



Prado
Le service de
retour à domicile

ECHANGES AUTOUR DU SUIVI DE L'AVC

Alençon - 28 mars 2018



1

Accueil

Nadège DECAEN

Responsable du Département Santé et Offre de Soins de la CPAM de l'Orne

2

Prise en charge de l'AVC en Normandie

Présenté par Dr Christian Marie, Dr Corinne JOKIC, Patricia LECONTE

Animateurs filière AVC Normandie

3

Prado AVC : process et outils

Présenté par Pascale LEROY Conseiller Assurance Maladie, Dr Jocelyne MAZEL Référent médical

4

Témoignage de l'équipe du CHICAM Alençon

Dr Anne GUILBERT médecin neuro-vasculaire, Françoise HADNI IDE service neurologie/UNV

Objectif du service : fluidifier le parcours hôpital - ville

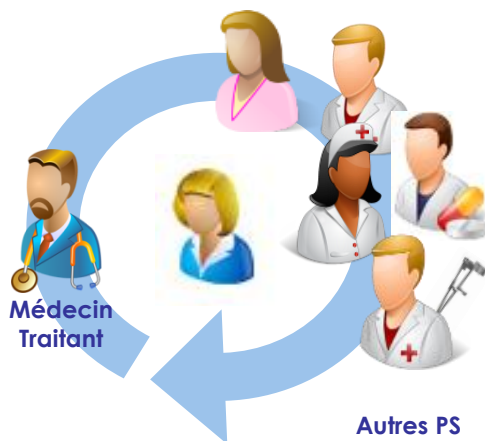
Hospitalisation

Retour au domicile

Parcours patient



Équipe médicale en établissement



Prestataires aide à la vie



Le Conseiller de l'Assurance Maladie est un facilitateur entre les professionnels de santé de ville et le patient pour son retour à domicile et n'intervient pas dans les décisions médicales

Objectifs globaux du service Prado

Permettre au patient de retourner au domicile dès que l'hospitalisation n'est plus nécessaire
(raccourcir les séjours qui peuvent l'être, répondre à la demande des patients)

Accompagner l'évolution des techniques médicales qui favorisent le développement des pratiques en ambulatoire et des hospitalisations plus courtes

Eviter des organisations d'aval trop coûteuses si elles ne sont pas nécessaires
Adapter les circuits de prise en charge aux besoins du patient

Eviter des ré-hospitalisations liées à une insuffisance de suivi post-hospitalisation

Maternité

Accompagner les mères et leur enfant en accompagnant la réduction de la durée de séjour

Chirurgie

Proposer une prise en charge en ville quand l'équipe médicale estime que l'état du patient ne nécessite pas un séjour en SSR

Pathologies chroniques

- **Insuffisance cardiaque, BPCO:** diminuer les taux de ré-hospitalisation et de décès
- **Expérimentations Personnes âgées, AVC**

Pendant l'hospitalisation

1

Éligibilité du patient au service par l'équipe médicale, demande de l'accord du patient pour visite du CAM et détermination de la date de sortie

2

Information par le CAM et adhésion du patient

3

Prise des rendez-vous par le CAM avec les PS qui interviendront dans le suivi en ville

4

Initiation de la démarche d'aide à la vie si nécessaire

5

Remise au patient du carnet de suivi par l'équipe médicale

6

Prise en charge par les professionnels de santé : MT, IDE, MK, médecin(s) spécialiste(s) et les prestataires d'aide à la vie

Sortie d'hospitalisation

De retour à domicile

Prado intervient en complémentarité des dispositifs existants

MATERNITE

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

INSUFFISANCE CARDIAQUE/BPCO

Etablissements



PSL



Adhésions



4

44 SF

1550 (Taux d'adhésion 85%)

6



92



59

126 (Taux d'adhésion 100%)

1 en IC



53



3



54

83 (Taux d'adhésion 100%)

Etablissements dans lesquels le PRADO est déployé sur le département :

- CHIC Alençon/Mamers
- Hôpital de l'Aigle
- Hôpital d'Argentan
- Hôpital de Flers

Etablissements dans lesquels le PRADO est déployé sur le département :

- CHIC Alençon/Mamers
- Hôpital d'Argentan
- Hôpital de Flers
- Clinique saint Dominique de Flers

Etablissements dans lesquels le PRADO est déployé sur le département :

- CHIC Alençon/Mamers

2017



Signature d'une convention avec le CHICAM pour expérimentation du PRADO AIT/AVC

Manager Conseiller Assurance Maladie

Pascale LEROY

Tél. 02.33.32.35.76

pascale.leroy@cpam-alencon.cnamts.fr

Référent Médical

Docteur Jocelyne MAZEL

Tél. 02.33.32.37.61

jocelyne.mazel@elsm-alencon.cnamts.fr

Unité Opérationnelle PRADO

Fax. 02.33.32.36.74

Conseillers Assurance Maladie :

Mélinda DUFÉTEL

Tél. 02.33.32.36.36 / Portable : 06.82.85.83.40

melinda.dufetel-legros@cpam-alencon.cnamts.fr

Régis FOURREY

Tél. 02.33.32.36.91 / Portable : 06.27.30.36.62

regis.fourrey@cpam-alencon.cnamts.fr

Isabelle KABONGO

Tél. 02.33.32.36.88 / Portable : 06.64.35.23.22

isabelle.kabongo@elsm-alencon.cnamts.fr

3

Prado AVC

Sources : PMSI MCO et SSR 2015 / patients tous régimes > 18 ans

**Séjours AVC/Accident ischémique
transitoire**

170 000 séjours

150 000 patients

Taux de recours au SSR

31,6 % (hors patients AIT et hors décès hospitaliers)

**Taux de passage par une Unité Neuro
Vasculaire au cours du séjour MCO**

40,8 %

Durée moyenne de séjour MCO

9,5 jours (médiane = 7j)

Durée moyenne de séjour SSR

46,7 jours

Sources : DCIR 2015 / patients tous régimes > 18 ans (avec consultations externes)

On observe un faible recours aux soins (spécialistes, auxiliaires, MG)

A 1 mois pour les patients en AVC :

- **47% ont vu un médecin généraliste**
- 5,3% un neurologue
- 4,2% un gériatre
- 5,7% un orthophoniste

A 3 mois pour les patients avec AVC :

- **65,1% médecin généraliste**
- 11% un neurologue
- 6,7% un gériatre
- 9,3% un orthophoniste

Sources : PMSI MCO 2015 / patients tous régimes > 18 ans

Des taux de réhospitalisation élevés (toutes causes) Des taux de décès importants

- **Plus d'un tiers des AVC/AIT (36%) sont réhospitalisés** au moins une fois dans les 6 mois

→ dont **1 sur 5** en urgence (19%)

- **Un tiers des AIT sont réhospitalisés** au moins une fois dans les 6 mois

→ dont **1 sur 5** en urgence (18%)

Un quart des patients hospitalisés pour AVC meurt dans les 6 mois

Une littérature française et internationale qui souligne la nécessité d'améliorer les soins de ville post-AVC

Recommandations HAS 2010

- Faciliter le retour à domicile des patients présentant un faible déficit
- Améliorer la coordination PS de ville et la prise en charge pluri-professionnelle
- Améliorer la prévention secondaire

Plan AVC 2010-2014

- **Optimiser le recours à la consultation pluri-professionnelle post-AVC** dans les 6 mois
- **Améliorer le dépistage des troubles cognitifs** souvent sous-estimés
- Développer, comme à l'étranger, des programmes de retour à domicile après AVC (ESD)

Littérature internationale (PubMed)

- **Early supported discharge** after stroke (ESD) à l'étranger présentent de meilleurs résultats médico-économiques:
 - baisse de la DMS totale en moyenne
 - plus grande autonomie dans les tâches de la vie quotidienne (AVQ)
 - baisse de l'institutionnalisation et des décès (pas systématique)
 - meilleur rapport coût-efficacité

Experts ayant participé au groupe de travail et à l'élaboration de Prado AVC

SFNV (Société Française neuro-vasculaire)
DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins)
SFGG (Société Française de Gériatrie et Gérontologie)
SOFMER (Société Française de Médecine physique et Réadaptation)
CMG (Collège de Médecine Générale)
Réseau AVC
HAS (Haute Autorité de Santé)

Partenaires ayant contribué à la réalisation des outils

HAS

- Coréalisation et validation des mémos de bonnes pratiques

FNO (Fédération nationale des Orthophonistes)

- Coréalisation du mémo orthophoniste

Syndicats IDE

- Consultation pour le mémo IDE → accueil favorable

France AVC

- Consultation pour carnet de suivi → accueil favorable

Expérimentation proposée sur 5 sites aux patients majeurs du régime général

Sites

- Manche, Orne, Rhône, Morbihan, Bas-Rhin

Deux parcours post MCO élaborés à partir des recommandations de la HAS et s'inscrivant dans les objectifs du plan AVC 2010/2014

AIT
ou
AVC sans déficience visible

▪ **Objectifs :**

- favoriser l'exhaustivité du bilan étiologique
- améliorer la prévention secondaire
- systématiser la réalisation d'une consultation pluri-professionnelle post-AVC ou d'une consultation spécialisée de neurologie, de gériatrie, de MPR

AVC avec une ou plusieurs
déficiences

▪ **En plus des objectifs du premier parcours :**

- contribuer à la structuration d'une prise en charge pluri-professionnelle et coordonnée en ville
- optimiser la rééducation et la réadaptation


→ mieux prendre en charge le handicap et en limiter le retentissement




Diminuer les récurrences, les réhospitalisations et les décès

Hôpital
Lettre de liaison


 Médecin généraliste

 Infirmier(ère)

– Masseur-kinésithérapeute
– Orthophoniste
– Autre professionnel 

 Neurologue et/ou
Géronte et/ou
MPR

 Pharmacien

 Prestataire d'aide à la vie
Assistant(e) de service social

1^{ère} semaine (J0-J7)
dans un délai adapté aux
déficiences du patient

Consultation/visite

**Bilan de soins
infirmiers à domicile
(DSI/BSI*)**

Rééducation et réadaptation adaptées aux besoins du patient selon prescription médicale

dans les 3 mois

Consultation/visite à 1 mois
en coordination avec le neurologue ou gériatre ou médecin de médecine
physique et réadaptation (MPR) ou consultation post AVC

Autre avis
spécialisé si
nécessaire

Poursuite des soins selon prescription médicale

**Consultation
pluriprofessionnelle* post AVC
ou spécialisée à 1 mois** si le
patient n'a pas été hospitalisé
en unité neurovasculaire

**Consultation pluriprofessionnelle
post AVC ou spécialisée dans
les 3 mois**
si le patient a été hospitalisé en
unité neurovasculaire

- **Rôle attendu:**
 - Repérage du risque d'évènement indésirable médicamenteux
 - Alerte du médecin traitant

Aide à la vie : portage de repas et/ou aide ménagère, selon les besoins identifiés

Evaluation sociale globale

Objectif du conseiller de l'Assurance Maladie : organiser le premier rendez-vous du patient avec les professionnels de santé à sa sortie d'hôpital



CAM

- Contacte le médecin traitant pour organiser le 1^{er} rendez-vous dans les 7 jours après la sortie d'hôpital et l'informe de l'adhésion de son patient



- Organise la consultation pluriprofessionnelle post-AVC si celle-ci a été prescrite ou a minima contacte le médecin spécialiste de ville (neurologue et/ou gériatre et/ou MPR) pour organiser un rendez-vous dans les 3 mois suivant la sortie, lorsqu'il n'y a pas de rendez-vous fixé avec le spécialiste hospitalier



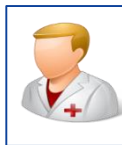
- Contacte les professionnels de santé prescrits par l'équipe hospitalière pour le suivi infirmier et la rééducation et organise avec chacun des PS les premiers rendez-vous : IDE, MK, orthophoniste, autres professionnels



- Remet le carnet de suivi à l'équipe médicale après avoir renseigné la date des 1^{ers} RDV et les coordonnées (CAM, PS ...)



- Signale au Médecin Conseil (MC) le 1^{er} patient inclus de chaque MT



MC

- Visite ou contact téléphonique avec le médecin traitant au 1^{er} patient inclus
- Envoi ou remise des documents qui lui sont destinés



Outils réalisés en collaboration rapprochée avec les professionnels de santé

PS

- **Mémos**
 - Organisation générale
 - Suivi par le médecin généraliste (validé par le CMG)
 - Prise en charge orthophonique (réalisé en collaboration avec la FNO)
 - Suivi infirmier (accueil favorable de la part des syndicats IDE)

- **Grille d'éligibilité**

PS + assurés

- **Carnet de suivi** (participation de France AVC)

Assurés

- Dépliant de présentation
- Bulletin d'adhésion

Outil en attente

PS

- Mémo MK en cours de finalisation

Courriers à destination des PS pour les informer du lancement de l'expérimentation

Éléments de sortie

(à remplir par l'équipe hospitalière ou à faire figurer dans la lettre de liaison)

Date de sortie: | | | | | | | | | |

1. Type d'AVC: ischémique hémorragique AIT

2. Cause de l'AVC: _____

3. Examens restants à réaliser en externe:

4. Bilan MK (BMK) réalisé:

oui non

5. Bilan orthophonique réalisé:

oui non

6. Évaluation sociale réalisée:

oui non

7. Points de vigilance:

- Troubles de la déglutition
- Autonomie à la marche
- Risque de chute
- Déficits sensoriels
- Troubles de la mémoire


8. Traitement des facteurs de risque
cardio-neuro-vasculaire:

- Traitement anticoagulant ou antiplaquettaire
si infarctus cérébral ou AIT
Médicament prescrit: _____
- Traitement antihypertenseur
Objectif tensionnel: _____
- Autre traitement: _____

Lettre de liaison / éléments de sortie

- **La lettre de liaison:** idéalement, l'équipe médicale hospitalière insère la lettre de liaison dans le rabat du carnet de suivi
- **Éléments de sortie:** a minima, l'équipe médicale renseigne dans le carnet de suivi les éléments indispensables au MT lors de la première consultation après la sortie

Suivi en ville après accident ischémique transitoire ou accident vasculaire cérébral


MAI
2017

RETOUR À DOMICILE APRÈS HOSPITALISATION

Suivi en ville après accident ischémique transitoire ou accident vasculaire cérébral

Prado, le service de retour à domicile, est destiné au patient qui le souhaite, après hospitalisation :

- pour accident ischémique transitoire (AIT) ou accident vasculaire cérébral (AVC) sans déficience visible,
- ou
- pour AVC avec une ou plusieurs déficiences, dès que l'hospitalisation n'est plus jugée nécessaire par l'équipe médicale.

Il s'appuie sur une prise en charge pluriprofessionnelle : médecin généraliste/traitant, infirmier(e), masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, médecin spécialiste (neurologue/gériatre/médecin de médecine physique et réadaptation).

Le service vise à :

- favoriser la réalisation d'un bilan étiologique complet ;
- favoriser la mise en place du traitement des facteurs de risque cardio-neuro-vasculaire ;
- sécuriser les thérapeutiques médicamenteuses ;
- systématiser le recours à une consultation pluriprofessionnelle post-AVC.


Et, pour les patients présentant au moins une déficience :

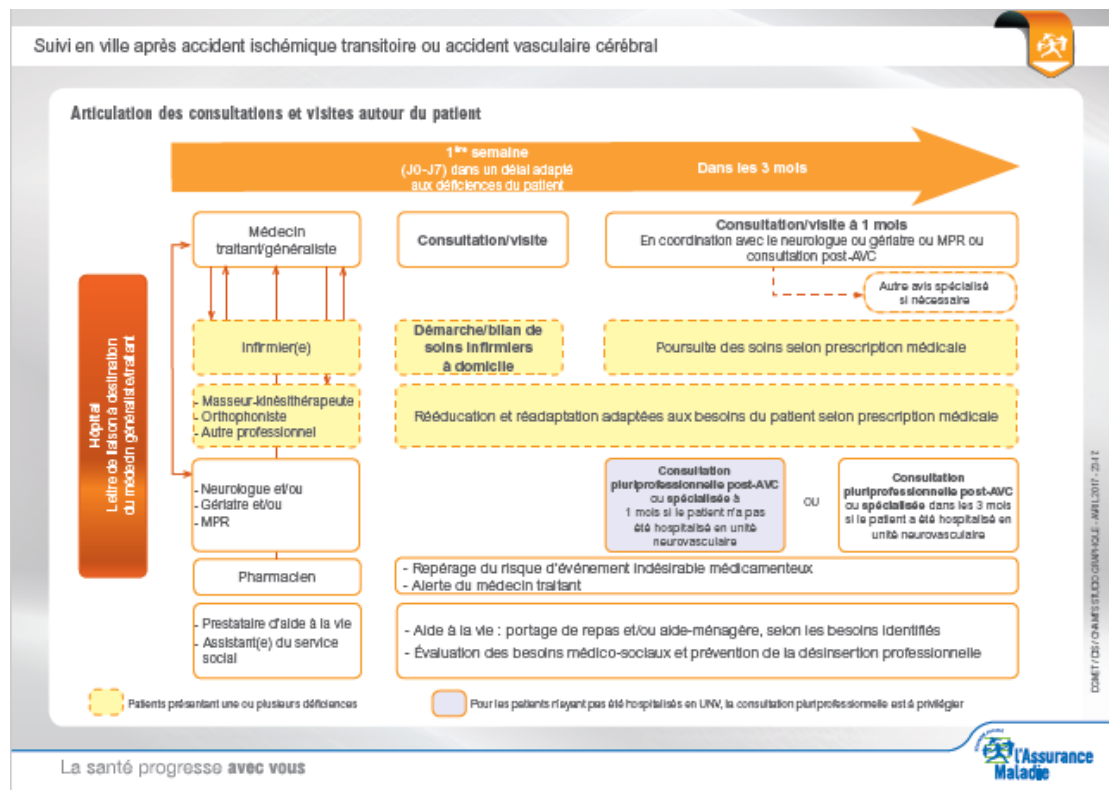
- optimiser le recours à la rééducation pour permettre une récupération fonctionnelle optimale ;
- repérer plus vite et prendre en charge sans délai les complications de l'AVC ou du handicap.

L'ensemble des professionnels contribue à :

- l'éducation du patient ainsi qu'au soutien, à la transmission d'informations aux aidants et au dépistage de leurs difficultés ;
- l'identification des signes d'alerte ;
- la sensibilisation du patient à l'appel du 15 ou du 112 en cas de signes évocateurs de récurrence d'AVC.

Sources :
http://www.hes-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/dec_m_35/decal_fcha_de_synth_350se-2006.pdf
http://www.hes-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/AVC_Retour_Racco.pdf





L'aide à la vie : portage de repas et aide à domicile

Promotion et ouverture du DMP

Aide administrative : protocole de soins, indemnités journalières,
transports

Potentiel Prado

CHICAM

AIT 46/AVC 217

CH ARGENTAN

AIT 44/AVC 71

CH FLERS

AIT 69/AVC 145

CH L'AIGLE

AIT 17/AVC 56



Prado
Le service de
retour à domicile

Merci de votre présence et de votre attention

Sources

- (1) Peter Langhorne, Lotta Widen-Holmqvist « **Early supported discharge after stroke** ». *J Rehabil Med* 2007; 39: 103–108.
- (2) « **Effectiveness of an Early Supported Discharge Service for Persons Hospitalized after a Stroke Episode: A special report** ». Health Quality Ontario pp.1-45, April 2014.
- (3) Ann-Marie Thorsén and al. « **A randomized Controlled Trial of Early Supported Discharge and Continued Rehabilitation at Home After Stroke. Five-year follow-up of patient outcome** ». *Stroke*. 2005;36:297-302.
- (4) Anna Brandal et Per Wester « **Stroke Unit at Home: A Prospective Observational Implementation Study For Early Supported Discharge from the Hospital** ». *Int J Phys Med Rehabil* 2013,1:9.
- (5) Hélène Pessah-Rasmussen, Kerstin Wendel « **Early supported discharge after stroke and continued rehabilitation at home coordinated and delivered by a stroke unit in an urban area** ». *J Rehabil Med* 2009; 41: 482–488.
- (6) Ömer Saka and al. « **Cost-Effectiveness of Stroke Unit Care Followed by Early Supported Discharge** ». *Stroke*. 2009;40:24-29
- (7) Fearon, P., and Langhorne, P. (2012) « **Services for reducing duration of hospital care for acute stroke patients** ». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012 (9). pp. 1-97. ISSN 1469-493X.
- (8) Hild Fjærtøft and al. « **Stroke Unit Care Combined With Early Supported Discharge Improves 5-Year Outcome. A Randomized Controlled Trial** ». *Stroke*. 2011;42:1707-1711.
- (9) « **Rehabilitation at home after early supported discharge (ESD) for elderly patients after stroke** ». *SBU*,2015

Art.	Nb pat
1	1659
2	863
3	54
4	153
5	313
6	844 (isch)
7	1957
8	160
9	

Mots-clés

- Early supported discharge after stroke (ESD)
- Early home-based rehabilitation after stroke
- Home rehabilitation after stroke
- Home care services after stroke