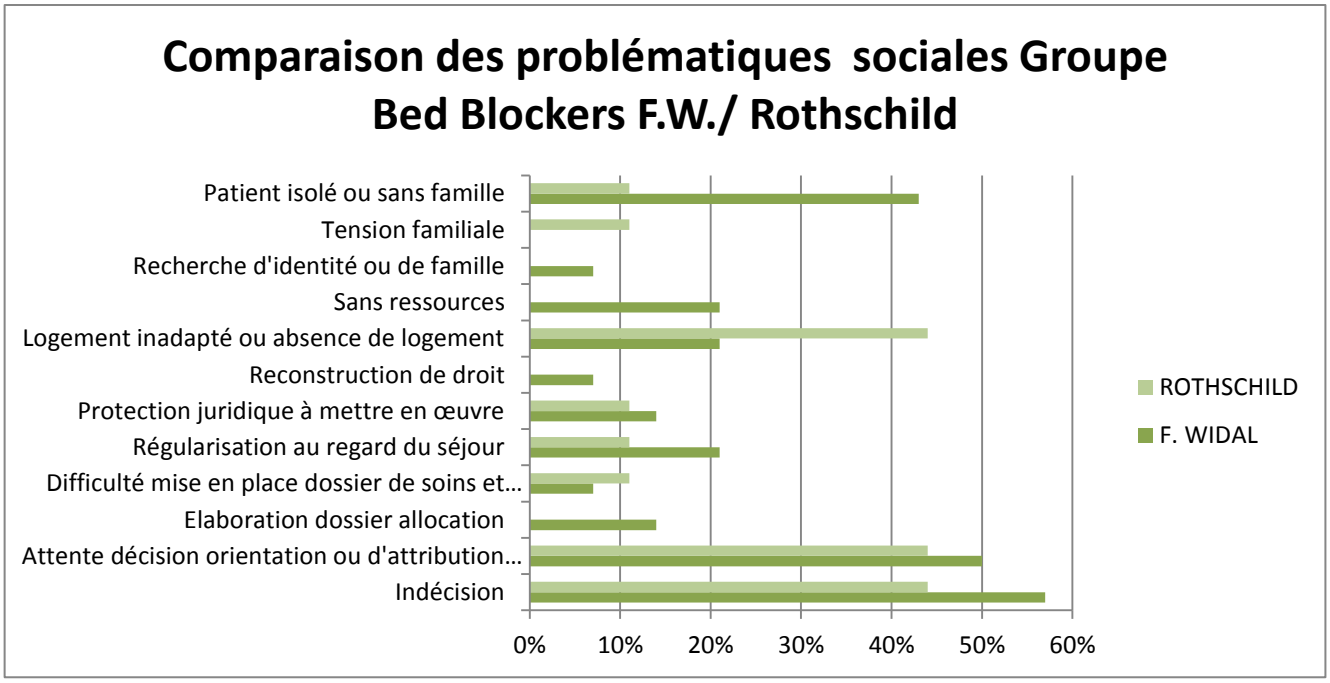
Les AVC étaient le premier motif d'hospitalisation dans les deux services.

Les patients de Fernand Widal présentaient plus d'AVC et de traumatismes crâniens que les patients de Rothschild.



- Les caractéristiques administratives et sociales : L'isolement était la deuxième problématique sociale la plus rencontrée chez les patients de Fernand Widal avec un pourcentage de 42% alors que les patients présentant cette problématique à Rothschild ne représentaient que 11%.

L'indécision et l'attente d'une décision d'orientation ou d'attribution d'allocation MDPH touchaient quasiment la même proportion de patients dans les deux services.



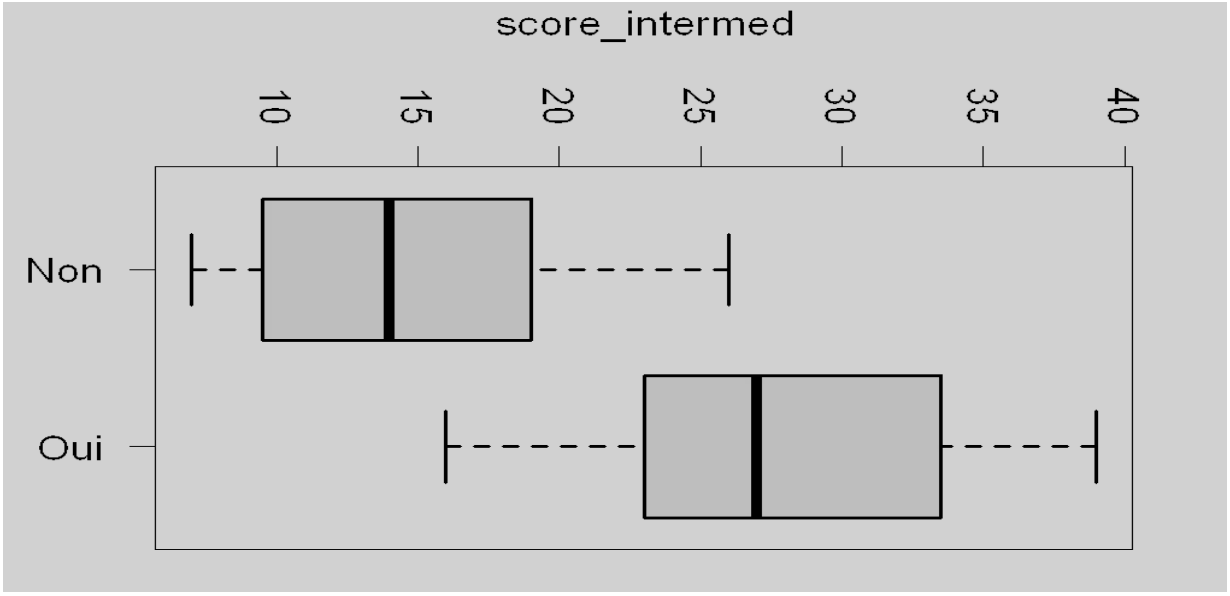
B) Les résultats de l'analyse statistique

1- Test de rang de Wilcoxon

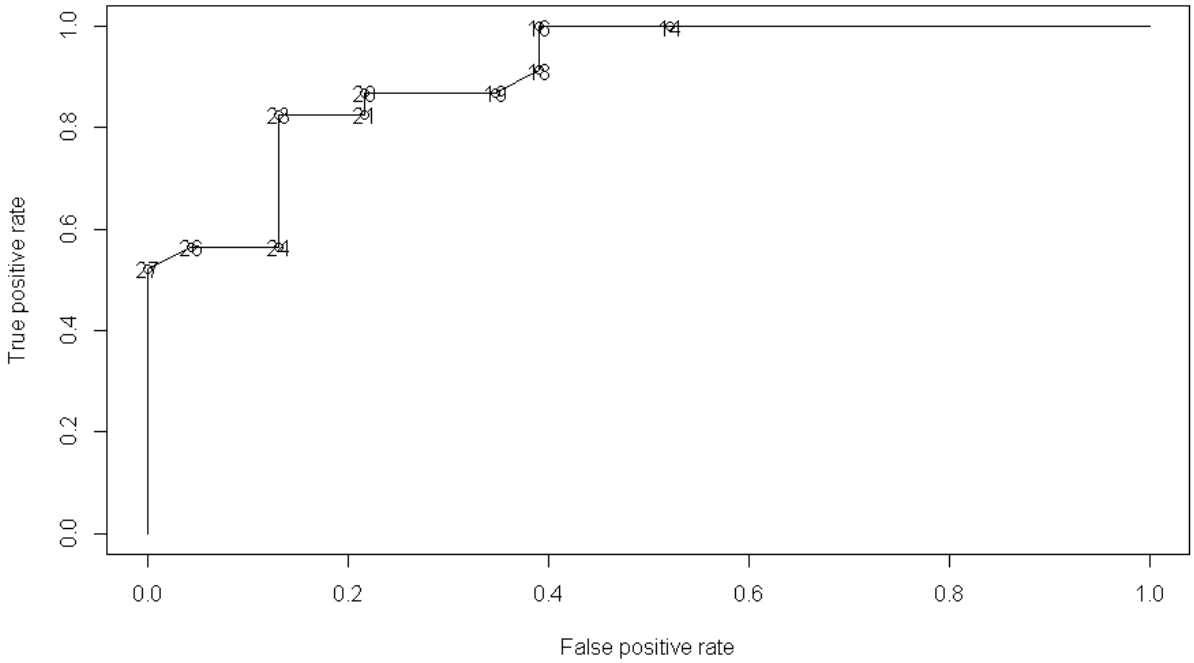
Nous avons fait une comparaison entre la moyenne du score INTERMED dans les deux groupes bed blocker et non bed blocker.

La p-value retrouvée est **p= 2.46e-06**

La p-value est donc <u>inférieure à 0,05</u>, on observe donc <u>une différence significative du score INTERMED dans les deux groupes.</u>



2- La courbe ROC (receiver operating characteristic)



3- L'aire sous la courbe ou AUC (Area under the curve)

La valeure de l'aire sous la courbe était bonne puisqu'elle était de **0,90**.

Cela nous informe que la probabilité que le score INTERMED identifie correctement un patient qui sera un bed blocker est de 90%.

V) DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

A)- Résultats:

1- Objectif principal de l'étude :

Notre objectif principal était d'analyser la valeur prédictive du score INTERMED pour les séjours hospitaliers prolongés. La courbe de ROC que nous avons réalisée nous a permis de conclure qu'effectivement, il existait une relation prédictive entre le score INTERMED et les séjours hospitaliers prolongés avec une aire sous la courbe de 0,90.
En d'autres termes, le score INTERMED nous permet avec une probabilité de 90 % d'identifier les bed blockers hospitalisés en SSR.

Ces résultats ont été obtenus en utilisant des scores INTERMED calculés en tenant compte des éléments que détenaient les équipes soignantes lors des deux premiers jours d'hospitalisation.
Ceci nous amène à l'hypothèse que le calcul du score INTERMED à l'entrée du patient dans un service de court séjour pourrait donner des résultats aussi concluants quant à la prédiction des séjours longs et ainsi, permettrait dès le début du parcours de soins de ces patients complexes de les identifier.

2- Objectifs secondaires :

Déterminants des séjours longs

Notre étude nous a permis d'identifier certaines caractéristiques chez les patients bed blockers :

- L'âge moyen est de 58,6 ans et 1/3 des patients sont âgés de plus de 65 ans.

- Il y a autant d'hommes que de femmes.

- Mis à part les cas de TC, les patients Bed Blockers présentent les mêmes motifs d'hospitalisation avec quasiment les mêmes proportions que les patients non bed blockers.

- 60% des patients bed blockers ont au moins 3 comorbidités associées à leur motif d'hospitalisation.

- Leur état clinique est jugé grave : 92 % sont classés GOS 3 et GOS 4

- Ils ont une incapacité fonctionnelle marquée avec des besoins en termes de soins beaucoup plus importants : un score SMAF moyen de (– 47).

- Sur le plan social :

a)- Au moins une problématique administrative et sociale est retrouvée chez 92 % des bed blockers avec pour 1/3 d'entre eux 3 problématiques ou plus.

b)- 1 patient bed blocker sur 2 était en arrêt de travail, invalidité ou au chômage avant son hospitalisation.

c)- Ils sont 40 % des patients bed blockers à vivre seuls et peu entourés au quotidien.

d)- Les problématiques administratives et sociales les plus rencontrées lors de la prise en charge de ces patients étaient : l'indécision des équipes quant au devenir, l'attente de décision d'hébergement ou d'attribution d'allocation, l'absence de ressources et le logement inadapté ou absent.

e)- Il existait une part non négligeable de patients étrangers nécessitant une régularisation de séjour (17%).

B)- Spécificité de l'étude

1) Sites d'inclusion des patients:

La durée moyenne de séjour des patients bed blockers est nettement plus prolongée à l'hôpital Fernand Widal qu'à l'hôpital Rothschild (235 jours avec une médiane de 232 contre 144 jours avec une médiane à 104).

Dans l'analyse des caractéristiques et des données cliniques recueillies dans ces deux services, nous avons constaté que :

Le profil social des patients bed blockers de l'hôpital Fernand Widal était nettement plus précaire. En plus d'être davantage isolés que les patients de l'hôpital Rothschild, ceux de F. WIDAL étaient :

- Pour 21% d'entre eux sans ressources (contre 0% à Rothschild) ;
- Pour 21% en cours régularisation de titre de séjour (contre 11% à Rothschild),
- Pour 14% en cours d'élaboration de dossier d'allocation (contre 0% à Rothschild),
- Pour 8% en reconstruction de droit (contre 0% à Rothschild),
- Et pour 8% en recherche d'identité (contre 0% à Rothschild).

La durée de séjour la plus longue du groupe de patients bed blockers (501 jours) étant celle d'un patient à Fernand Widal (contre 389 jours à Rothschild); il s'agissait d'une personne en grande précarité et en cours de régularisation de séjour.

Ainsi, hormis les difficultés liées au logement, les problématiques administratives et sociales sont davantage marquées chez les patients bed blockers à F. Widal qu'à Rothschild; plus encore, certaines problématiques recensées chez les patients bed

blockers de F. Widal (élaboration de dossier d'allocation, reconstruction de droits, sans ressources, recherche d'identité ou de famille…) n'ont pas été recensées chez ceux de Rothschild.

L'une des explications possibles est que ces deux services de MPR drainent une population parisienne assez différente du point de vue socioéconomique.

L'hôpital Fernand Widal étant situé dans un secteur de transit (face à la gare du Nord, non loin de la gare de l'Est) et à forte population étrangère et défavorisée, il est fréquent d'y prendre en charge des patients présentant une complexité biopsychosociale importante pouvant retarder leur sortie.

Par exemple, l'isolement était retrouvé chez 42 % des patients bed blockers de Fernand Widal alors qu'il n'était présenté que par 11% des bed blockers de Rothschild. Ces situations concernaient le plus souvent des patients étrangers ou d'origine étrangère dont la famille ne se trouvait pas sur le territoire français.

Des études principalement anglo-saxonnes ont montré que l'augmentation des inégalités sociales était à l'origine de l'aggravation des inégalités de santé. Didier Castiel évoque le concept de « handicap social » qui n'est pas capté par les systèmes d'information actuels. Prendre en compte un éventuel surcoût associé au handicap social nécessite au préalable d'intégrer ces données au PMSI pour mieux décrire les patients précaires et le cas échéant le supplément de besoins que leur pathologie (parfois multiple) nécessite. [28]

2)- Effectif :

Même si l'effectif de 46 patients nous a permis d'avoir des résultats statistiques en faveur de notre hypothèse, il serait intéressant d'augmenter l'effectif de patients pour pouvoir utiliser d'autres méthodes statistiques afin de conforter nos résultats.

3)- Limites du score INTERMED**:**

Le nombre élevé de variables le rend potentiellement contraignant pour une utilisation clinique systématique en aigu car son utilisation nécessite un certain entrainement et une maitrise du guide de la part de l'utilisateur.

[28]).Castiel D, Bréchat PH, Segouin C, Grenouilleau MC, Bertrand D. Hôpitaux publics, T2A et handicap social. Gestions hospitalières juin/juillet 2006:241-5.

C)- RECOMMANDATIONS

A l'issue de cette étude et afin d'améliorer la fluidité des trajectoires de soins tout en répondant au mieux aux besoins des patients complexes au niveau biopsychosocial, plusieurs niveaux d'actions peuvent être proposés :

Repérage et prise en charge précoces :

Repérer précocement les patients à risque d'avoir des durées de séjour prolongées grâce à des outils comme le score INTERMED, puis faire intervenir le plus tôt possible dans le parcours de soins des équipes mobiles d'orientation composées de médecins MPR et/ou Gériatres, kinésithérapeutes, ergothérapeutes ainsi que d'un assistant social.

Cela permettrait de :

- Mettre en place le plus tôt possible des mesures pluridisciplinaires pour des patients aux besoins de soins importants et complexes, souvent lourdement handicapés (GOS3) et ce, dès l'entrée dans les services d'aigu, en vue de favoriser le processus de réadaptation.

- Aider si besoin au choix d'orientation d'aval le plus approprié.

- Identifier les différents acteurs du réseau nécessaire à l'accompagnement hors les murs autour du patient.

- Formuler, appuyer et suivre les demandes d'orientation d'aval.

- Aider à la mise en place du système de soins et d'accompagnement de la perte d'autonomie (aide humaine, aides techniques, aménagement du domicile).

-Permettre l'accès aux droits et à l'attribution des aides financières.

- Travailler à créer et/ou à consolider le réseau médicosocial autour du patient.

Approche transversale grâce à une coopération interprofessionnelle:

Sortir des prises en charge standardisées pour les patients présentant une complexité biopsychosociale importante. Mettre à contribution toutes les compétences professionnelles en organisant des réunions pluridisciplinaires impliquant des acteurs paramédicaux et médicaux de différentes spécialités exerçant dans et en dehors de l'établissement (Médecin traitant, infirmière, kinésithérapeute…) sans oublier les services de court séjour des intervenants de services d'aval.

Transférabilité à l'aigu:

De nombreuses études ont montré que le score INTERMED élevé était corrélé à des durées de séjour augmentées chez les patients hospitalisés en pneumologie(24) en service de médecine interne(21), néphrologie ou gastroentérologie(25) où, dans le cas de cette dernière étude, des soins supplémentaires ont été prodigués pour limiter le nombres de journées d'hospitalisation. On peut donc penser que le score INTERMED ne s'accroit pas du MCO au SSR et qu'il est d'emblée élevé à l'entrée en court séjour pour les patients complexes sur le plan biopsychosocial. Le score INTERMED pourrait donc être utilisé en aigu pour dépister les patients à risque de séjours longs dès l'entrée et ainsi déclencher une prise ne charge pluridisciplinaire précoce dont les modalités restent à préciser par des outils plus spécifiques d'identification des besoins[29]

Défragmentation du système de soins :

Selon le rapport de la commission Larcher relative aux missions de l'hôpital du 14/12/2007, « Le système de santé français est caractérisé par une fragmentation et un cloisonnement entre soins de ville et établissements de santé, mais aussi par une déconnexion entre les préoccupations sanitaires et les préoccupations sociales. »[30]

[29]). DEVAILLY JP, JOSSE L. Sortie du patient handicapé: de la fragmentation à la coopération. Journal de Réadaptation Médicale. 2011; 30 : 1-8

[30]).LARCHER G.. Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital.2007.

Ce rapport mettait en évidence des dysfonctionnements marqués pour des pathologies spécifiques et pour certaines catégories de patients: les personnes âgées, les personnes souffrant de maladies chroniques et de pathologies mentales, de personnes en situation de handicap et de personnes en situation précaire. Parmi ces dysfonctionnements :

- difficultés de coordination des différents acteurs : établissements de soins, professionnels libéraux, établissements médico-sociaux, services à domicile, bailleurs sociaux ;

- Multiplicité des responsabilités institutionnelles et financières : ARS, assurance maladie, conseils généraux, Etat, communes, acteurs dont l'approche territoriale ne coïncide pas toujours.

En effet, la loi HPST ne semble pas avoir permis d'amélioration substantielle : les mécanismes de paiement incitent les acteurs à la concurrence, tandis que les pouvoirs publics tentent d'imposer des mécanismes de coordination gestionnaire à des institutions fragmentées tant financièrement que culturellement.
Actuellement, des équipes mobiles de réadaptation pallient à la fragmentation en organisant des relais lors des étapes limitantes de parcours de soins, notamment entre hôpital et ville et entre soins et social. Ces équipes doivent pouvoir bénéficier de financements pérennes pour assurer une des missions fondamentales d'équipes pluridisciplinaires de réadaptation. Les équipes mobiles internes interviennent dans les différents services d'un établissement, les équipes mobiles externes interviennent hors les murs pour des patients qui vont sortir ou qui vivent au domicile ou en institution. Leur répartition doit être de nature à couvrir l'ensemble de territoires dimensionnés pour une intervention effective de ces équipes.

<u>Améliorer la coopération entre le système sanitaire et le système médicosocial.</u>

Le but est de permettre à tous acteurs intervenant dans le parcours de soins du patient complexe dans et en dehors de l'hôpital de coopérer au mieux afin d'optimiser toutes les ressources à disposition et de proposer la meilleures prise en charge possible tout en prenant en compte le patient dans sa globalité.

PERSPECTIVES

Compte tenu de nos résultats, plusieurs perspectives de recherches peuvent être envisagées :

- Une étude sur la valeur prédictive du score INTERMED pour les séjours hospitaliers prolongés en service de court séjour.

- Une étude évaluant la pertinence de l'utilisation du score INTERMED en ville.

-Une étude permettant de suivre les trajectoires de soins des patients bed blockers.

- Assurer une étude approfondie sur des cohortes de bed blockers plus importantes sur plusieurs années afin de nuancer la prédiction des durées d'hospitalisation. Le recoupement de ce matériau plus dense permettrait une modélisation du phénomène des bed blockers

VI) CONCLUSION

La sortie des patients présentant une complexité biopsychosociale importante doit prendre en compte deux aspects.

D'une part, l'organisation hospitalière est soumise à des contraintes financières imposant une pression croissante sur les durées de séjours afin de libérer des lits et fluidifier les filières de soins.

D'autre part, la qualité de la prise en charge de ces patients pour lesquels la sortie n'est qu'une étape de leur parcours de soins.

Dès lors, l'organisation de la sortie des patients complexes doit être abordée individuellement, médicalement, mais également d'un point de vue médicosocial le plus précocement possible afin d'identifier les différents besoins et graduer toutes les interventions pluridisciplinaire nécessaires dans et à l'extérieur de l'établissement.

Le score INTERMED semble alors être un bon outil de dépistage précoce de ces situations complexes afin que leur prise en charge hospitalière leur permette de bénéficier tant de soins appropriés favorisant la réadaptation que d'un processus de sortie adapté.

VII) REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000742206&categorieLien=id

2. Selker HP, Beshansky JR, Pauker SG, Kassirer JP: The epidemiology of delays in a teaching hospital. The development and use of a tool that detects unnecessary hospital days. Med Care 1989, 27(2):112-129.

3. Simonet M, Kossovsky MP, Chopard P et al. A predictive score to identify hospitalized patients risk' of discharge to a post-acute care facility. BMC Health Serv Res 2008;8:154

4. Enquête "bed blockers". ARS /CRFTC. 2014. http://www.crftc.org/index.php/actions-du-centre-ressources-francilien-du-traumatisme-cranien/12-page-web/249-enquete-bed-blockers-groupe-uspc

5. DGOS, SANESCO. « Enquête nationale pour l'évaluation des inadéquations hospitalières». 2011.

6. ROCKWOOD K, Bed Blockers Beyond polemic. CMAJ. Jan.11, 2000 ; 162(1)

7. CUREC Anne, Etude descriptive des séjours longs en soins de suite et de réadaptation gériatriques au CHU de Nantes, thèse de Doctorat en médecine DES de Santé publique, université de NANTES, 2007, 78 p.

8. Bourdillon François, Mazevet Dominique, Pires Christine, Morin Catherine, Ségouin Sylvie, Rufat Pierre, Pradat-Diehl Pascale, « Caractéristiques médicales et sociales et trajectoires de soins des patients cérébro-lésés hospitalisés », Santé Publique 2/2008 (Vol. 20) , p. 125-139

9. Josse L. Impasses hospitalières et situations de handicap : de la théorie à la pratique. Mémoire diplôme universitaire de troisième cycle Handicap fragilité, réadaptation et Restauration neurologique du mouvement

10. OMS. Définition de la santé de l'OMS. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, New York, 19-22 juin 1946.

11. Engel GL. The need for un new medical model: A challenge for biomedicine. Science 1977;198: 129-96.

12. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. Am. J. Psychiatry 1980;137:535- 44.

13. Stiefel F., De Jonge P; Huyse FJ; Slaets JP; Guex P; Lyons JS; Vannotti M; Fritsch C; MoeriR; Leyvraz PF; So A; Spagnoli J. INTERMED--an assessment and classification system for case complexity. Results in patients with low back pain. Spine. 15 févr 1999;24(4):378‑84;

14. Stiefel F., GUEX P.,Evaluation de la complexité et coordination des soins : Le projet INTERMED, Revue Médicale Suisse N°-667,févr 2001.

15. Homepage - INTERMED [Internet]. Disponible sur: https://www.intermedfoundation.org/homepage

16. De Jonge P; Bauer I ; Huyse FJ ; Latour CH. Medical inpatients at risk of extended hospital stay and poor discharge health status: Detection with COMPRI and INTERMED. Psychosom Med. 2003 Jul-Aug;65(4):534-41.

17. De Jonge P. ; Ruinemans GM ; Huyse FG; Ter Wee PM. A simple risk score predicts poor quality of life and non-survival at 1 year follow-up in dialysis patients. Nephrol Dial Transplant. 2003 Dec;18(12):2622-8.

18. Marie COLLAS GUITTENY, réflexion sur la place et l'organisation de la psychiatrie de liaison dans deux CHU à partir de l'utilisation d'INTERMED outil d'évaluation biopsychosociale, thèse de doctorat en médecine DES de psychiatrie, Université de NANTES, 2004,152

19. Stiefel FC; de Jonge P; Huyse FJ; Slaets JP; Guex P; Lyons JS; Vannotti M; Fritsch C; Moeri R; Leyvraz PF; So A; Spagnoli J. INTERMED--an assessment and classification system for case complexity. Results in patients with low back pain. Spine. 15 févr 1999;24(4):378‑84;

20. Koch N, Stiefel F, Jonge P de, Fransen J, Chamot A-M, Gerster J-C, et al. Identification of case complexity and increased health care utilization in patients with rheumatoid arthritis. Arthritis Care Res. 1 juin 2001;45(3):216‑21.

21. Fischer CJ; Stiefel FC; De Jonge P; Guex P; Troendle A; Bulliard C; Huyse FJ; Gaillard R; Ruiz J. Case complexity and clinical outcome in diabetes mellitus. A prospective study using the INTERMED. Diabetes Metab.1 sept 2000;26(4):295‑302.

22. Mazzocato C, Stiefel F, de Jonge P, Levorato A, Ducret S, Huyse FJ. Comprehensive Assessment of Patients in Palliative Care: A Descriptive Study Utilizing the INTERMED. J Pain Symptom Manage. févr 2000;19(2):83‑90.

23. Luthi A, Hilfiker M, Deriaz O. INTERMED prédit le retour au travail chez des patients en Réadaptation professionnelle pour un traumatisme orthopédique. 10.1016/j.rehab.2011.07.158

24. Lobo E;De Jonge P;Huyse FJ;Slaets JP;Rabanaque MJ;Lobo A. Early detection of pneumology inpatients at risk of extended hospital stay and need for psychosocial treatment. Psychosom Med. 1 janv 2007;69(1):99‑105.

25. de Jonge P;Bauer I;Huyse FJ;Latour CH. Medical inpatients at risk of extended hospital stay and poor discharge health status: detection with COMPRI and INTERMED. Psychosom Med. 1 juill 2003;65(4):534‑41

26. Hébert R, Desrosiers J, Dubuc N, et al.Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). La revue de Gériatrie.2003 ;28 (4): 323-36

27. Jennett B, Bond M. "Assessment of outcome after severe brain damage."Lancet 1975 Mar 1 ;1(7905):480-4

28. Castiel D, Bréchat PH, Segouin C, Grenouilleau MC, Bertrand D. Hôpitaux publics, T2A et handicap social. Gestions hospitalières juin/juillet 2006:241-5.

29. DEVAILLY JP, JOSSE L. Sortie du patient handicapé: de la fragmentation à la coopération. Journal de Réadaptation Médicale. 2011; 30 : 1-8

30. LARCHER G.. Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital.2007.

VIII) ANNEXES

Annexe 1 : INTERMED

Evaluation de la complexité bio-psycho-sociale

Anamnèse biologique

Chronicité	0	1	2	3
Dilemme du diagnostic	0	1	2	3

Etat actuel biologique

Sévérité des symptômes	0	1	2	3
Défi du diagnostic	0	1	2	3

Anamnèse psychologique

Restrictions du Coping	0	1	2	3
Dysfonctionnement psychiatrique	0	1	2	3

Etat actuel psychologique

Résistance aux traitements	0	1	2	3
Symptômes psychiatriques	0	1	2	3

Anamnèse sociale

Intégration sociale	0	1	2	3
Dysfonctionnement social	0	1	2	3

Etat actuel social

Situation de vie	0	1	2	3
Réseau social	0	1	2	3

Anamnèse « système de soins »

Intensité du traitement	0	1	2	3
Expérience avec le traitement	0	1	2	3

Etat actuel « système de soins »

Organisation des soins	0	1	2	3
Adéquation de l'hospitalisation ou de la consultation	0	1	2	3

Pronostic

Pronostic biologique	0	1	2	3
Pronostic psychologique	0	1	2	3
Pronostic social	0	1	2	3
Pronostic « système de soins »	0	1	2	3

Total :

Annexe 2 : Guide d'utilisation de la grille INTERMED

Version 5.1 **Traduite par F. Stiefel**

Approuvée par l'INTERMED Project Group
Peter de Jonge; Fritz Stiefel; Frits Huyse ; Joris Slaets; John Lyons; Wolfgang Söllner.

Manuel : variables et points d'ancrage clinique.

Notez :

1. L'INTERMED évalue la complexité de cas. La complexité se définit par rapport aux interférences lors d'une prise en charge standard. Ces interférences dénotent la présence dans un même temps, d'autres conditions, telles que biologiques, psychologiques, sociales ou concernant le système de soins et nécessitant de passer d'une prise en charge standard à une prise en charge individuelle. Dès qu'une variable est mesurée en addition aux points d'ancrage cliniques comme défini ci-dessous, il est recommandé de garder à l'esprit ce qui fut mentionné plus haut : « Cette information va-t-elle impliquer des interférences avec la prise en charge standard ? ».

2. Toutes les variables concernant l'anamnèse couvrent une période s'étalant sur les cinq dernières années. Il y a une exception; la variable « dysfonctionnement psychiatrique ». Cette variable est évaluée dans toute la durée de vie.

Anamnèse biologique[1]
Chronicité[2]
- 0 Moins de 3 mois de dysfonctionnement somatique
- 1 Plus de 3 mois de dysfonctionnement somatique ou plusieurs épisodes de dysfonctionnement somatique de moins de 3 mois
- 2 Une maladie chronique
- 3 Plusieurs maladies chroniques

Dilemme du diagnostic
- 0 Pas d'épisodes de complexité du diagnostic
- 1 Diagnostic et étiologie furent clarifiés rapidement
- 2 Dilemme du diagnostic résolu, mais avec un effort considérable
- 3 Dilemme du diagnostic ; non-résolu malgré des efforts considérables

Etat actuel biologique
Sévérité des symptômes
- 0 Sans symptomatologie ou symptomatologie réversible sans effort médical intensif
- 1 Symptômes légers, mais notables qui n'interfèrent pas avec le fonctionnement
- 2 Symptômes moyens à sévères qui interfèrent avec le fonctionnement
- 3 Symptômes sévères, conduisant à l'incapacité de toute activité fonctionnelle

Défi du diagnostic
- 0 Diagnostic clair
- 1 Diagnostic différentiel clair
- 2 Diagnostic différentiel complexe, pour lequel un diagnostic est à prévoir du point de vue biologique
- 3 Diagnostic différentiel complexe, pour lequel un diagnostic n'est pas à prévoir du point de vue biologique

1 L'anamnèse couvre la période des 5 dernières années, excepté pour la variable "dysfonctionnement psychiatrique" de l'anamnèse psychologique.
2 Un bon indicateur de la maladie chronique est l'utilisation chronique de médicaments, à l'exclusion de l'utilisation de Psychotropes.

Anamnèse psychologique

Restrictions du Coping

0 Sans restriction du coping : habilité à faire face au stress ; pas d'influence négative sur le traitement médical
1 Restrictions mineures du coping causant un stress léger jusqu'à modéré chez le patient et/ou chez les proches ou soignants (tel un comportement plaintif)
2 Restrictions modérées du coping causant un stress émotionnel sévère chez le patient et/ou chez les proches ou soignants (tels un comportement agressif ou abus de substances sans effet bio-psycho-social négatif) et/ou sans influence négative sur le traitement médical (tel un déni prolongé)
3 Restrictions sévères du coping causant une symptomatologie psychiatrique importante (tels abus de substances avec effet bio-psycho-social négatif, automutilation ou tentative de suicide) et une influence négative sur le traitement médical.

Dysfonctionnement psychiatrique

0 Pas de dysfonctionnement psychiatrique
1 Dysfonctionnement psychiatrique sans impact sur le fonctionnement quotidien
2 Dysfonctionnement psychiatrique avec un impact passager sur le fonctionnement quotidien
3 Hospitalisation(s) psychiatriques(s) et/ou impact permanent dans les activités quotidiennes

Etat actuel psychologique

Résistance aux traitements

0 Motivé et participant actif aux traitements
1 Certaine ambivalence, mais participant au traitement
2 Résistance considérable ; telles que la non-compliance, hostilité ou indifférence envers les soignants
3 Résistance active contre tous les soins

Symptômes psychiatriques

0 Sans symptômes psychiatriques
1 Symptômes psychiatriques légers ; tels que problèmes de concentration ou de tension
2 Symptômes psychiatriques ; tels qu'anxiété, dépression ou confusion
3 Symptômes psychiatriques avec des troubles du comportement ; tels que violence, automutilation.

Anamnèse sociale

Intégration sociale

0 Un métier (incluant foyer, retraite, études) et activités de loisir
1 Un métier (incluant foyer, retraite, études) sans activité de loisir
2 Au moins 6 mois d'arrêt de travail avec activités de loisir
3 Au moins 6 mois d'arrêt de travail sans activité de loisir

Dysfonctionnement social

0 Pas de rupture sociale
1 Léger dysfonctionnement social ; problèmes relationnels
2 Dysfonctionnement social moyen ; tel que l'incapacité de maintenir des relations sociales

3 Dysfonctionnement social sévère ; tel que l'implication dans des relations conflictuelles, ou isolation

Etat actuel social

Situation de vie

0 Situation de domicile stable ; capable de vivre en toute indépendance
1 Situation de domicile stable avec le soutien des autres ; tels qu'un cadre institutionnel ou soins à domicile
2 Situation de domicile instable ; changement de situation de domicile est nécessaire
3 Situation de domicile instable ; changement immédiat nécessaire

Réseau social [3]

0 Bonnes relations avec la famille, le travail et les amis
1 Restrictions dans un des domaines
2 Restrictions dans deux des domaines
3 Restrictions dans les trois domaines

Anamnèse "système de soins"

Intensité du traitement

0 Moins de 4 consultations chez le médecin par année
1 4 ou plus de consultations avec le médecin traitant par année ou 1 spécialiste
2 Différents spécialistes ou une hospitalisation
3 Plusieurs hospitalisations ou séjours prolongé dans une unité de soins intensifs ou de réhabilitation

Expérience avec le traitement

0 Pas de problème avec les soignants
1 Expériences négatives (du patient ou des proches) avec les soignants
2 Demande de seconde avis ou changements de médecins
3 Conflits répétitifs avec des médecins ou hospitalisations d'office

Etat actuel "système de soins"

Organisation des soins

0 Un spécialiste (de la médecine somatique ou de la psychiatrie)
1 Différents spécialistes de la médecine somatique
2 Des spécialistes de la médecine somatique et de la psychiatrie
3 Transfert d'un autre hôpital

Adéquation de l'hospitalisation ou de la consultation

0 Consultations ambulatoires ou d'hospitalisations planifiées
1 Consultations ambulatoires ou hospitalisations non planifiées ou en urgence
2 Possibilité de planifier une stratégie thérapeutique, sans pouvoir offrir une prise en charge optimale
3 Incapacité de planifier une stratégie thérapeutique optimale

Pronostic

Pronostic biologique

0 Pas de limitation dans les activités quotidiennes
1 Légère limitation dans les activités quotidiennes

2 Condition chronique et/ou limitations substantielles et permanentes dans les activités quotidiennes
3 Complications somatiques sévères ou déficits fonctionnels, risque sévère de mourir

Pronostic psychologique

0 Pas de troubles psychiatriques
1 Troubles psychiatriques légers; tels que troubles d'ajustement, anxiété, tristesse, abus de substances ou troubles cognitifs
2 Troubles psychiatriques moyens nécessitant des soins psychiatriques
3 Troubles psychiatriques sévères nécessitant une hospitalisation psychiatrique

Pronostic social

0 Pas de changement dans la situation de vie, sans nécessité de soins supplémentaires
1 Pas de changement dans la situation de vie; nécessité de soins supplémentaires tels que soins à domicile ou soutien par un assistant social nécessaire
2 Hospitalisation temporaire dans une institution
3 Hospitalisation permanente dans une institution

Pronostic "système de soins"[4]

0 Pas de problèmes dans l'organisation des soins
1 Difficultés mineures dans l'organisation des soins : soins multi-disciplinaires facilement mis à disposition
2 Difficultés moyennes dans l'organisation des soins : soins multi-disciplinaires difficiles à mettre à disposition
3 Sévères difficultés dans l'organisation des soins, nécessitant la mise en place d'un réseau

3 Personnes en arrêt de maladie sont notées comme travaillant. Celles qui reçoivent une rente d'invalidité sont notées comme n'ayant pas de travail. Celles qui étudient et celles avec un travail bénévole sont notées comme ayant un travail.
4 Cette variable est évaluée en tenant compte du système national des soins.

Annexe 3 : Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)

Grille d'évaluation de l'autonomie

SYSTÈME DE MESURE DE L'AUTONOMIE FONCTIONNELLE

© HÉBERT, CARRIER, BILODEAU 1983 ; CEGG inc., Revisé 2002 • Reproduction interdite

Nom : _____

Dossier : _____

Date : _____ Évaluation no. : _____

INCAPACITÉS	RESSOURCES	HANDICAP	STABILITÉ*
	0. sujet lui-même 1. famille 2. voisin 3. employé 4. aux. fam 5. infirmière 6. bénévole 7. autre		
A. ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE (A.V.Q.)			
1. SE NOURRIR			
0 Se nourrit seul -0,5 Avec difficulté -1 Se nourrit seul mais requiert de la stimulation ou de la surveillance OU on doit couper ou mettre en purée sa nourriture au préalable -2 A besoin d'une aide partielle pour se nourrir OU qu'on lui présente les plats un à un -3 Doit être nourri entièrement par une autre personne OU porte une sonde naso-gastrique ou une gastrostomie ☐ sonde naso-gastrique ☐ gastrostomie	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui ☐ Non Ressources : ☐ ☐ ☐	0 -1 -2 -3	– + •
2. SE LAVER			
0 Se lave seul (incluant entrer ou sortir de la baignoire ou de la douche) -0,5 Avec difficulté -1 Se lave seul mais doit être stimulé OU nécessite une surveillance pour le faire OU qu'on lui prépare le nécessaire OU a besoin d'aide pour un bain complet hebdomadaire seulement (incluant pied et lavage de tête) -2 A besoin d'aide pour se laver (toilette quotidienne) mais participe activement -3 Nécessite d'être lavé par une autre personne	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui ☐ Non Ressources : ☐ ☐ ☐	0 -1 -2 -3	– + •
3. S'HABILLER (toutes saisons)			
0 S'habille seul -0,5 Avec difficulté -1 S'habille seul mais doit être stimulé OU a besoin d'une surveillance pour le faire OU on doit lui sortir son linge et lui présenter OU on doit apporter certaines touches finales (boutons, lacets) -2 Nécessite de l'aide pour s'habiller -3 Doit être habillé par une autre personne ☐ bas de soutien	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui ☐ Non Ressources : ☐ ☐ ☐	0 -1 -2 -3	– + •

*STABILITÉ : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : – diminuent, + augmentent, • restent stables ou ne s'applique pas.

INCAPACITÉS	RESSOURCES	HANDICAP	STABILITÉ*
	0. sujet lui-même 1. famille 2. voisin 3. employé 4. aux. fam 5. infirmière 6. bénévole 7. autre		
4. ENTRETENIR SA PERSONNE (se brosser les dents ou se peigner ou se faire la barbe ou couper ses ongles ou se maquiller) 0 Entretient sa personne seul -0,5 Avec difficulté -1 A besoin de stimulation OU nécessite de la surveillance pour entretenir sa personne -2 A besoin d'aide partielle pour entretenir sa personne -3 Ne participe pas à l'entretien de sa personne	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui ☐ Non Ressources : ☐ ☐ ☐	0 -1 -2 -3	– + •
5. FONCTION VÉSICALE 0 Miction normale -1 Incontinence occasionnelle OU en goutte à goutte OU une autre personne doit lui faire penser souvent d'uriner pour éviter les incontinences -2 Incontinence urinaire fréquente -3 Incontinence urinaire totale et habituelle OU porte une culotte d'incontinence ou une sonde à demeure ou un condom urinaire ☐ culotte d'incontinence ☐ sonde à demeure ☐ condom urinaire ◯ incontinence diurne ◯ incontinence nocturne	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui ☐ Non Ressources : ☐ ☐ ☐	0 -1 -2 -3	– + •
6. FONCTION INTESTINALE 0 Défécation normale -1 Incontinence fécale occasionnelle OU nécessite un lavement évacuant occasionnel -2 Incontinence fécale fréquente OU nécessite un lavement évacuant régulier -3 Incontinence fécale totale et habituelle OU porte une culotte d'incontinence ou une stomie ☐ culotte d'incontinence ☐ stomie	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui ☐ Non Ressources : ☐ ☐ ☐	0 -1 -2 -3	– + •
7. UTILISER LES TOILETTES 0 Utilise seul les toilettes (incluant s'asseoir, s'essuyer, s'habiller et se relever) -0,5 Avec difficulté -1 Nécessite de la surveillance pour utiliser les toilettes OU utilise seul une chaise d'aisance, un urinal ou une bassine -2 A besoin d'aide d'une autre personne pour aller aux toilettes ou utiliser la chaise d'aisance, la bassine ou l'urinal -3 N'utilise pas les toilettes, la chaise d'aisance, la bassine ou l'urinal ☐ chaise d'aisance ☐ bassine ☐ urinal	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui ☐ Non Ressources : ☐ ☐ ☐	0 -1 -2 -3	– + •

*STABILITÉ : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : – diminuent, + augmentent, • restent stables ou ne s'applique pas.

INCAPACITÉS	RESSOURCES	HANDICAP	STABILITÉ*
	0. sujet lui-même 1. famille 2. voisin 3. employé 4. aux. fam 5. infirmière 6. bénévole 7. autre		
B. MOBILITÉ			
1. TRANSFERTS (du lit vers le fauteuil et la position debout et vice versa) [0] Se lève, s'assoit et se couche seul [-0,5] Avec difficulté [-1] Se lève, s'assoit et se couche seul mais doit être stimulé ou surveillé ou guidé dans ses mouvements préciser : _____ [-2] A besoin d'aide pour se lever, s'asseoir et se coucher préciser : _____ [-3] Grabataire (doit être levé et couché en bloc) ☐ positionnement particulier : ☐ lève-personne ☐ planche de transfert	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui → [0] ☐ Non → [-1] [-2] [-3] Ressources : ☐ ☐ ☐		[–] [+] [•]
2. MARCHER À L'INTÉRIEUR (incluant dans l'immeuble et se rendre à l'ascenseur)* [0] Circule seul (avec ou sans canne, prothèse, orthèse, marchette) [-0,5] Avec difficulté [-1] Circule seul mais nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille dans certaines circonstances OU démarche non sécuritaire [-2] A besoin d'aide d'une autre personne [-3] Ne marche pas ☐ canne simple ☐ tripode ☐ quadripode ☐ marchette * Distance d'au moins 10 mètres	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui → [0] ☐ Non → [-1] [-2] [-3] Ressources : ☐ ☐ ☐		[–] [+] [•]
3. INSTALLER PROTHÈSE OU ORTHÈSE [0] Ne porte pas de prothèse ou d'orthèse [-1] Installe seul sa prothèse ou son orthèse [-1,5] Avec difficulté [-2] A besoin qu'on vérifie l'installation de sa prothèse ou de son orthèse OU a besoin d'une aide partielle [-3] La prothèse ou l'orthèse doit être installée par une autre personne Type de prothèse ou d'orthèse :	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui → [0] ☐ Non → [-1] [-2] [-3] Ressources : ☐ ☐ ☐		[–] [+] [•]
4. SE DÉPLACER EN FAUTEUIL ROULANT À L'INTÉRIEUR [0] N'a pas besoin de F.R. pour se déplacer [-1] Se déplace seul en F.R. [-1,5] Avec difficulté [-2] Nécessite qu'une personne pousse le F.R. [-3] Ne peut utiliser un F.R. (doit être transporté en civière) ☐ F.R. Simple ☐ F.R. à conduite unilatérale ☐ F.R. motorisé ☐ triporteur ☐ quadriporteur	• Le logement où habite le sujet permet la circulation en F.R. ☐ Oui → [0] ☐ Non • Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui → [0] ☐ Non → [-1] [-2] [-3] Ressources : ☐ ☐ ☐		[–] [+] [•]

*STABILITÉ : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : [–] diminuent, [+] augmentent, [•] restent stables ou ne s'applique pas.

INCAPACITÉS	RESSOURCES	HANDICAP	STABILITÉ*
	0. sujet lui-même 1. famille 2. voisin 3. employé 4. aux. fam 5. infirmière 6. bénévole 7. autre		
5. UTILISER LES ESCALIERS 0 Monte et descend les escaliers seul -0,5 Avec difficulté -1 Monte et descend les escaliers mais nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille OU monte et descend les escaliers de façon non sécuritaire -2 Monte et descend les escaliers avec l'aide d'une autre personne -3 N'utilise pas les escaliers	Le sujet doit utiliser un escalier ☐ Non → 0 ☐ Oui Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui → 0 ☐ Non → -1 -2 -3 Ressources : ☐ ☐ ☐		– + •
6. CIRCULER A L'EXTÉRIEUR 0 Circule seul en marchant (avec ou sans canne, prothèse, orthèse, marchette)[1] -0,5 Avec difficulté -1 Utilise seul un fauteuil roulant ou un triporteur / quadriporteur* OU circule seul en marchant mais nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille dans certaines circonstances OU démarche non sécuritaire -2 A besoin d'aide d'une autre personne pour marcher OU utiliser un F.R.* -3 Ne peut circuler à l'extérieur (doit être transporté sur civière) [1] Distance d'au moins 20 mètres	* L'environnement extérieur où habite le sujet permet l'accès et la circulation en F.R. ou triporteur / quadriporteur ☐ Oui → 0 ☐ Non Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui → 0 ☐ Non → -1 -2 -3 Ressources : ☐ ☐ ☐		– + •
C. COMMUNICATION **1. VOIR** 0 Voit de façon adéquate avec ou sans verres correcteurs -1 Troubles de vision mais voit suffisamment pour accomplir les activités quotidiennes -2 Ne voit que le contour des objets et nécessite d'être guidé dans les activités quotidiennes -3 Aveugle ☐ verres correcteurs ☐ loupe	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui → 0 ☐ Non → -1 -2 -3 Ressources : ☐ ☐ ☐		– + •
2. ENTENDRE 0 Entend convenablement avec ou sans appareil auditif -1 Entend ce qu'on lui dit à la condition de parler fort OU nécessite qu'on lui installe son appareil auditif -2 N'entend que les cris ou que certains mots OU lit sur les lèvres OU comprend par gestes -3 Surdité complète et incapacité de comprendre ce qu'on veut lui communiquer ☐ appareil auditif	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui → 0 ☐ Non → -1 -2 -3 Ressources : ☐ ☐ ☐		– + •

*STABILITÉ : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : – diminuent, + augmentent, • restent stables ou ne s'applique pas.

INCAPACITÉS	RESSOURCES	HANDICAP	STABILITÉ*
	0. sujet lui-même 1. famille 2. voisin 3. employé 4. aux. fam 5. infirmière 6. bénévole 7. autre		
3. PARLER 0 Parle normalement -1 A une difficulté de langage mais réussit à exprimer sa pensée -2 A une difficulté grave de langage mais peut communiquer certains besoins primaires OU répondre à des questions simples (oui, non) OU utilise le langage gestuel -3 Ne communique pas Aide technique : ☐ ordinateur ☐ tableau de communication	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui → 0 ☐ Non → -1 -2 -3 Ressources : ☐ ☐ ☐		– + •
D. FONCTIONS MENTALES **1. MÉMOIRE** 0 Mémoire normale -1 Oublie des faits récents (noms de personnes, rendez-vous…) mais se souvient des faits importants -2 Oublie régulièrement des choses de la vie courante (fermer cuisinière, avoir pris ses médicaments, rangement des effets personnels, avoir pris un repas, ses visiteurs…) -3 Amnésie quasi totale	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui → 0 ☐ Non → -1 -2 -3 Ressources : ☐ ☐ ☐		– + •
2. ORIENTATION 0 Bien orienté par rapport au temps, à l'espace et aux personnes -1 Est quelques fois désorienté par rapport au temps, à l'espace et aux personnes -2 Est orienté seulement dans la petite durée (temps de la journée), le petit espace (environnement immédiat habituel) et par rapport aux personnes familières -3 Désorientation complète	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui → 0 ☐ Non → -1 -2 -3 Ressources : ☐ ☐ ☐		– + •
3. COMPRÉHENSION 0 Comprend bien ce qu'on lui explique ou lui demande -1 Est lent à saisir des explications ou des demandes -2 Ne comprend que partiellement même après des explications répétées OU est incapable de faire des apprentissages -3 Ne comprend pas ce qui se passe autour de lui	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui → 0 ☐ Non → -1 -2 -3 Ressources : ☐ ☐ ☐		– + •

*STABILITÉ : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : – diminuent, + augmentent, • restent stables ou ne s'applique pas.

INCAPACITÉS	RESSOURCES	HANDICAP	STABILITÉ*
	0. sujet lui-même 1. famille 2. voisin 3. employé 4. aux. fam 5. infirmière 6. bénévole 7. autre		
4. JUGEMENT 0 Évalue les situations et prend des décisions sensées -1 Évalue les situations et nécessite des conseils pour prendre des décisions sensées -2 Évalue mal les situations et ne prend des décisions sensées que si on lui suggère fortement notre opinion -3 N'évalue pas les situations et on doit prendre les décisions à sa place	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui ☐ Non Ressources : ☐ ☐ ☐	0 -1 -2 -3	– + •
5. COMPORTEMENT 0 Comportement adéquat -1 Troubles de comportement mineurs (jérémiades, labilité émotive, entêtement, apathie) qui nécessitent une surveillance occasionnelle OU un rappel à l'ordre OU une stimulation -2 Troubles de comportement qui nécessitent une surveillance plus intensive (agressivité envers soi ou les autres, dérange les autres, errance, cris constants) -3 Dangereux, nécessite des contentions OU essaie de blesser les autres ou de se blesser OU tente de se sauver	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui ☐ Non Ressources : ☐ ☐ ☐	0 -1 -2 -3	– + •
E. TÂCHES DOMESTIQUES (Activités de la vie domestiques) **1. ENTRETENIR LA MAISON** 0 Entretient seul la maison (incluant entretien quotidien et travaux occasionnels) -0,5 Avec difficulté -1 Entretient la maison (incluant laver la vaisselle) mais requiert surveillance ou stimulation pour maintenir un niveau de propreté convenable OU nécessite de l'aide pour des travaux occasionnels (laver les planchers, doubles fenêtres, peinture, gazon, déneigement, etc.) -2 A besoin d'aide pour l'entretien quotidien de la maison -3 N'entretient pas la maison	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui ☐ Non Ressources : ☐ ☐ ☐	0 -1 -2 -3	– + •
2. PRÉPARER LES REPAS 0 Prépare seul ses repas -0,5 Avec difficulté -1 Prépare ses repas mais nécessite qu'on le stimule pour maintenir une alimentation convenable -2 Ne prépare que des repas légers OU réchauffe des repas déjà préparés (incluant la manutention des plats) -3 Ne prépare pas ses repas	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui ☐ Non Ressources : ☐ ☐ ☐	0 -1 -2 -3	– + •

*STABILITÉ : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : – diminuent, + augmentent, • restent stables ou ne s'applique pas.

INCAPACITÉS	RESSOURCES	HANDICAP	STABILITÉ*
	0. sujet lui-même 1. famille 2. voisin 3. employé 4. aux. fam 5. infirmière 6. bénévole 7. autre		
3. FAIRE LES COURSES 0 Planifie et fait seul les courses (nourriture, vêtements…) -0,5 Avec difficulté -1 Planifie et fait seul les courses mais nécessite qu'on lui livre -2 Besoin d'aide pour planifier ou faire les courses -3 Ne fait pas les courses	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui ☐ Non Ressources : ☐ ☐ ☐	0 -1 -2 -3	– + •
4. FAIRE LA LESSIVE 0 Fait toute la lessive seul -0,5 Avec difficulté -1 Fait la lessive seul mais nécessite une stimulation ou une surveillance pour maintenir un niveau de propreté convenable -2 A besoin d'aide pour faire la lessive -3 Ne fait pas la lessive	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui ☐ Non Ressources : ☐ ☐ ☐	0 -1 -2 -3	– + •
5. UTILISER LE TÉLÉPHONE 0 Se sert seul du téléphone (incluant la recherche d'un numéro dans le bottin) -0,5 Avec difficulté -1 Répond au téléphone mais ne compose que quelques numéros qu'il a mémorisés ou des numéros en cas d'urgence -2 Communique au téléphone mais ne compose pas de numéros ou ne décroche pas le récepteur -3 Ne se sert pas du téléphone	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui ☐ Non Ressources : ☐ ☐ ☐	0 -1 -2 -3	– + •
6. UTILISER LES MOYENS DE TRANSPORT 0 Utilise seul un moyen de transport (automobile, véhicule adapté, taxi, autobus…) -0,5 Avec difficulté -1 Doit être accompagné pour utiliser un moyen de transport OU utilise seul le transport adapté -2 N'utilise que l'automobile ou le transport adapté à la condition d'être accompagné et aidé pour monter et descendre -3 Doit être transporté sur civière	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui ☐ Non Ressources : ☐ ☐ ☐	0 -1 -2 -3	– + •

*STABILITÉ : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : – diminuent, + augmentent, • restent stables ou ne s'applique pas.

INCAPACITÉS	RESSOURCES	HANDICAP	STABILITÉ*
	0. sujet lui-même 1. famille 2. voisin 3. employé 4. aux. fam 5. infirmière 6. bénévole 7. autre		
7. PRENDRE SES MÉDICAMENTS 0 Prend seul ses médicaments de façon adéquate OU ne prend pas de médicaments -0,5 Avec difficulté -1 A besoin de surveillance (incluant surveillance à distance) pour s'assurer qu'il prend convenablement ses médicaments OU pilulier hebdomadaire (préparé par une autre personne) -2 Prend ses médicaments s'ils sont préparés quotidiennement -3 On doit lui apporter ses médicaments en temps opportun ☐ pilulier	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui ☐ Non Ressources : ☐ ☐ ☐	0 -1 -2 -3	– + •
8. GÉRER SON BUDGET 0 Gère seul son budget (incluant gestion bancaire) -0,5 Avec difficulté -1 A besoin d'aide pour effectuer certaines transactions majeures -2 A besoin d'aide pour effectuer des transactions régulières (encaisser un chèque, payer des comptes) mais utilise l'argent de poche qu'on lui remet à bon escient -3 Ne gère pas son budget	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui ☐ Non Ressources : ☐ ☐ ☐	0 -1 -2 -3	– + •

*STABILITÉ : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : – diminuent, + augmentent, • restent stables ou ne s'applique pas.

Le **SMAF** a été conçu et validé grâce à l'appui du Conseil québécois de la recherche sociale et du Département de santé communautaire de l'Hôtel-Dieu de Lévis.

Pour obtenir des exemplaires de cette grille, écrire à :

Centre d'expertise en gérontologie et gériatrie Inc.
Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle
Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
375, rue Argyll
Sherbrooke (Québec) Canada J1J 3H5
Tél : (819) 821-1170 poste 3332
Télécopieur : (819) 821-5202
Courriel : smaf.iugs@ssss.gouv.qc.ca

AUTEUR : Nom : ABANE **Prénom : Jasmine**

Date de Soutenance : 16 octobre 2015

Titre de la Thèse : Intérêt du score INTERMED dans la prédiction des séjours hospitaliers prolongés en SSR.

Thèse - Médecine - Lille 2015

Cadre de classement : Médecine Physique et Réadaptation, Gériatrie, Santé Publique, Médecine générale.

DES de Médecine Générale

Mots-clés : Durée de séjour, score INTERMED, impasses hospitalières, complexité biopsychosociale, prise en charge multidisciplinaire.

Résumé :

Contexte: L'hôpital public est soumis à une double contrainte : prodiguer des soins adaptés aux patients ; et respecter une logique comptable imposant aux services hospitaliers une grande fluidité des séjours. Or, les déterminants de l'hospitalisation sont analysés en termes de catégories médicales alors que l'organisation de la sortie nécessite des mesures médico-sociales coordonnées tout au long des parcours de soins. Nous souhaitons mettre en évidence l'intérêt du score INTERMED dans le repérage des patients complexes requérant une gestion transversale dès leur admission afin de limiter les séjours longs tout en assurant des soins.de qualité.

Méthode: Nous souhaitons étudier grâce à une enquête un jour donné, les caractéristiques des patients hospitalisés en SSR, dont la durée de séjour a dépassé 2 fois la DMS, soit 90 jours, ainsi que celles des patients hospitalisés moins de 90 jours, en se basant sur les données collectées dans les deux premiers jours suivant l'entrée dans le service. Le but étant de comparer les scores INTERMED de ces deux groupes afin d'analyser la valeur prédictive de ce score pour les séjours hospitaliers prolongés.

Résultats: La comparaison entre la moyenne du score INTERMED dans les deux groupes bed blockers et non bed blockers nous donne une p-value de 2.46e-06. On observe donc une différence significative du score INTERMED dans les deux groupes. La valeur de l'aire sous la courbe Receiver Opérator Charactéristics curve (ROC) du score INTERMED était de 0,90.

Conclusion : Ces résultats confirment que le score INTERMED possède une bonne valeur prédictive des séjours hospitaliers prolongés en SSR. Nous proposons de confirmer l'intérêt de ce score dès l'admission en court séjour, voire en amont, afin d'identifier les patients dont la complexité biopsychosociale nécessite une gestion de cas personnalisée par une équipe de liaison médicalisée et pluridisciplinaire assemblant des compétences de réadaptation et d'accompagnement du handicap ; ce qui permettrait de limiter les risques de séjours prolongés ou extrêmes non pertinents.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs : Madame le Professeur Gilberte ROBAIN, Monsieur le Docteur Marc BAYEN, Monsieur le Docteur Patrick HUGEUX.