

# Le « POST AVC » dans notre région

Jeudi 23 Mai 2019 - 19h00

- 19h Accueil des participants - cocktail dinatoire salé
- 19h30 Introduction - *Dr Benoît DUPUY et Dr Damien CARONNET, modérateurs*
- 19h40 Filière AVC Normande - *Dr Corinne JOKIC, médecin coordinateur de la filière et Patricia Leconte*
- 19h50 AVC en phase aiguë - *Dr Christian MARIE, filière AVC Normandie*
- 20h Questions
- 20h15 Prise en soins libérale - *Marie PLATON, orthophoniste et Bastien GUELLE, kinésithérapeute*
- 20h40 Handicap invisible et prise en charge neuropsychologique - *Célia ADIGOUN, neuropsychologue UENG CHPC*
- 20h50 Questions
- 21h05 France AVC - *Véronique et Philippe BARDEL, secrétaires de l'association France AVC Normandie*
- 21h15 SAMSAH-SAVS - *Jean-Paul BARDOU, SAMSAH-SAVS de l'APF*
- 21h30 Questions
- 21h40 Conduite automobile et groupe d'aide aux aidants - *Sarah TESSON, neuropsychologue, SSR Korian L'Estran*
- 21h50 Consultation post-AVC - *Noémie BOURGET, IDE consultations post-AVC et Dr DIACU, neurologue, CHPC*
- 22h Questions
- 22h10 Pistes de réflexions AVC sur le territoire - *Dr Pierre-Eric LE BIEZ, neurologue, Françoise POTEL, neuropsychologue, Aurélie DUBOST, assistante sociale, CHPC*
- 22h20 Questions
- 22h30 Clôture - cocktail dinatoire sucré



KORIAN



AVC  
Normandie



France  
AVC  
Fédération Nationale



chpc  
centre hospitalier public du cotentin



ANC  
ASSOCIATION  
NEUROLOGIQUE  
DU COTENTIN

soutien de :

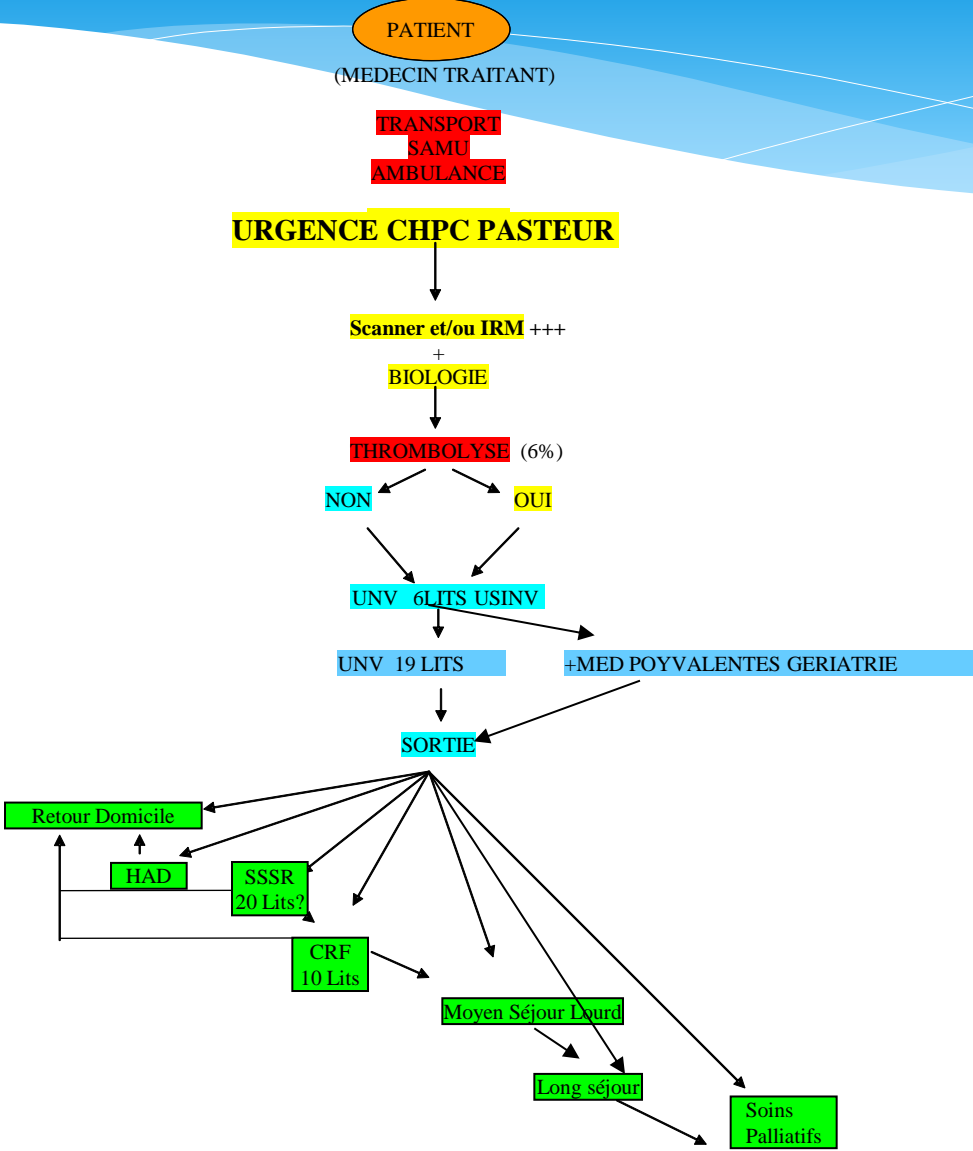


# Introduction

**Dr Benoît DUPUIS et Dr CARONNET**

Modérateurs

# FILIERE DE LA PRISE EN CHARGE DES AVC





**AVC  
Normandie**

# La Filière AVC en 2019

**Quelle organisation en Normandie ?**

**Quelles missions ?**

Dr C. JOKIC, Me P. LECONTE, Dr C. MARIE

Coordination AVC Normandie

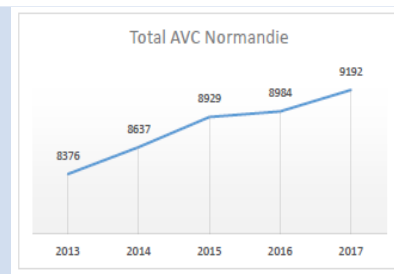
Cherbourg – 23 mai 2019

# L'AVC

## une pathologie aiguë et chronique

- L'AVC est à la fois
  - une pathologie **aiguë**, nécessitant une prise en charge en extrême urgence,
  - une maladie **chronique** dont les séquelles invalidantes conduisent de nombreux patients à la fréquentation du système de santé sur une longue période.

En France	En Normandie
<b>140 000 AVC par an</b>	<b>9192 AVC en 2017</b>
<b>40 000 décès dont 15 à 20 % au terme du premier mois</b>	
<b>30 000 handicaps lourds</b>	
<b>75 % des patients survivent avec des séquelles.</b>	<b>74860 séjours en SSR en 2016</b> <b>95 SSR dont 15 SSR « système nerveux »</b>





# Epidémiologie

- L'âge moyen de survenue de l'AVC :
  - 71,4 ans chez l'homme
  - 76,5 ans chez la femme(données du registre dijonnais des AVC de 1985 à 2004)
- Augmentation du nombre absolu des cas incidents d'AVC.
- Rôle de l'âge et du vieillissement de la population : augmentation du poids de cette pathologie pour la société.
- Mais, l'AVC ne touche pas seulement la population âgée : 25 % des patients victimes d'AVC ont moins de 65 ans.
- Le risque de récurrence à 5 ans est estimé entre 30 et 43%.
- Environ 30 % des patients victimes d'un AVC constitué sont hospitalisés en soins de suite et de réadaptation (SSR) au décours de leur prise en charge en soins de courte durée.



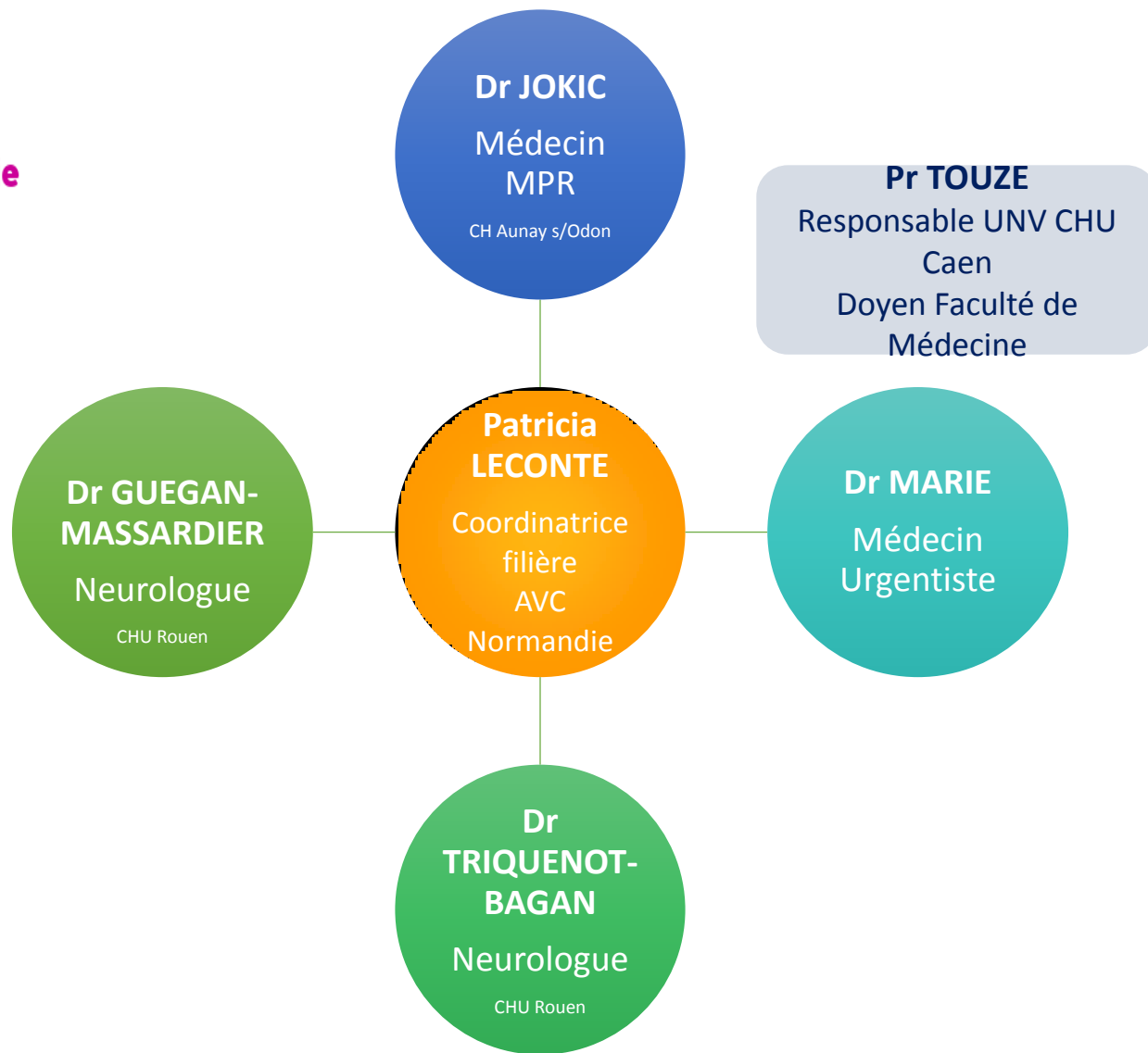
**AVC**  
**Normandie**

# Déclinaison régionale du Plan national d'actions AVC 2010-2014

<b>Basse-Normandie</b>	<b>Haute-Normandie</b>
<p><b>2012 : Création d'un Comité de pilotage à l'ARS</b> avec les acteurs de la phase aiguë</p> <p><b>2012 et 2013 :</b> Mise en place d'une <b>Coordination de la filière AVC en Basse-Normandie</b> &gt; Actions définies</p> <p><b>2013 : Elargissement du COPIL</b> aux acteurs de la phase post-aiguë</p> <p><b>Depuis 2013 : Groupes de travail</b></p>	<p><b>2011 :</b> Mise en place d'une <b>Coordination de la filière AVC en Haute-Normandie</b></p> <p><b>Depuis 2011 :</b> <b>Réseau neuro-vasculaire Haut-Normand</b> <b>3 réunions / an</b></p>
<p><b>2017 : une seule équipe de coordination normande</b> <b>COPIL normand</b></p>	



**AVC**  
**Normandie**



**Equipe de coordination de la filière AVC  
Normandie / 2,9 ETP**





**AVC**  
**Normandie**

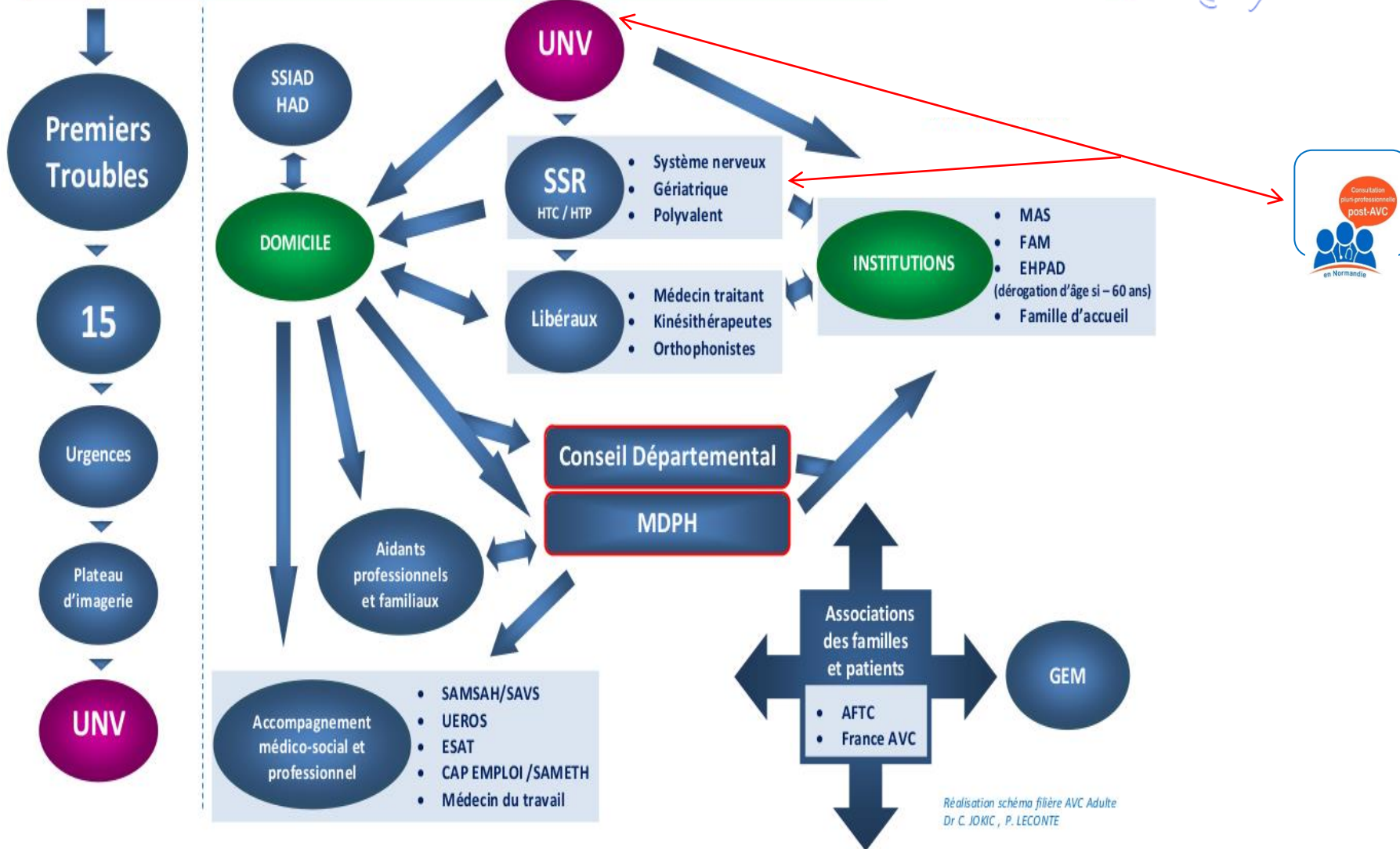
# Missions actuelles

Lettre de missions de l'ARS - 2017

- Accompagner :
  - *le déploiement du maillage territorial des UNV*
  - *le déploiement du dispositif télé-AVC*
  - *l'intégration de la thrombectomie dans la filière AVC*
- Contribuer à :
  - *Améliorer la structuration de la filière UNV/SSR en lien avec la cellule régionale Trajectoire*
  - Déployer les consultations pluri-professionnelles post-AVC
  - Développer les projets d'ETP post-AVC
- Mettre en œuvre toute action :
  - Pour améliorer la prévention et l'information de la population avant, pendant et après l'AVC
  - Pour la formation des professionnels
- Participer aux journées nationales des animateurs de filière

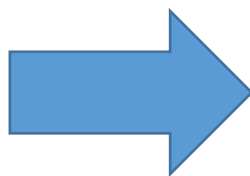
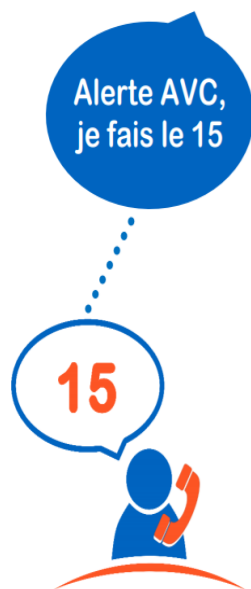
# 1 Phase aiguë

# 2 Phase post-aiguë





# Prise en charge d'un AVC



- Orientation adaptée
- Traitement optimal



**AVC**  
**Normandie**

# Prise en charge en urgence d'un AVC

## Orientation adaptée-Traitement optimal

- **URGENCE VITALE → SAMU 15**
- **Dès la survenue de symptômes évocateurs  
Accident vasculaire Cérébral → Déficit brutal**





**AVC**  
Normandie

# Prise en charge en urgence d'un AVC

## Orientation adaptée-Traitement optimal

- **URGENCE VITALE → SAMU 15**
- Dès la survenue de symptômes évocateurs
  - Accident → Déficit brutal
- 1<sup>er</sup> contact médical médecin régulateur
  - Confirmation signes déficitaires évocateurs
  - Recherche signes de gravité clinique
    - (CS , Resp , Hemodynamique)
  - Orientation adaptée
    - ES UNV-NRI-NC recours/ ES UNV proximité / ES filière AVC- UNV
  - Effecteur approprié : le plus rapide



**→ Alerte AVC**  
**→ Filière AVC**



**« Time is Brain »**





**AVC**  
**Normandie**

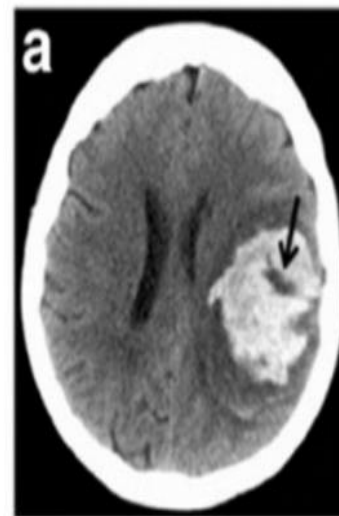
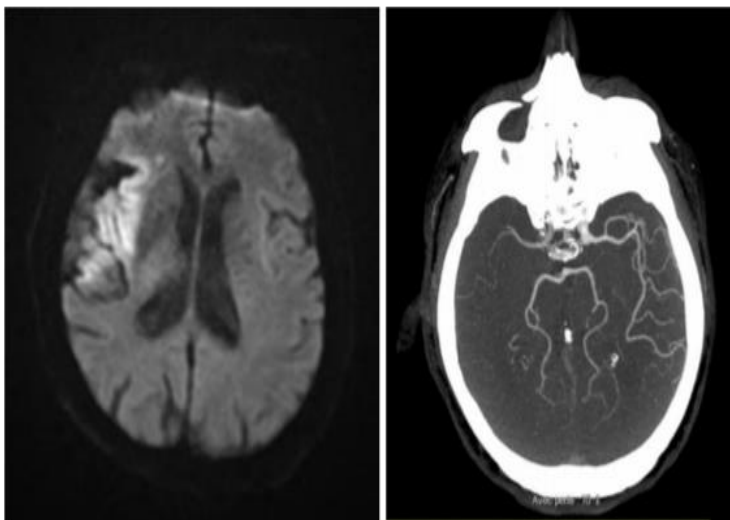
# Prise en charge en urgence d'un AVC

## Orientation adaptée

- **URGENCE SAMU 15** → **IMAGERIE TDM-IRM** →

**AVC Ischémique: Infarctus  
cérébral 80%**

**AVC Hémorragique 20%**



Alerte AVC,  
je fais le 15

15





# Prise en charge en urgence d'un AVC

## Traitement optimal

- **URGENCE SAMU 15** → **IMAGERIE TDM-IRM** →  
**Expertise neuro vasculaire (UNV\*)** →  
**TRAITEMENT**

Alerte AVC,  
je fais le 15

15



*UNV\*:*

- *Unité exclusivement dédiée à la prise en charge des AVC*
- *Pluri professionnelle*
- *Organisation des soins spécifique*

- *Population*
- *Médecin Généraliste*
- *Médecins SAMU–SAU*

- *Domicile*
- *SSR,*
- *HAD.*
- *Autres.*

\* *Unité Neuro-Vasculaire*



**AVC**  
**Normandie**

# Prise en charge en urgence d'un AVC Expertise

- **URGENCE SAMU 15** → **IMAGERIE TDM-IRM**  
→ **Expertise neuro vasculaire**  
**(UNV-NRI)**
- Etablissements avec UNV : par un neurologue et/ou médecin titulaire du DIU de pathologie neuro-vasculaire
- Etablissements sans UNV : **Télé-expertise**, dispositif de télémédecine avec le médecin neuro-vasculaire de l'UNV

Alerte AVC,  
je fais le 15

15







**AVC**  
**Normandie**

# Prise en charge en urgence d'un AVC

## Traitement optimal

- **URGENCE SAMU 15** → **IMAGERIE TDM-IRM** → **Expertise neuro vasculaire (UNV)** → **TRAITEMENT**

Alerte AVC,  
je fais le 15

15



### AVC Ischémique: Infarctus cérébral

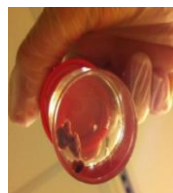
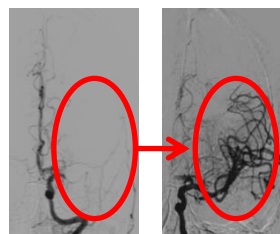
#### la thrombolyse intraveineuse

- 4H30 traitement IV
- UNV- neuro-vasculaire.



#### la thrombectomie (TM)

- 6h traitement mécanique
- NRI → CHU





**AVC**  
**Normandie**

# Prise en charge en urgence d'un AVC Urgence

- **URGENCE SAMU 15** → **IMAGERIE TDM-IRM** →  
→ **Expertise neuro vasculaire (UNV-NRI)** → **TRAITEMENT**

Alerte AVC,  
je fais le 15

15



**AVC Ischémique:  
Infarctus cérébral**

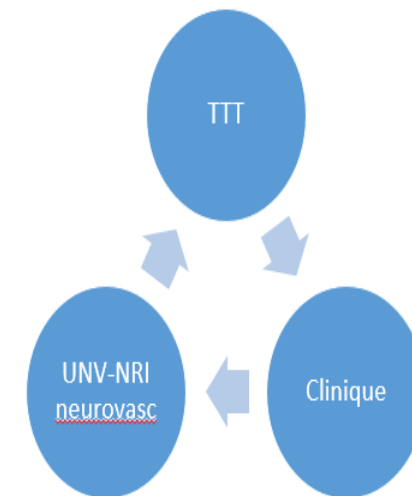
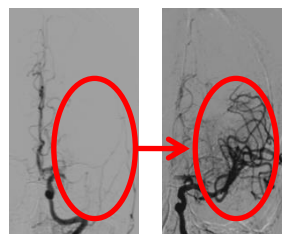
**la thrombolyse  
intraveineuse**

- 4H30 traitement IV
- UNV- neuro-vasculaire.



**la thrombectomie (TM)**

- 6h traitement mécanique
- NRI → CHU



**« Time is  
Brain »**





**AVC  
Normandie**

# 8 UNV\* en Normandie

139 UNV  
en France  
en 2017

## Cartographies



Alerte AVC,  
je fais le 15

15



\* Unité Neuro-Vasculaire

23/05/2019

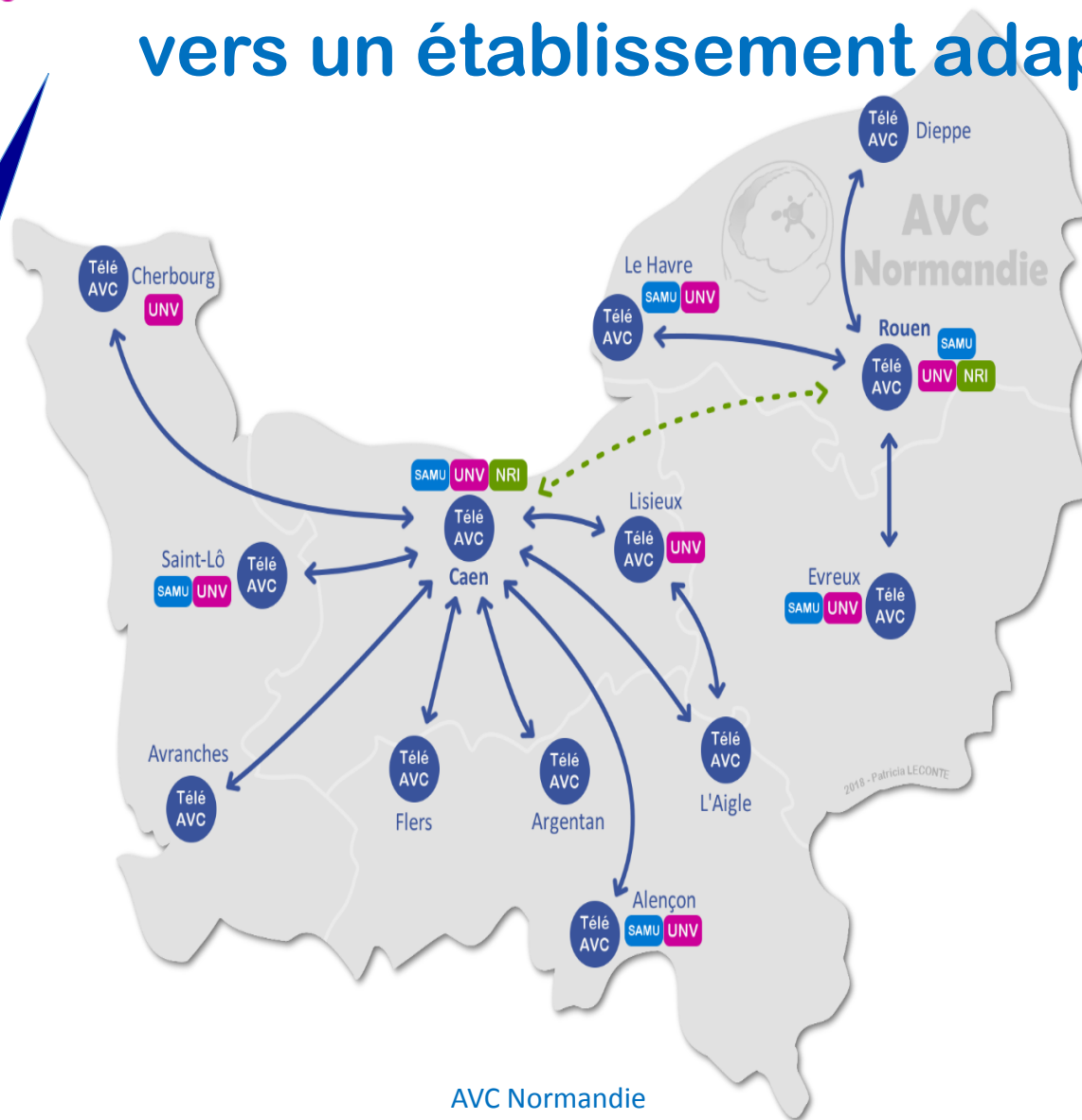
AVC Normandie



**AVC**  
**Normandie**

# Prise en charge en urgence d'un AVC vers un établissement adapté

152 ES  
installés  
télé-AVC  
requérant  
en France  
en 2017



Alerte AVC,  
je fais le 15

15





**AVC**  
**Normandie**

# Prise en charge en urgence d'un AVC

## Orientation adaptée Télé-AVC

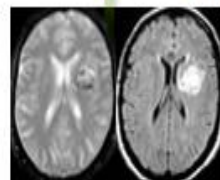


**Box d'urgence**

**Téléconsultation**



**Données  
d'imagerie**



**Centre expertise  
neurologique**

**APPLICATION MOBILE**



# Prise en charge en urgence d'un AVC



**AVC**  
**Normandie**

## Deux profils extrêmes de patients\*

### Patient AVC arrivant avant 3h30

- AVC hors domicile
- AVC de jour ( 8h-20H)
- AVC régulé «15/18»
- Tous scores de NIHSS

### Patient AVC arrivant au-delà de 3h30

- AVC domicile
- AVC de nuit ( 20H-8h)
- AVC non régulé «15/18 »
- scores de NIHSS <7

Alerte AVC,  
je fais le 15

15



\*Tristan Benoit : Evaluation des délais de prise en charge des AVC en UNV-SI ; Revue Neurologique Volume 171, n° S1pages A31-A32 (avril 2015)



**AVC**  
Normandie

# Prise en charge en urgence d'un AVC

- **URGENCE (SAMU-15)**
- Dès la survenue de symptômes évocateurs

## ➔ Filière AVC

- Même la nuit
- Même à domicile
- Même si « pas grave »

## EDUCATION-INFORMATION

23/05/2019

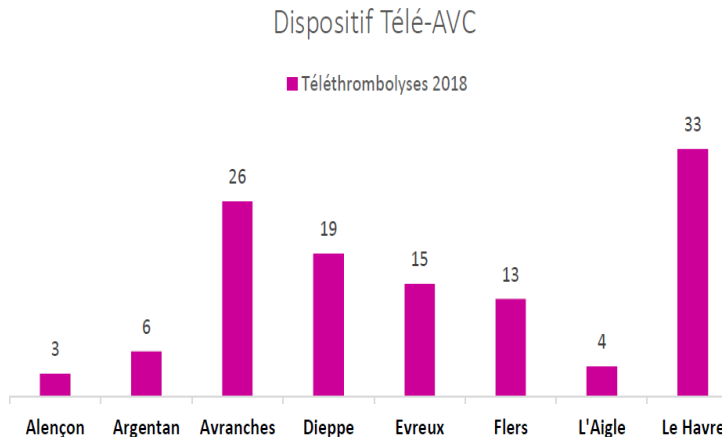
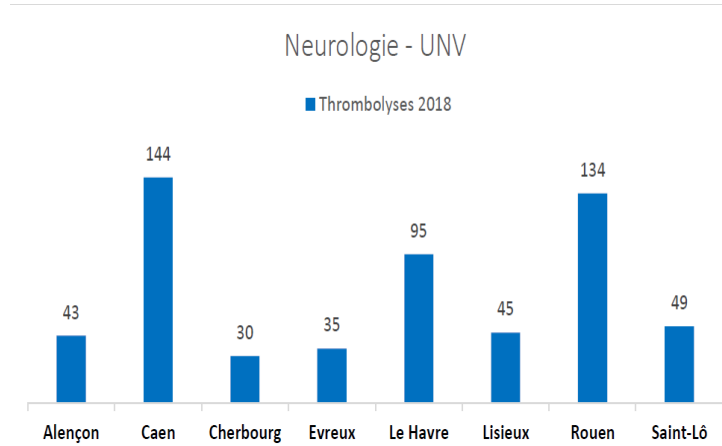
AVC Normandie



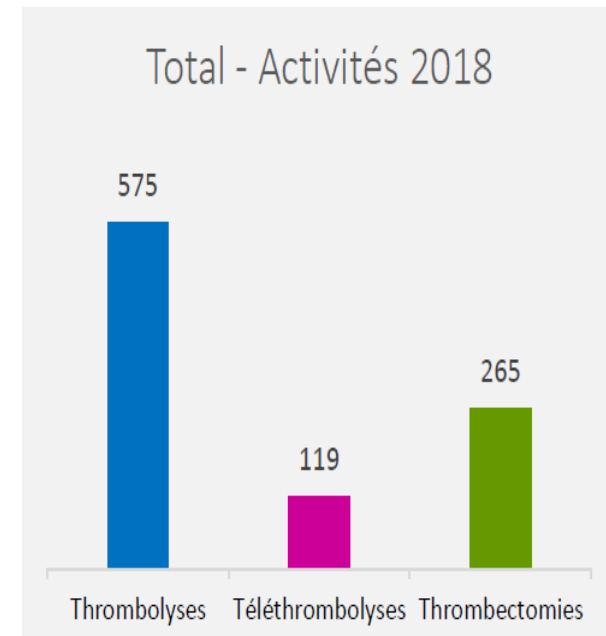
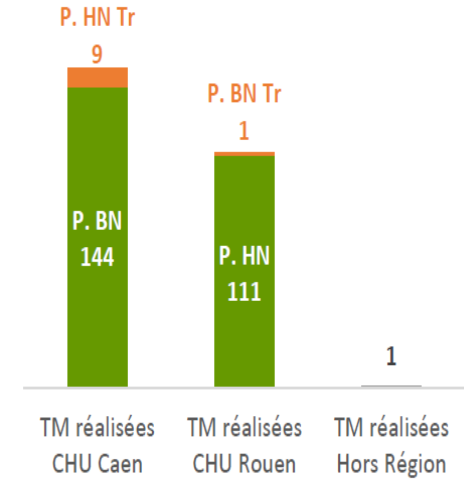


# Activités 2018

## Thrombolyse Télé-thrombolyse Thrombectomie



### NRI - Patients Normands





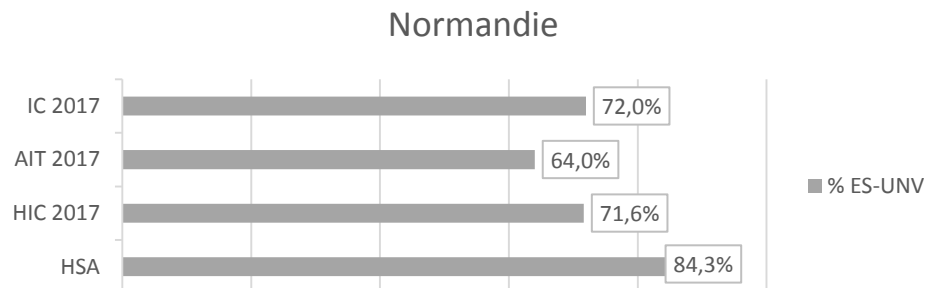


# Prise en charge initiale

- Résultats IPAQSS AVC (résultats HAS 2017 / Campagne 2016) en France :
  - 72,6 % des patients seraient pris en charge dans un ES disposant d'une UNV
  - 60,7 % des patients pris en charge en UNV
  - 6,19 % des patients seraient pris en charge via le Télé-AVC

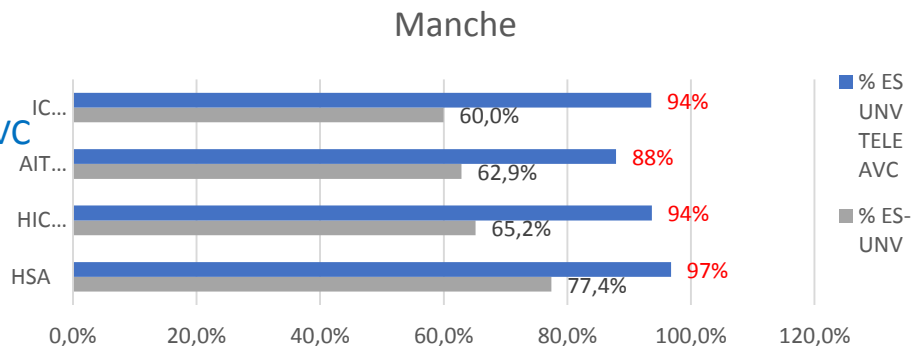
- En Normandie

- 70 % en ES avec UNV → 84 % avec télé-AVC
- Taux TIV 10,5%
- 21 % des thrombolyses (TIV) par Télé AVC



- Manche

- 61 % en ES avec UNV → 92 % avec télé-AVC
- Taux TIV 10,6 %
- 25 % des thrombolyses (TIV) par Télé AVC





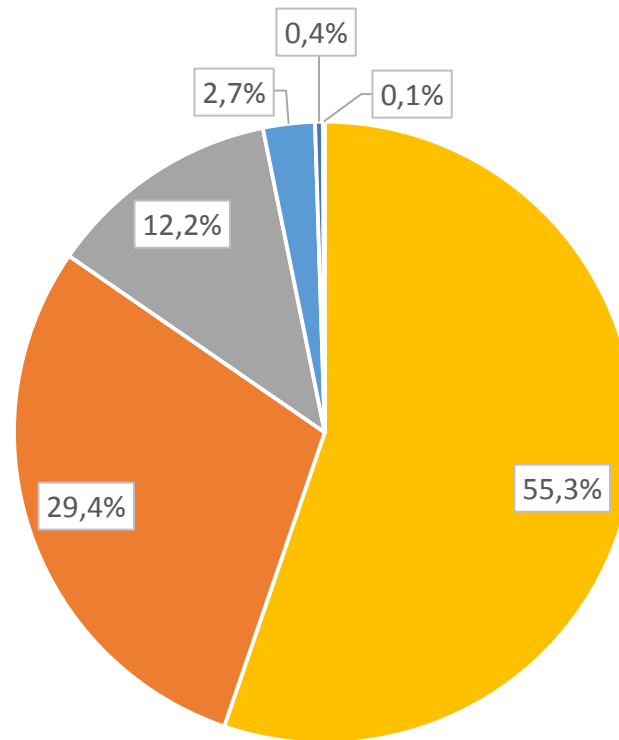
**AVC**  
Normandie

# DUREE SEJOURS AVC MCO

## Normandie 2017

DMS Normandie 8,7 jrs  
DMS Manche 10,1 jrs  
DMS CHPC 10,8 jrs

Manche  
15 % Population Régionale  
(Insee)  
18 % des AVC (pmsi)



■ Inferieur à 7 jours

■ entre 7 et 14 jours

■ entre 15 et 30

■ entre 31 et 60  
jours

■ entre 61 et 90  
jours

■ supérieur à 90  
jours



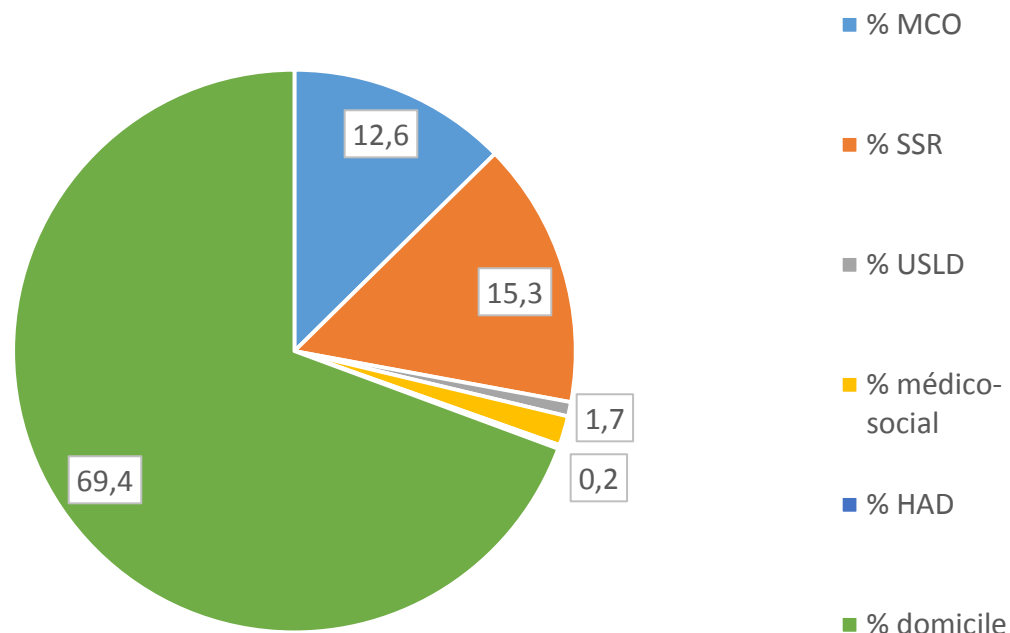
# ORIENTATION AVC APRES SEJOURS MCO

Normandie 2017

ORIENTATION

Manche  
% MCO 10%  
% SSR 22%  
% domicile 63%

CHPC  
% MCO 6,5%  
% SSR 24%  
% domicile 68%







**AVC**  
**Normandie**

# Consultation pluri-professionnelle post-AVC

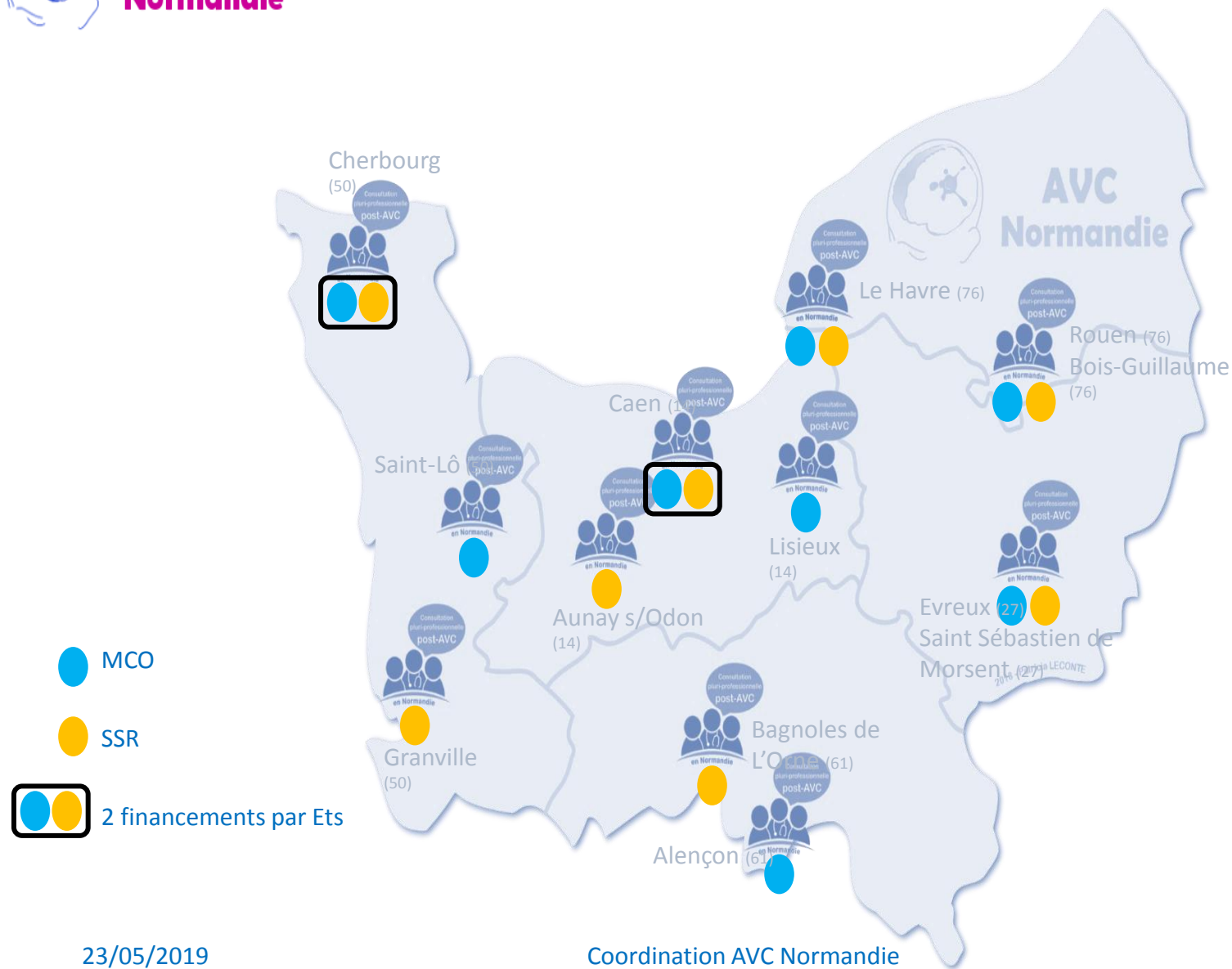


- **La consultation d'évaluation post AVC** s'inscrit dans le parcours de soins de toute personne victime d'AVC pour permettre l'accompagnement à **6 mois** de la sortie de l'établissement de santé, pour une reprise du cours de la vie adaptée au lieu de vie.
- **Quelle que soit la prise en charge initiale**
- Evaluation **pluri-professionnelle** dans des **lieux identifiés** et connus des professionnels:
  - Simple : un médecin et un professionnel paramédical au plus
  - Complexe : un médecin et au moins deux professionnels paramédicaux ou autre professionnel non médical



**AVC**  
**Normandie**

# Services financés





# AVC Normandie

- 2 groupes de travail régionaux
  - Normandie Occidentale
  - Normandie Orientale
- Pilotés par les coordinateurs de filière AVC
- Objectifs :
  - Favoriser le développement des Cs post-AVC
  - Créer une dynamique régionale neuro/SSR
  - Homogénéiser les pratiques
- Perspectives:
  - Outil communicant régional



## Consultation pluri-professionnelle post-AVC

Document test - Février 2019

Date : .....  Patient  Aidant  Patient + Aidant  
 Nom médecin .....  Neuro-vasculaire  MPR  Gériatre  
 IDE : .....  Présentiel .....  Tél. - Temps .....  
 Autres paramédicaux .....

### A. Identification

Patient - Nom : ..... Nom naissance ..... Prénom .....  
 Sexe :  F  M Date de naissance : ..... Age : .....  
 Situation familiale :  Célibataire  Marié(e)  Concubin(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve) Vit seul :  Oui  Non  Nbre enfant(s) .....  
 Adresse : ..... Type habitation : .....  
 Tél. Fixe ..... Mobile .....  
 Aidant : Nom ..... Tél : ..... Lien (parental) .....

### B. Contexte de l'AVC

Date de l'AVC : / /  
 Hôpital : ..... Service :  UIV  Neuro  Autre  
 Diagnostic :  AVC ischémique  Thrombolyse  Thrombectomie  Ne sait pas  
 AVC hémorragique  AIT  Ne sait pas Localisation : .....  
 Etiologie à la sortie :  Inconnue  Connue : .....  
 Examens complémentaires en attente : .....  
 Sortie : Date : .....  
 Domicile  SSR : ..... Lieu : .....  
 Unité de soins de longue durée :  EHPAD  HAD  Prado AVC  Autre : .....

	Signes cliniques	NIHSS	RANKIN
Entrée			
Sortie			

• Complications - Récidive AVC :  Oui  Non  Ne sait pas  
 Si Oui : Date ..... Lieu d'hospitalisation ..... Type :  Ischémique  Hémorragique  AIT  
 • Autre hospitalisation : .....

Salvi médical	Identification	Date dernier RDV	Date prochain RDV	En attente	NA
Médecin traitant					
Médecin Neuro-vasculaire					
Médecin MPR					
Gériatre					
Autres					

Consultation pluri-professionnelle post-AVC



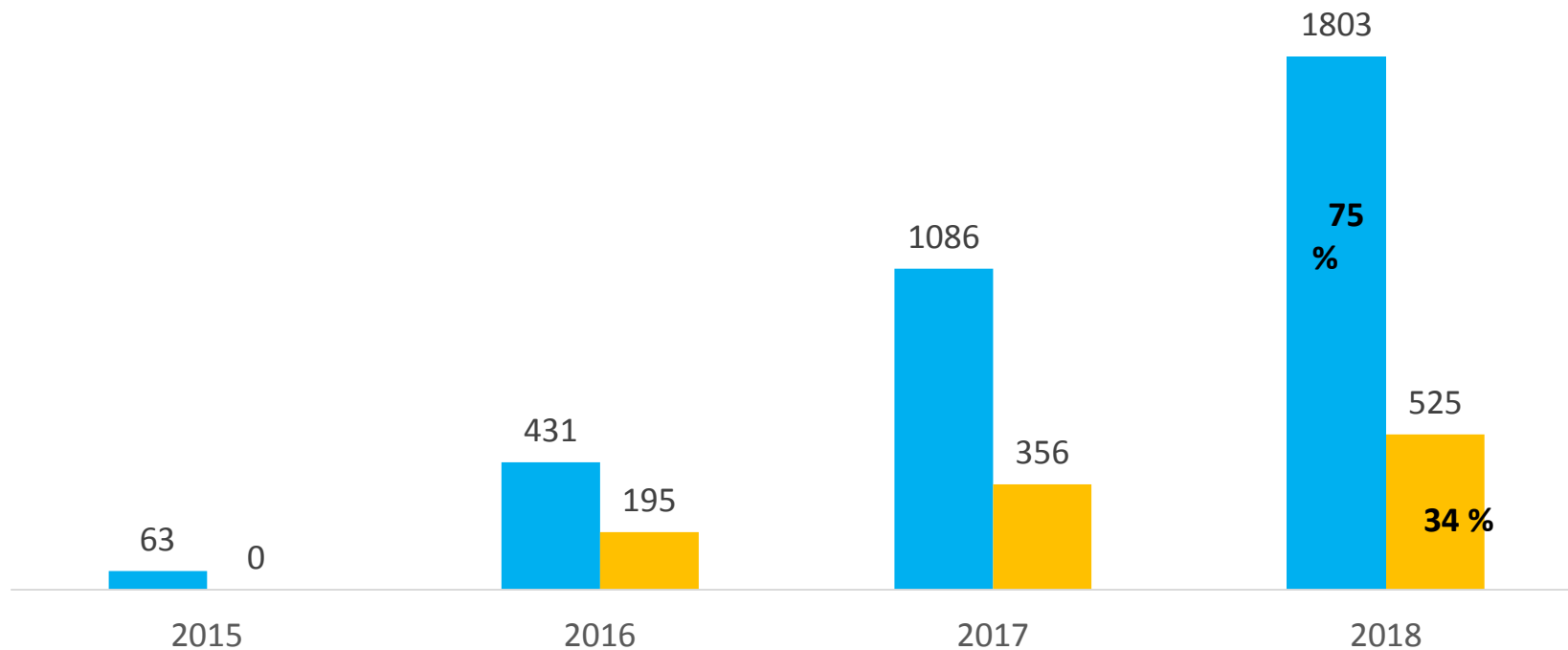


**AVC  
Normandie**

# Activité régionale



■ MCO ■ SSR



MCO	Cs post-AVC/Service	Service financé	Total objectif
Objectif annuel	300	8	2400

SSR	Cs post-AVC/Service	Service financé	Total objectif
Objectif annuel	200 sf CHU Caen	8	1526





**AVC**  
**Normandie**

# Education Thérapeutique post- AVC

- Programmes autorisés en Normandie

Programme	Dpt	Etablissement	Nom du programme	Nom du Coordinateur
Neurologie	14	CH Aunay sur Odon	Programme multicentrique d'éducation thérapeutique pour les patients post-AVC <a href="#">Autorisé le 05 mai 2015</a>	Dr Corinne JOKIC c.jokic@ch-ab.fr
Neurologie	50	CH Mémorial St Lô	Pathologies neuro-vasculaires / Programme d'ETP auprès des patients en post-AVC <a href="#">Autorisé le 06 février 2013</a>	Dr Lydie DUBUC lydie.dubuc@ch-stlo.fr
Neurologie	50	Korian L'Estran	Réadapter son mode de vie après un accident vasculaire cérébral <a href="#">Autorisé le 05 mai 2015</a>	Julie LOUBRADOU julie.loubradou@groupe-korian.com
Neurologie	27	CSSR l'ADAPT Haute-Normandie le Buisson Fallu	ETP cérébro-lésé et de son entourage : réduire l'impact des troubles cognitifs et du comportement dans la vie quotidienne <a href="#">Autorisé le 10 décembre 2014</a>	Dr Ombeline HAMY hamy.ombeline@ladapt.net

- Programmes ERET pour les FDR (cardio-vasculaire/diabète/obésité)



**AVC**  
**Normandie**

# Education Thérapeutique post-AVC

Nom du programme	Caractéristiques
<b>Programme multicentrique d'éducation thérapeutique pour les patients post-AVC</b> Aunay / CHU Caen / IMPR Lebisey	Patients ayant des séquelles physiques ou cognitives d'un AVC Programme actif depuis autorisation  Développé en SSR (Cs pluri-professionnelle post-AVC)
<b>Pathologies neuro-vasculaires / Programme d'ETP auprès des patients en post-AVC</b> Saint Lô	Patients n'ayant pas de séquelles d'un AVC Programme actif depuis son autorisation Développé en neurologie (Cs pluri-professionnelle post-AVC)
<b>Réadapter son mode de vie après un accident vasculaire cérébral</b> Siouville	Pas d'inclusion de patient depuis autorisation Changement de coordinateur du programme  Déploiement en cours
<b>ETP cérébro-lésé et de son entourage : réduire l'impact des troubles cognitifs et du comportement dans la vie quotidienne</b> Saint-André de l'Eure	Programme plutôt destiné aux traumatisés crâniens Programme actif depuis son autorisation  Développé en SSR



**AVC**  
Normandie

# Education thérapeutique post-AVC

Programmes ETP AVC	2015			2016			2017		2018	
AVC Handicap Aunay/CHU/Lebisey	Aunay	CHU	Lebisey	Aunay	CHU	Lebisey	Aunay/CHU	Lebisey	Aunay/CHU	Lebisey
Patients	20	2	12	13	0	31	23	30	24	31
Aidants	8	1	7	7	0	8	15	9	7	6
Total/an	34 patients + 16 aidants			44 patients + 15 aidants			53 patients + 24 aidants		55 patients + 13 aidants	
AVC Saint-Lô	26 patients + 6 aidants			33 patients + 11 aidants			41 patients + 17 aidants		40 patients + 16 aidants	
AVC Siouville	Pas d'inclusion			Pas d'inclusion			Pas d'inclusion		Pas d'inclusion	
<b>Total</b>	<b>60 Patients + 22 aidants</b>			<b>77 Patients + 36 aidants</b>			<b>94 Patients + 41 aidants</b>		<b>95 patients + 29 aidants</b>	
	<b>82 participants</b>			<b>113 participants</b>			<b>135 participants</b>		<b>124 participants</b>	



AVC  
Normandie

# Education thérapeutique post-AVC

## Perspectives

Echanges Dr LOUDIYI, Dr BRECHON

- Réunir les acteurs de la thématique AVC :
  - Accompagnement méthodologique IREPS
  - Puis PlaNETh Patient
- Objectifs :
  - Adapter les ateliers aux besoins des patients (population hétérogène / séquelles)
  - Travailler sur l'évaluation des compétences acquises par les patients
  - Identifier les acteurs de terrain et faire du lien
  - Disposer d'un outil informatique pour gérer les données et coordonner le parcours
  - Aider au développement de l'ETP post-AVC



**AVC**  
**Normandie**

# Communication

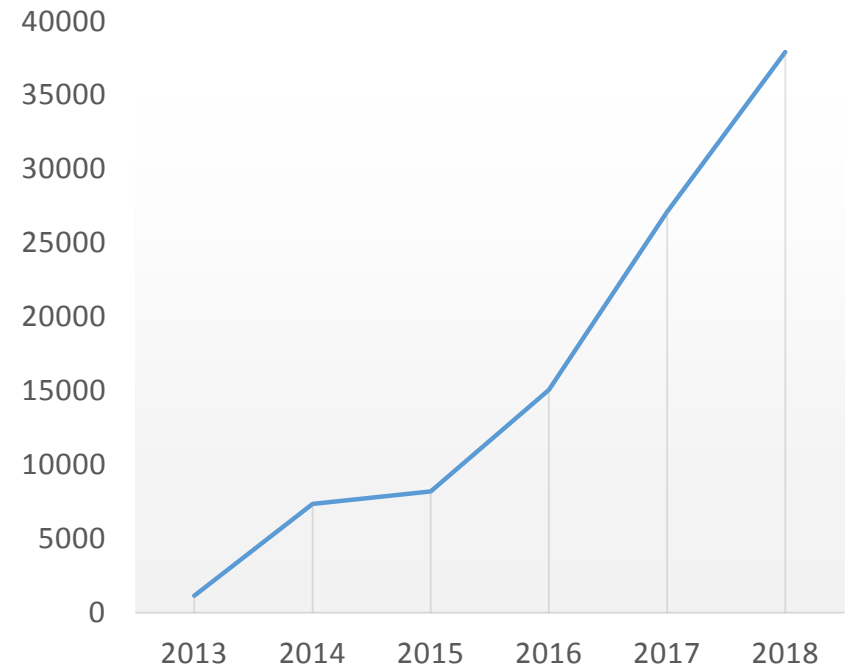
## Mise en place d'un plan de communication régional grand public et professionnel

- Organisation de plusieurs évènements en région :
  - Journées mondiales de l'AVC, J

- Un outil pivot :  
[www.avc-normandie.fr](http://www.avc-normandie.fr)

Site web régional  
dédié à  
l'Accident Vasculaire Cérébral

Fréquentation [www.avc-normandie.fr](http://www.avc-normandie.fr)





**AVC  
Normandie**

# Campagne de sensibilisation régionale



Plan de communication régional : Journée mondiale AVC 2017  
Depuis son lancement, la communication « AVC Informez-vous ! » a évolué, s'est enrichie :



**AVC Informez-vous !**

[www.avc-normandie.fr](http://www.avc-normandie.fr)

Alerte AVC,  
je fais le 15

Après l'AVC,  
je consulte

2018  
Budget :  
Impressions +  
Routage



2019  
Supports de  
communication :  
création plusieurs  
déclinaisons



Mai 2019  
5200 expéditions



- Pharmacies
- Pôles de santé
- Médecins généralistes
- EHPAD
- Clic
- Mairies

L'équipe de coordination AVC Normandie, missionnée par l'Agence Régionale de Santé Normandie, lance une campagne de sensibilisation régionale sur la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral en mettant l'accent sur les deux portes d'entrée importantes de la filière des Accidents Vasculaires Cérébraux :



Participez  
à la diffusion de  
l'information  
auprès de la population.

Affichez  
les supports de  
communication  
**AVC Informez-vous !**



**AVC**  
**Normandie**

# Campagne de sensibilisation régionale



**AVC**  
**Normandie**

**AVC Informez-vous !**

[www.avc-normandie.fr](http://www.avc-normandie.fr)

Alerte AVC,  
je fais le 15

Après l'AVC,  
je consulte

Tous nos supports de communication **AVC Informez-vous !**  
libres de droit, gratuits sont téléchargeables :

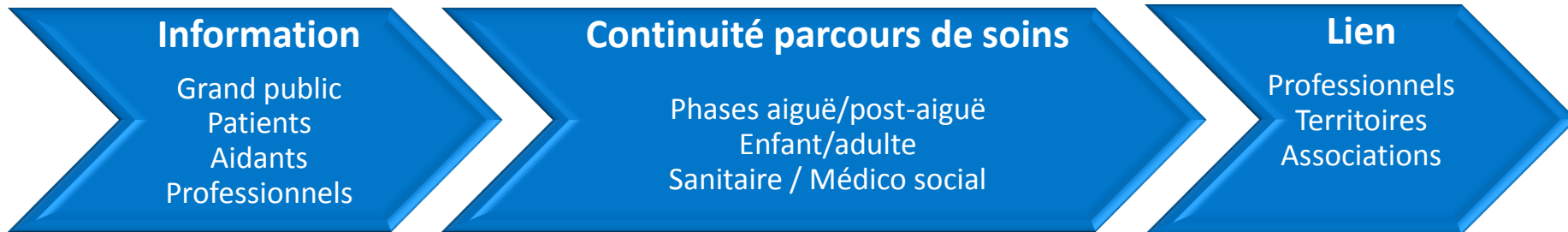
[www.avc-normandie.fr](http://www.avc-normandie.fr)



**AVC**  
**Normandie**

# Conclusion

Décloisonnement grâce à l'équipe de coordination





# La prise en charge orthophonique en libéral

Présentée par **Marie Platon**  
Orthophoniste

# La prise en charge orthophonique libérale

## Présentation de l'Orthophonie

Discipline paramédicale dont les professionnels dépistent, évaluent (bilan + diagnostic) et traitent les troubles de la voix, de la parole, du langage et de la communication orale et écrite

# La prise en charge orthophonique libérale

## Pourquoi une prise en charge orthophonique après un AVC ?

- Trouble du langage oral et/ou écrit (Aphasie, Alexie)
- Trouble de la parole (Dysarthrie)
- Trouble cognitivo-linguistique
- Trouble de la voix (Dysphonie)
- Trouble de la déglutition (Dysphagie)
- Trouble de la motricité faciale (Paralysie faciale)

**Les troubles peuvent être isolés ou associés**

# La prise en charge orthophonique libérale

## Les pathologies

***Aphasie*** : Trouble du langage oral et/ou du langage écrit touchant le versant expression et/ou le versant compréhension, trouble acquis suite à une atteinte cérébrale localisée ou diffuse (généralement dans la zone frontale, pariétale et/ou temporale de l'hémisphère gauche), d'origine essentiellement vasculaire, traumatique ou tumorale.

Il existe différentes aphasies en fonction des domaines atteints.

L'aphasie de Broca et l'aphasie de Wernicke sont les plus connues.

# La prise en charge orthophonique libérale

## Les pathologies

***Dysarthrie*** : Trouble de l'articulation résultant d'une atteinte du système nerveux central ou périphérique.

La dysarthrie peut être isolée ou associée à une aphasie.

# La prise en charge orthophonique libérale

## Les pathologies

***Trouble cognitivo-linguistique*** : trouble de la communication résultant de déficits cognitifs sous-jacents (attention, orientation, mémoire, raisonnement, fonctions exécutives...)

# La prise en charge orthophonique libérale

## Les pathologies

***Paralysie faciale*** : paralysie des muscles de la face, le plus souvent unilatérale (controlatérale à la lésion cérébrale)

On distingue :

- **Paralysie faciale centrale ++** : atteinte préférentielle de la partie inférieure du visage se rencontrant généralement dans le cadre d'une pathologie cérébrale
- Paralysie faciale périphérique : atteinte de la fermeture de l'œil, affaissement de la commissure labiale (étiologie variées : virale, traumatique, chirurgicale ...)

# La prise en charge orthophonique libérale

## Les pathologies

***Dysphagie*** : difficulté à déglutir consécutive à une paralysie dans le cadre de l'AVC

***Dysphonie*** : trouble de la voix parlée (paralysie, post intubation)



# La prise en charge orthophonique libérale

## Modalités de prise en charge

- Fait suite à une prescription médicale (médecin généraliste, neurologue, médecin de rééducation fonctionnelle, ORL ...)

### *Bilan orthophonique et rééducation si nécessaire*

- Bilan orthophonique (AMO 40)

*Bilan des troubles d'origine neurologique*

- Demande d'entente préalable à la SS

◦ 50 AMO 15,7 (puis renouvellement de 30 AMO 15,7)

◦ *Rééducation et/ou maintien et/ou adaptation des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques, et des fonctions oro-myo-faciales chez les patients atteints de pathologies neurologiques d'origine vasculaire, tumorale ou post-traumatique*

# La prise en charge orthophonique libérale

## Modalités de prise en charge

- Séances individuelles +++ ou en groupe (3 à 4 personnes avec 1 ou 2 orthophonistes)
- Durée des séances de 30 à 45 min
- Guidance des aidants (explication de l'aphasie et du retentissement sur la vie quotidienne)
- Accompagnement de la personne aphasique dans sa vie quotidienne (prise de RDV ...)

# La prise en charge orthophonique libérale

## L'Orthophonie libérale dans le Cotentin

- Environ 35 orthophonistes (ce qui est largement insuffisant)
- Délai d'attente moyen de 12 mois

Délai qu'il est bien entendu impossible d'attendre dans les suites d'un AVC

# La prise en charge orthophonique libérale

FNAF

Fédération Nationale des Aphasiques de France

A quand une antenne dans la Manche ...

# Neurorééducation kinésithérapique post-AVC en phase chronique

Présenté par **Bastien Guelle**

Kinésithérapeute D.U. Neurorééducation du  
mouvement



**Que se passe-t-il en phase chronique  
post-AVC ?**

# Functional and Motor Outcome 5 Years After Stroke Is Equivalent to Outcome at 2 Months

## Follow-Up of the Collaborative Evaluation of Rehabilitation in Stroke Across Europe

Sarah Meyer, MSc; Geert Verheyden, PhD; Nadine Brinkmann, BSc; Eddy Dejaeger, PhD;  
Willy De Weerd, PhD; Hilde Feys, PhD; Andreas R. Gantenbein, MD; Walter Jenni, MD;  
Annouschka Laenen, PhD; Nadina Lincoln, PhD; Koen Putman, PhD; Birgit Schuback, MSc;  
Wilfried Schupp, MD; Vincent Thijs, PhD; Liesbet De Wit, PhD

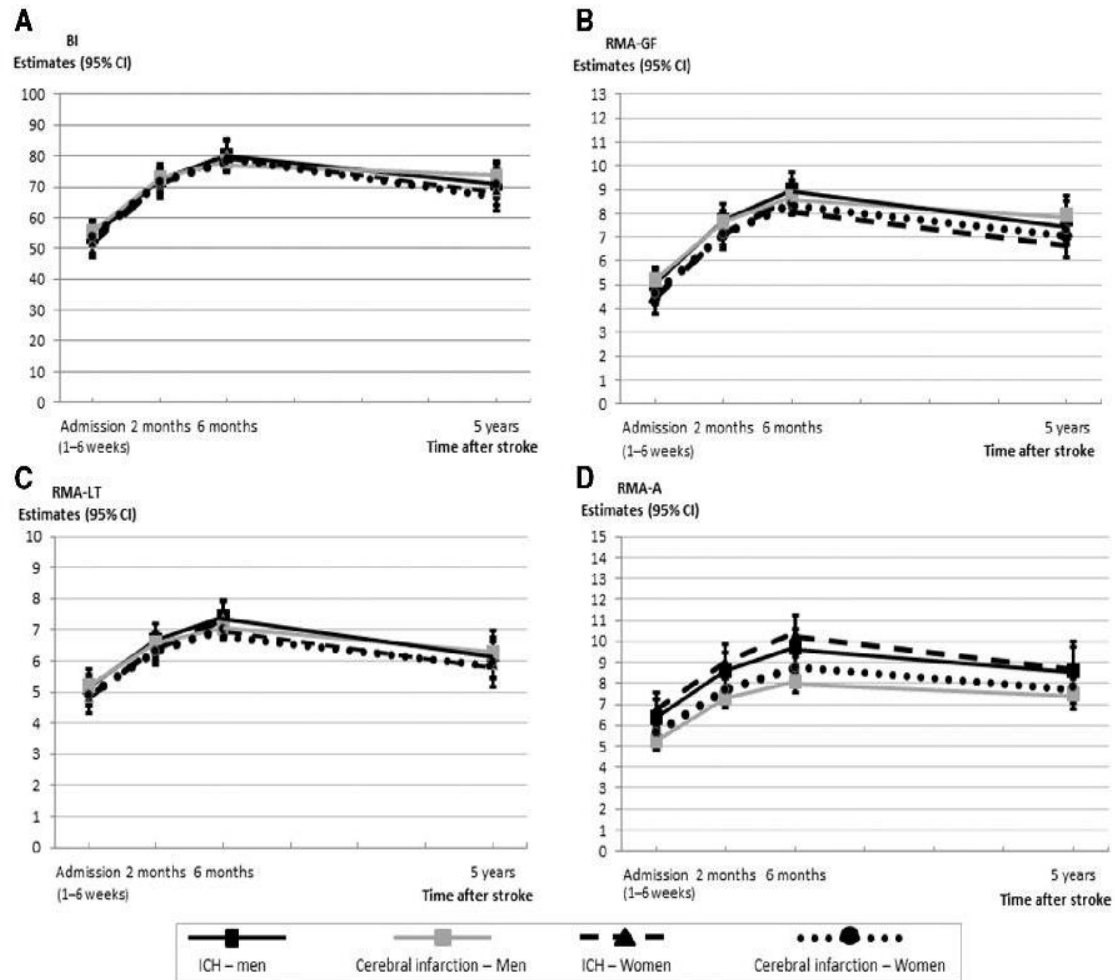
**Background and Purpose**—Recovery of patients within the first 6 months after stroke is well documented, but there has been little research on long-term recovery. The aim of this study was to analyze functional and motor recovery between admission to rehabilitation centres and 5 years after stroke.

**Methods**—This follow-up of the Collaborative Evaluation of Rehabilitation in Stroke Across Europe study, included patients from 4 European rehabilitation centres. Patients were assessed on admission, at 2 and 6 months, and 5 years after stroke, using the Barthel Index, Rivermead Motor Assessment Gross Function, Leg and Trunk function, and Arm function. Linear mixed models were used, corrected for baseline characteristics. To account for the drop-out during follow-up, the analysis is likelihood-based (assumption of missingness at random).

**Results**—A total of 532 patients were included in this study, of which 238 were followed up at 5 years post stroke. Mean age at stroke onset was 69 ( $\pm 10$  SD) years, 53% were men, 84% had ischemic strokes, and 53% had left-sided motor impairment. Linear mixed model analysis revealed a significant deterioration for all 4 outcomes between 6 months and 5 years ( $P < 0.0001$ ). Scores at 2 months were not statistically significant different from scores at 5 years after stroke. Higher age ( $P < 0.0001$ ) and increasing stroke severity on admission ( $P < 0.0001$ ) negatively affected long-term functional and motor recovery.

**Conclusions**—Five-year follow-up revealed deterioration in functional and motor outcome, with a return to the level measured at 2 months. Increasing age and increasing stroke severity negatively affected recovery up to 5 years after stroke. (*Stroke*. 2015;46:1613-1619. DOI: 10.1161/STROKEAHA.115.009421.)

**Key Words:** follow-up studies ■ recovery of function ■ rehabilitation ■ stroke



**Figure 2.** Recovery patterns of (A) the Barthel Index (BI), (B) Rivermead Motor Assessment of Gross Function (RMA-GF), (C) RMA of Leg and Trunk function (RMA-LT), and (D) RMA of Arm function (RMA-A) from admission to the rehabilitation center up to 5 years after stroke. ICH indicates intracerebral hemorrhage.



# Que se passe-t-il après la phase de rééducation?

- \* Effet positif de la rééducation sur les performance motrice et fonctionnelle...

- \* Malheureusement

**réversible**

# RECOMMANDATION : HAS

## JUIN 2012

- \* « **Le renforcement musculaire** est recommandé pour améliorer la force musculaire à la phase chronique de l'AVC (grade C), mais pas la fonction. Le renforcement musculaire après AVC ne renforce pas la spasticité (grade B). »
- \* « A la phase chronique, **le temps d'exercices** a un impact favorable sur les performances de la marche (grade B). Il est recommandé d'inclure l'effet temps comme une composante importante de la récupération motrice. »
- \* « Pour le membre supérieur, on peut citer **l'imagerie motrice, l'entraînement sur robot, la contrainte induite du membre parétique.** »
- \* « Pour la marche, les méthodes recommandées sont : **le renforcement musculaire, le reconditionnement à l'effort, l'entraînement** sur tapis roulant, l'entraînement à la marche au sol ou en système électromécanique, dans le cas où l'entraînement sur tapis roulant est impossible, en favorisant les stimulations rythmiques visuelles et auditives. »

**Ce qui se fait à l'heure actuelle en  
rééducation en libéral?**

**La neurokinésithérapie selon  
Francis LAURENT**

site internet

**NEUROKINESITHERAPIE:  
L'ESPACE ET LA MESURE**

**<http://neurokinesitherapie.blogspot.fr/>**

# « La cage qui libère »

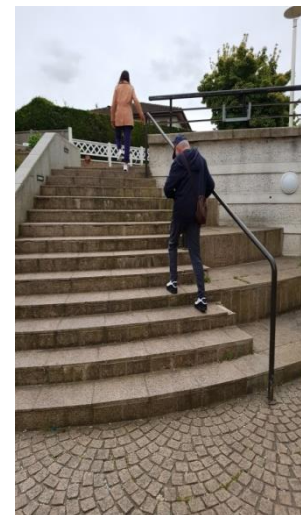


# Ma pratique:

- \* Séance 1h30 à 2h (temps d'exercice)
- \* Rééducation en groupe le plus possible
- \* Notion de « patient expert » pour motiver le reste du groupe, montrer les démonstrations d'exercices, participer à l'information thérapeutique (ex: injection toxine), aider à la formation.

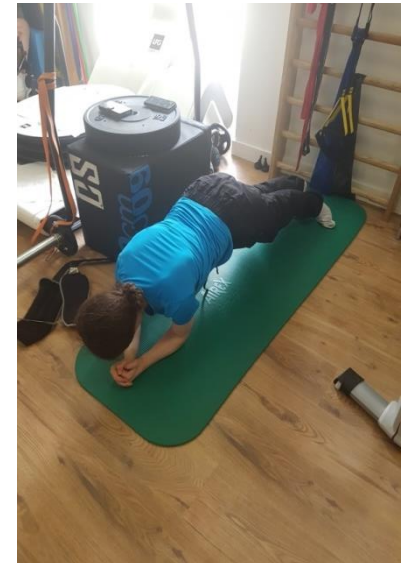
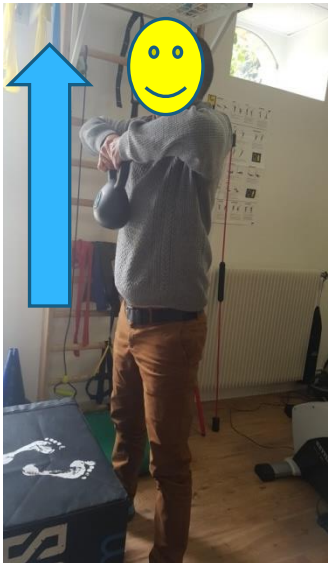
# En pratique : Ateliers en circuit guidé

- \* **Entrainement aérobie** : Marche en groupe à vitesse max (1,5Km), +/- escaliers, +/- marche fractionnée, vélo d'appartement (photo marche en groupe et vélo)



# En pratique : Ateliers en circuit guidé

- \* Renforcement MS/MI parétique (traction élastique, haltère, kettlebell, sac cabas... Ou mise en charge avec poussée sur balance, plateforme motorisée, gainage... ou mouvements alternés à vitesse et amplitude maximales)



# En pratique : Ateliers en circuit guidé

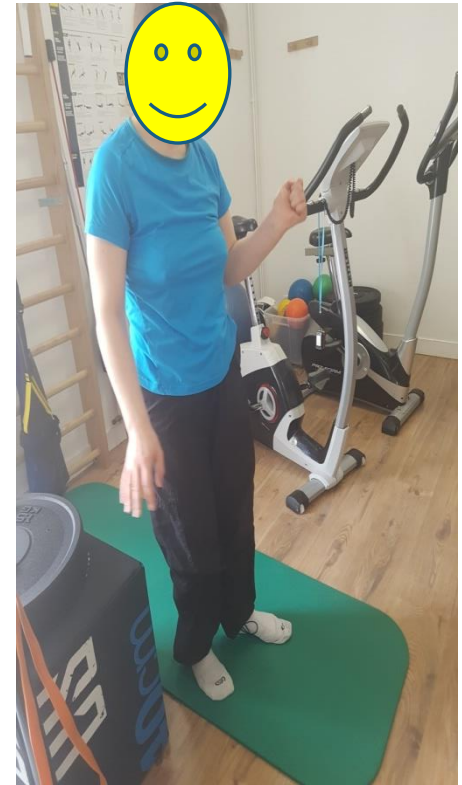
- \* Assouplissement MS/MI parétique autoétirement et autoposture





# En pratique : Ateliers en circuit guidé

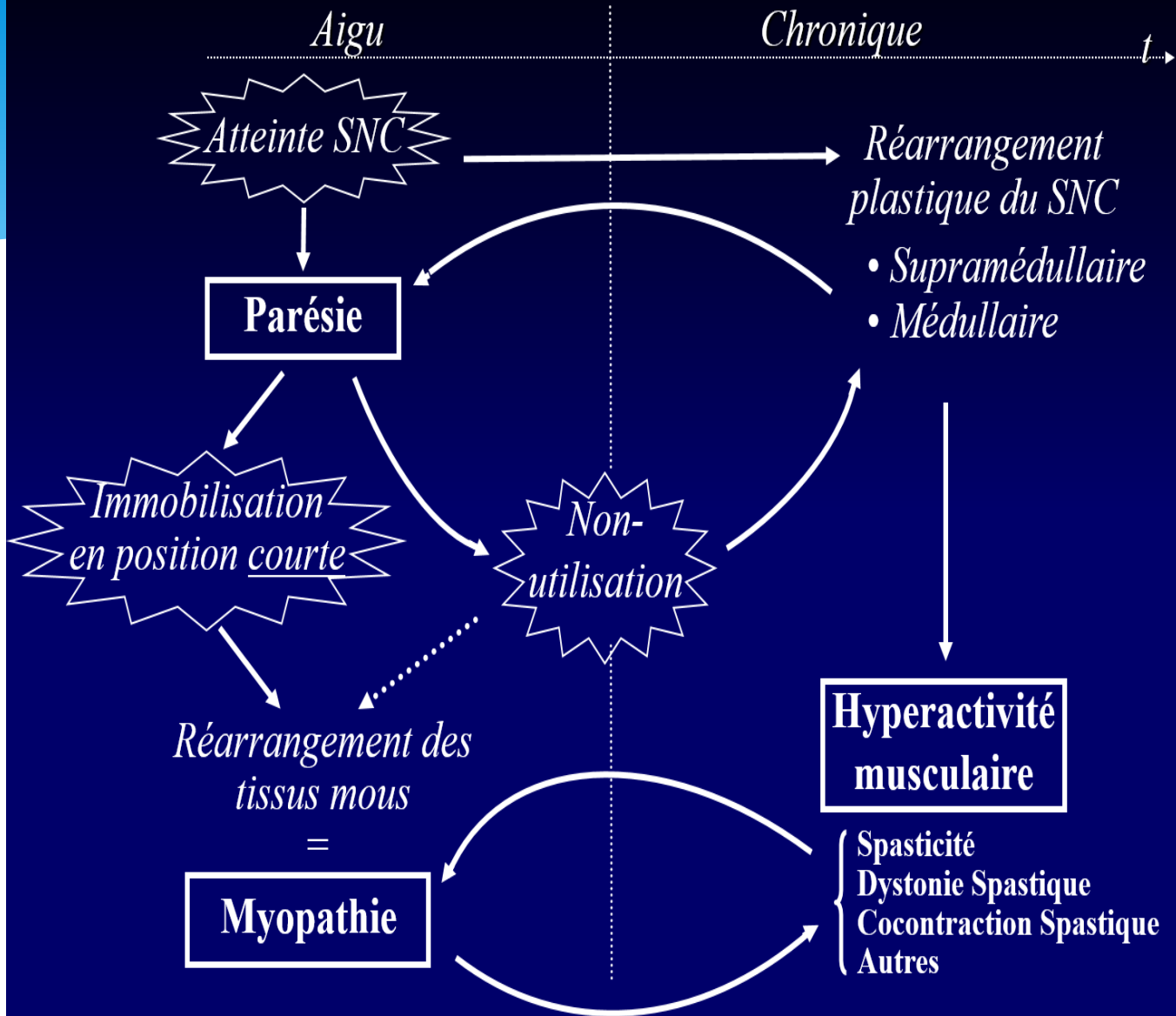
- Activités fonctionnelles et ludique en tâche orientée autour des phases de la marche, des relevés de sol, des transferts et des activités du membre supérieur.



# Du cabinet vers l'autorééducation guidée

## Exemples :

**Le contrat d'autorééducation guidée  
du Pr GRACIES et le livret  
d'information et de programme  
d'exercice dans les suites d'un AVC**



## Parésie spastique : histoire naturelle

Gracies, Muscle Nerve, 2005

**Contrat  
d'autorééducation  
guidée  
dans la parésie spastique**

**Pr Jean-Michel Gracies  
Dr Romain Blondel  
Dr Caroline Gault-Colas  
Dr Nicolas Bayle**

*Service de Rééducation Neurolocomotrice  
Hôpitaux Universitaires Henri Mondor  
Université Paris Est - Créteil*

**Le contrat, le  
livret  
d'exercices  
personnalisés  
et carnet de  
bord (ou  
registre)**

Contrat va contenir 2 types d'exercices que le patient s'engage à réaliser guidé par le thérapeute :

- Exercices de posture des muscles hypertoniques et rétractés (+/- associé à injection d'agent bloquant)
- Exercices actifs des muscles parétiques à vitesse et amplitude maximales



Figure 3a



Figure 3c



Figure 3b



Figure 3d

≥ 10 minutes ≥ 1 fois par jour

### 03 – Droit antérieur (droit fémoral)

Le muscle droit antérieur est situé à la partie antérieure de la cuisse. Il fait partie du quadriceps qui sert à étendre le genou (Fig. 3a). Le muscle droit antérieur a la particularité d'aider aussi à fléchir la hanche, genou tendu.

En cas d'hyperactivité ou de muscle trop court :

- le droit antérieur gêne la flexion passive du genou qui normalement accompagne et facilite la première partie de la phase oscillante du pas.
- le droit antérieur gêne aussi l'extension passive de hanche qui termine normalement la phase d'appui.

La posture d'étirement se pratique couché sur le côté.

- Si c'est possible la main saisit la jambe du même côté et fléchit le genou en rapprochant le talon le plus possible de la fesse, la jambe non parétique reposant sur le lit (Fig. 3b).
- Si ce geste est impossible à cause de la faiblesse ou de la raideur du bras, cette posture peut être appliquée et maintenue par une tierce personne (Fig. 3c).
- Cet étirement peut aussi se pratiquer seul allongé sur le dos en laissant la jambe parétique pendante sur le côté du lit. Il s'agit d'une posture d'étirement moins efficace que les deux précédentes (Fig. 3d)

La posture d'étirement est correctement appliquée lorsque vous sentez une sensation de tension (non douloureuse) en avant de la cuisse.



Figure 10

Nombre maximal en ... secondes,  
... fois par jour

## 10 – Flexions actives du genou

Le mouvement de flexion active du genou (ruade du pied vers l'arrière) est peu utilisé en dehors de la marche rapide ou de la course. Par contre, la répétition d'efforts alternatifs rapides sur ce mouvement sera utile pour diminuer les cocontractions du muscle droit antérieur et donc à terme pour faciliter la flexion passive du genou qui accompagne le passage du pas.

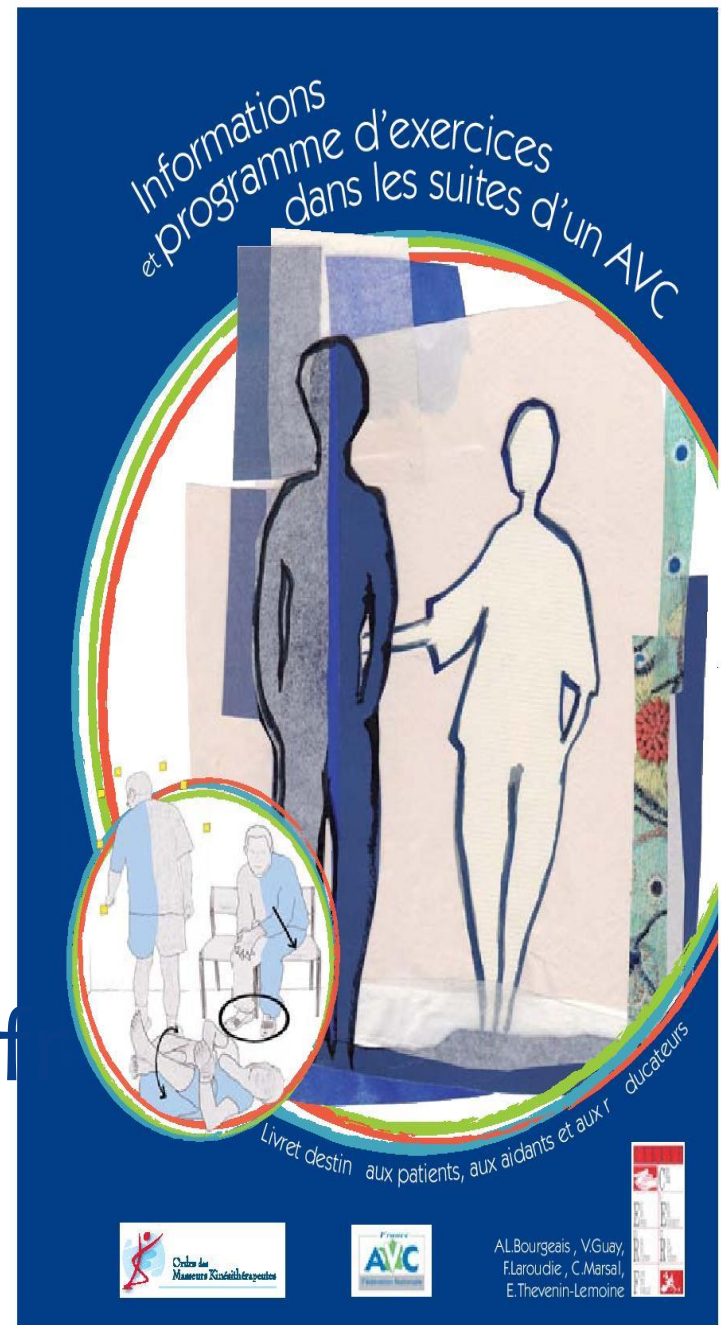
La meilleure façon d'atteindre cet objectif est de répéter chaque jour une ou plusieurs séries d'efforts de flexions actives du genou d'amplitude maximale et à vitesse maximale.

Cet entraînement se pratique en position debout, en se tenant à une table, à un objet rigide ou à une barre, en essayant de lever le pied vers l'arrière le plus haut possible. Il s'agit de porter également votre genou vers l'arrière et non vers l'avant, comme si vous tentiez de taper sur vos fesses avec le talon (Fig. 10).

Vous noterez sur votre registre le nombre maximal de flexions actives de genou ainsi effectuées en ... secondes.

**Note :** Pour un mouvement de flexion active de genou optimal, il faut que le muscle droit antérieur soit long et bien relâché, c'est pour cela que votre thérapeute vous a demandé de l'étirer et que votre médecin vous proposera peut-être de l'injecter avec un produit bloquant le muscle ou la jonction neuro-musculaire.

- \* Disponible sur :
- \* [www.FranceAVC.fr](http://www.FranceAVC.fr)
- \* [www.CEERF.fr](http://www.CEERF.fr)
- \* [www.monordremk.fr](http://www.monordremk.fr)





# Education thérapeutique : un enjeu

- \* Quel forme ? Individuelle ou collective ?
- \* Doit intégrer des exercices d'autoréducation ciblées.
- \* Créer des protocoles transversaux (centre hospitalier, centre de rééducation et cabinet libéraux)
- \* Quelle cotation d'actes ? Quel financement ?

## « La kinésithérapie après un AVC, on en parle ? »

GRUPE DE REFLEXION POUR L'AMELIORATION DE LA KINESITHERAPIE POST AVC

Kinésithérapeutes salariés, libéraux  
et d'étudiants en fin d'études de  
kinésithérapie en Normandie  
occidentale.

- QUI ?

Générer des améliorations sur la  
prise en soin des patients post AVC.  
Renforcer les liens  
ville/hôpital/centre rééducation.

- POURQUOI ?



- OU ET QUAND ?

- COMMENT ?

Réunions pluriannuelles au Pôle  
Formation et Recherche en  
Santé

En s'alliant à la coordination de la filière  
AVC pour l'organisation et la visibilité  
des productions du groupe (sur le site  
internet [www.avc-normandie.fr](http://www.avc-normandie.fr), à la  
journée médicale annuelle...)

## Quelques Références:

- \* HAS, Recommandation de bonnes pratiques, Accident vasculaire cérébral : méthodes de rééducation de la fonction motrice chez l'adulte (Juin 2012)
- \* F.LAURENT, site internet NEUROKINESITHERAPIE: L'ESPACE ET LA MESURE, <http://neurokinesitherapie.blogspot.fr/>
- \* Gracies, J.M. (2005) Pathophysiology of Spastic Paresis. I Paresis and Soft Tissue Changes. Muscle & Nerve, 31, 535-551.
- \* Informations et programme d'exercices dans la suite d'un AVC (2010).

# Handicap invisible dans l'AVC

Présenté par **Célia Adigoun**  
Psychologue neuropsychologue  
Unité d'Evaluation Neuro Gériatrique

# Handicap invisible

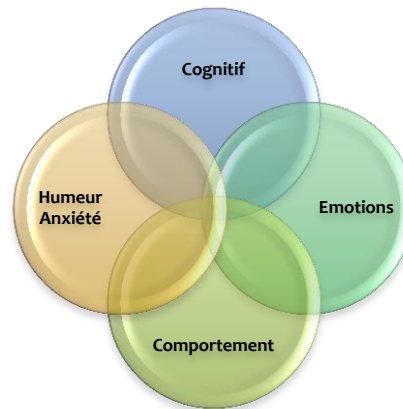
- **AVC** : première cause de handicap.
- **Handicap invisible**: séquelles cognitives, comportementales et émotionnelles.
- Impact socio professionnelle +++.
- Troubles cognitifs vasculaires largement sous diagnostiqués.
- (troubles = 1 patient sur 2. Légers = 2/3, sévères = 1/3, Godefroy O., 2018)



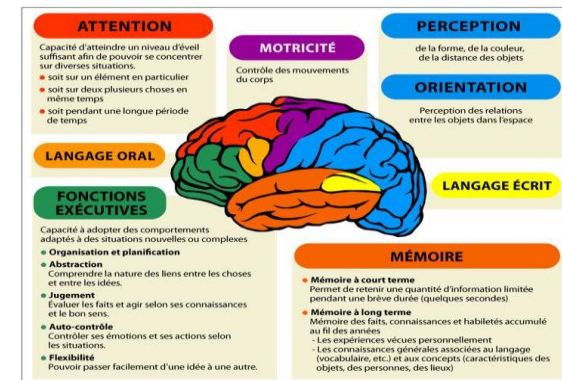
- **AVC** deuxième cause de troubles cognitifs.

# Troubles cognitifs, comportementaux et émotionnels

- Peuvent être présents sans trouble moteur associé.
- Sont hétérogènes et d'intensité variable.
- Peuvent être isolés, mais le plus souvent : intrication.



- Dépendent du siège des lésions cérébrales



# Ralentissement , fatigue et anosognosie

- \* **Ralentissement** : la personne a besoin de plus de temps pour réaliser ses tâches et pour réfléchir.

Qu'est-ce qu'il est lent !

Ca va trop vite pour moi

Ça met du temps, il faut que je réfléchisse

- \* **Fatigue**: épuisement physique et intellectuel.

Je ne fais rien et je suis fatigué(e)

Maintenant il faut qu'il fasse sa sieste

- \* **Anosognosie**: méconnaissance involontaire et inconsciente des difficultés motrices et intellectuelles.

il ne se rend pas compte qu'il est différent

On m'empêche de reconduire

Je ne comprends pas pourquoi je suis là

# Troubles attentionnels

- \* Troubles attentionnels: difficulté à rester concentrer sur une longue période (attention soutenue), à filtrer les bruits environnants (attention sélective), à être capable de faire deux choses simultanément (attention partagée).

J'ai des difficultés pour participer à une longue conversation

Je perds le fil de mes pensées au cours d'une conversation

Il semble ne pas écouter quand je lui parle

Elle se laisse distraire par une mouche qui vole

J'oublie ce que je viens chercher dans une pièce



# Mémoire de travail

- \* Déficit de mémoire de travail : difficulté à maintenir des informations en mémoire le temps de les traiter.

Elle met longtemps à répondre à une simple conversation

J'oublie la recette que je viens de lire et dois la relire pour la réaliser

Je n'arrive plus à faire deux choses en même temps

# Mémoire épisodique

Je ne me souviens plus de rien

Il me pose 100 fois la même question

- \* la mémoire épisodique nous permet de former de nouveaux souvenirs et de les évoquer.
- \* Se projeter dans le temps.

Il oublie les prénoms de nos proches

Je dois tout noter

Je suis incapable de raconter le film que j'ai vu hier soir

Quand il est au téléphone il ne peut pas me répéter ce qu'il s'est dit

Je ne lis plus car je ne me souviens plus de ce que j'ai lu la veille

J'oublie les choses qu'on me demande de faire

Il oublie tout

Je perds mes affaires

# Fonctions exécutives, comportement et cognition sociale.

- \* Fonctions exécutives: ensemble de processus qui orchestre notre réflexion et nos comportements.
- \* Cognition sociale: processus impliqués dans les interactions sociales.

Il ne prend plus de décisions

Il est devenu égoïste

Je suis plus irritable et agressif

Il ne supporte plus l'imprévu

Elle a des idées fixes

Son comportement me met mal à l'aise en société

Je n'arrive plus à m'organiser

Il ne s'occupe plus de rien

# Humeur

\* Apathie, dépression, anxiété et angoisse, indifférence affective = modification humeur et comportement.



d'origine psychologique ou en lien avec des lésions cérébrales .

Il se fiche de tout

Je n'ai plus envie de rien

Elle est triste

Je me sens vide, je n'ai plus d'émotions

Je suis anxieux

Il est déprimé

Il passe du rire au larme

Je n'ai plus de plaisir à faire ce que je faisais avant

Je ne vais pas y arriver

# La prise en charge neuropsychologique

Objectiver les troubles

- Type
- Sévérité

Objectiver les troubles

- Type
- sévérité

Mesurer la  
répercussion  
dans la quotidien

Mesurer la  
répercussion  
dans la quotidien

Aider à l'orientation

Remédiation

Accompagner



Hosp  
UNV/UNV

Consultation externe ou  
consultation mémoire

SSR neuro

CS post AVC  
Ou  
Cs initial

Ortho  
ergo

Domicile  
Ehpad  
...



**AVC**  
**Normandie**

# Les Plaquettes cognitives normandes

- **Groupe de travail neuropsychologues** initié par la filière AVC Normandie.
- **But:** améliorer le repérage des troubles.
- A destination des patients et aidants et professionnels de santé.
- Support de communication papier expliquant les troubles cognitives, émotionnelles, et thymique de manière pragmatique (définition, verbatims, conseils, astuces, où s'adresser?)
- Une plaquette par thématique.
- Sur le site [WWW.avc-normandie.fr](http://WWW.avc-normandie.fr), dernier trimestre 2019.

# Association France AVC

Présentée par **Véronique et Philippe Bardel**  
Secrétaires de France Avc Normandie

# Assemblée constitutive le 29 / 8 / 2009





# Votre association



**Informier    Soutenir    Aider**  
**Conseiller    Réunir**



# **L'AVC est une épreuve**

pour le patient  
mais aussi pour les proches

# Après l'AVC

## problèmes rencontrés

- \* Adaptation du lieu de vie
- \* Activités quotidiennes
- \* Isolement de la personne
- \* Aspects psychologiques
- \* Les rapports avec la famille
- \* Manque d'informations
- \* Préparer son retour au travail

# UNE ASSOCIATION À VOTRE ÉCOUTE

- \* Vous y rencontrez des personnes
  - ayant elles-mêmes été victimes d' AVC et
  - des aidants capables de vous apporter :
- \* Des informations sur votre pathologie et ses conséquences
- \* Des conseils pour mieux prendre en charge vos problèmes

# UNE ASSOCIATION À VOTRE ÉCOUTE

*Nous pouvons aussi vous apporter:*

- \* Des solutions pour mieux vivre au quotidien
  - \* Des adresses de structures spécialisées  
dans la prise en charge des AVC
  - \* Un soutien moral
  - \* Des témoignages pour ne pas rester isolés
- \* Rien ne remplace un échange cordial !*

# Nous proposons:

Une écoute téléphonique directe le lundi après-midi,  
mais dans la semaine il suffit de laisser un message  
et nous vous rappelons.

Tél 02 32 42 79 64

- \* Un accueil au siège de l'association  
à la mairie de 27500 CORNEVILLE sur RISLE  
le lundi après-midi de 14h à 17h.
- \* Un site internet: [www.France-avc.com](http://www.France-avc.com)
- \* Messagerie: [france-avcnormandie@orange.fr](mailto:france-avcnormandie@orange.fr)
- \* Un bulletin d'information pour nos adhérents.

# Antenne France AVC Saint-Lô



# France AVC Normandie : Antenne de Saint-Lo

Permanences assurées

## **La maison de la vie associative**

Rue des Charmilles

50000- SAINT LÔ

Le 3<sup>ème</sup> vendredi du mois de 15h à 18h

Et à votre écoute au: 06 87 89 67 95

- Accessibilité aux personnes à mobilité réduite
- Parking gratuit
- Accès possible par bus





# SAVS

Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

# SAMSAH

Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

Présentés par **Jean-Paul BARDOU**  
Directeur du SAMSAH-SAVS 50

# SOMMAIRE

## **Historique d'APF France handicap :**

- ✓ APF France handicap national,
- ✓ APF France handicap dans la Manche,
- ✓ Cadre réglementaire, financement.

## **Présentation du SAVS-SAMSAH :**

- ✓ Organigramme, équipe et carte des secteurs,
- ✓ Les principes et les missions communes au SAVS et au SAMSAH,
- ✓ La singularité du SAMSAH,
- ✓ Les modalités d'admission et le public accueilli.

## **Les services annexes :**

- ✓ Le pôle ressources,
- ✓ La convention HLM.

# HISTORIQUE DE L'APF

## **APF France handicap :**

- ✓ Création en 1933
- ✓ Mouvement national
- ✓ Défense et représentation des personnes en situation de handicap (moteur, polyhandicap) et de leur famille
- ✓ Accompagnement dans le choix de leur mode de vie (scolarité, loisirs, formation, emploi...)
- ✓ Gestion de services, établissements, entreprises adaptées

# APF FRANCE HANDICAP DANS LA MANCHE

## Dans la Manche, deux structures :

- ✓ La Délégation Départementale
- ✓ Le SAVS-SAMSAH

# HISTORIQUE DES SERVICES DANS LA MANCHE

En 1996, embauche d'un assistant social au sein de la délégation,

En 2000, création de l'Equipe pour le Soutien à la Vie Autonome (ESVAD 50),

En 2004, évolution de l'ESVAD 50 en un SAVS de 90 places,

En 2008, le SAVS évolue avec l'ouverture du SAMSAH avec 79 places pour le SAVS et 21 places pour le SAMSAH.

# CADRE RÉGLEMENTAIRE ET FINANCEMENT

- ✓ Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale,
- ✓ Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances , la participation et la citoyenneté des personnes handicapées,
- ✓ Décret du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

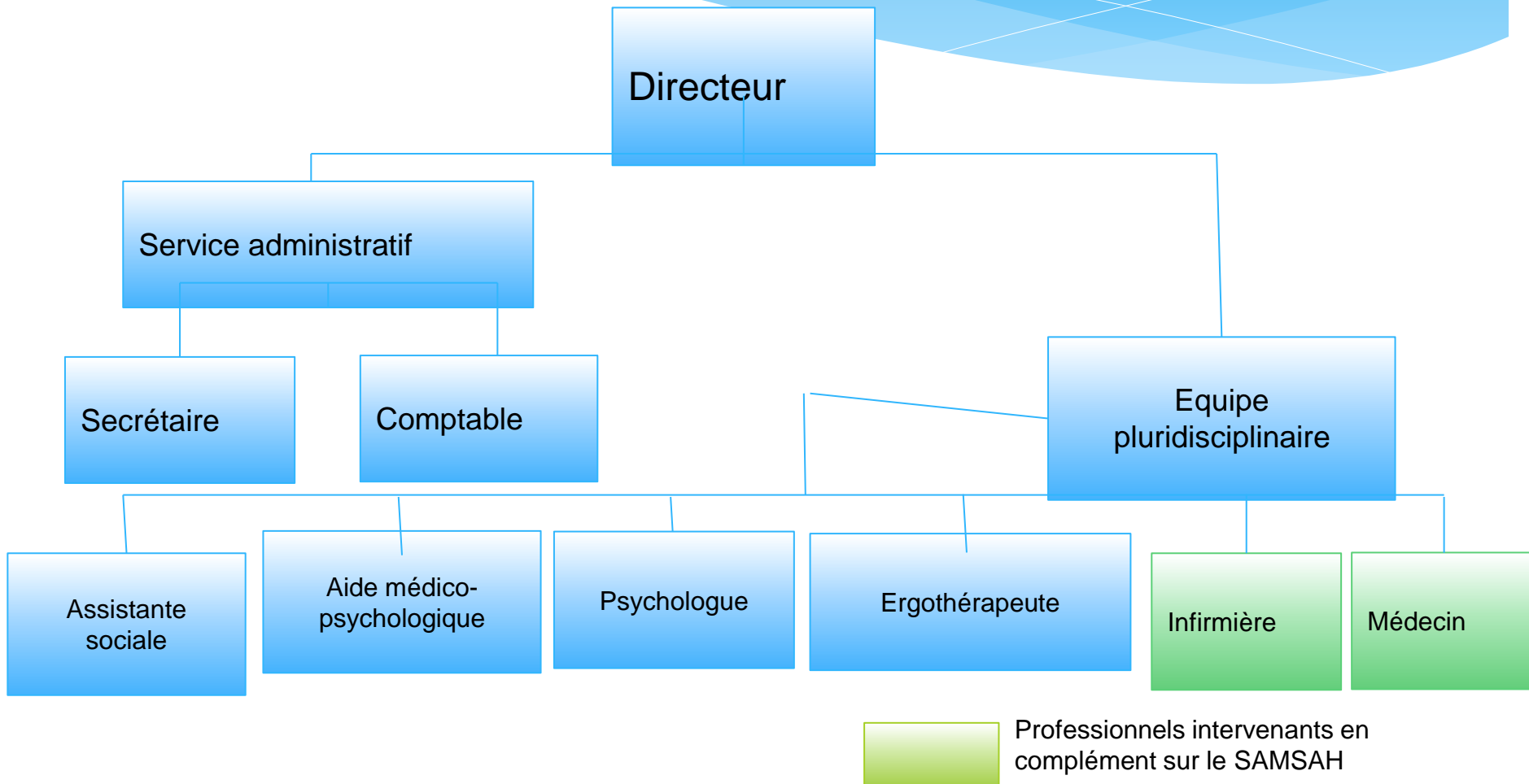
Le service est financé par :

Le Conseil Départemental et la Sécurité Sociale.

# PRÉSENTATION DES SERVICES

- ✓ **LE SAVS**
- ✓ **LE SAMSAH**
- ✓ **LES SERVICES ANNEXES**

# ORGANIGRAMME SAVS-SAMSAH





# L'ÉQUIPE ET SES MISSIONS

## Le directeur du service



Première visite auprès de l'utilisateur (SAVS)  
Garant du respect des missions du service

## La secrétaire



Accueil téléphonique et physique  
Ecoute, information, orientation  
Suivi et gestion des dossiers

## L'ergothérapeute



Evaluation des capacités  
Réadaptation  
Mise en place des moyens de compensation  
(aides techniques, aménagement du logement, véhicule, ...)

## L'infirmière coordinatrice



Première visite de l'utilisateur (SAMSAH)  
Ecoute, soutien et information  
Coordination et accès aux soins

## L'aide médico psychologique



Accès à la vie sociale (loisirs, vacances, ...)  
Restauration de l'estime de soi et du plaisir  
Développement et maintien de la communication et des liens sociaux (parentalité, ...)

## L'assistante sociale



Ecoute et soutien  
Aides aux démarches administratives (accès aux droits, logement, aides humaines, formation, emploi, ...)  
Prise en compte de l'environnement social et familial

## La psychologue



Ecoute et soutien  
Information  
Relais et orientation vers des services adaptés

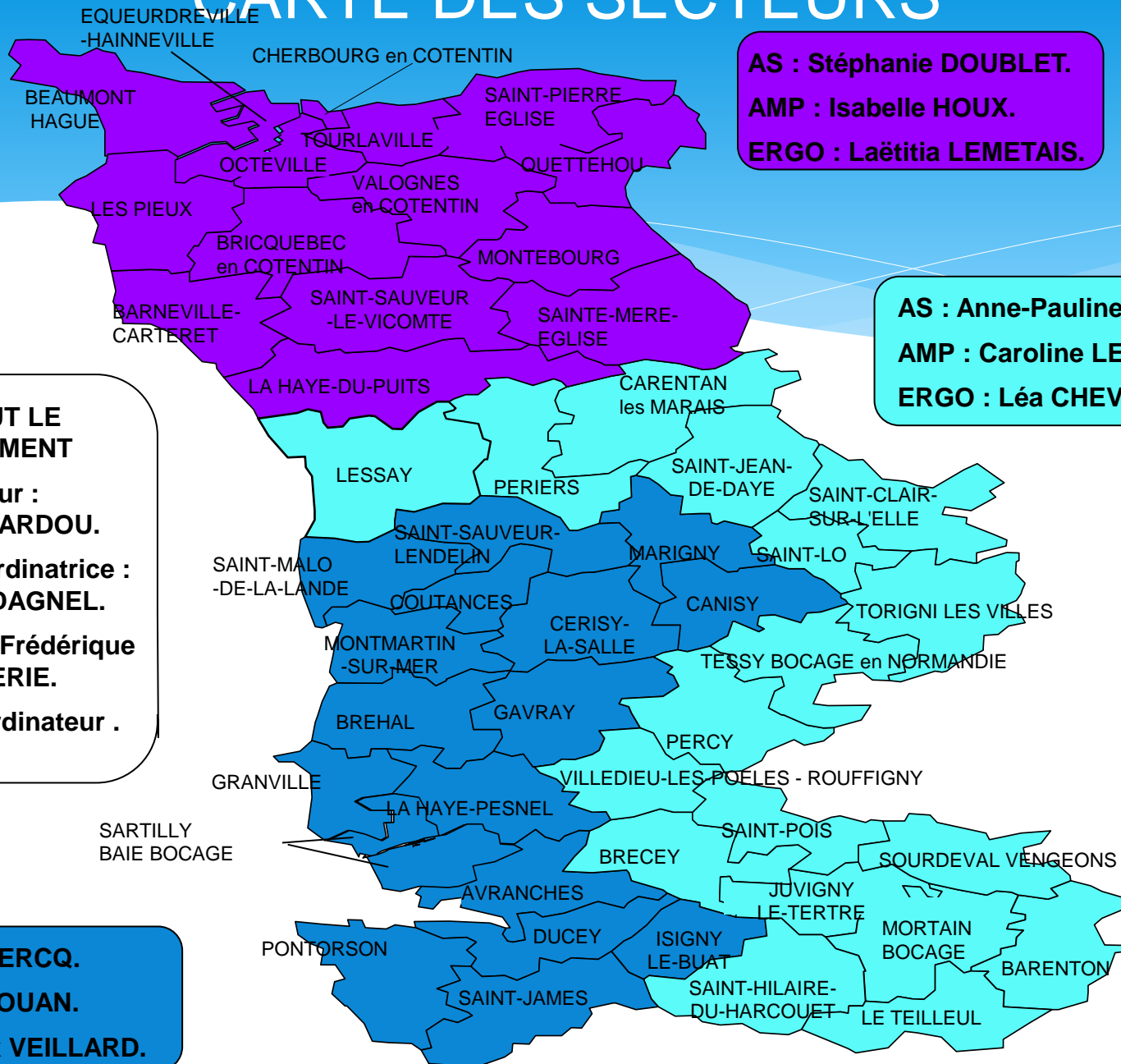
## Le médecin de rééducation



Recueil d'informations médicales  
Coordination avec les professionnels médicaux  
Consultation spécialisées



# CARTE DES SECTEURS



**AS : Stéphanie DOUBLET.**

**AMP : Isabelle HOUX.**

**ERGO : Laëtitia LEMETAIS.**

**AS : Anne-Pauline LE ROUX.**

**AMP : Caroline LEFEVRE.**

**ERGO : Léa CHEVREUL.**

**SUR TOUT LE  
DEPARTEMENT**

**Directeur :  
Jean-Paul BARDOU.**

**Infirmière Coordinatrice :  
Magalie PIEDAGNEL.**

**Psychologue : Frédérique  
MARGUERIE.**

**Médecin Coordinateur .**

**AS : Lucie LECLERCQ.**

**AMP : Elodie THOUAN.**

**ERGO : Margaux VEILLARD.**

# MODALITÉ D'ADMISSION ET D'ACCOMPAGNEMENT

## Orientation vers le service par la MDPH

Durée d'orientation définie par celle-ci  
Pas de participation financière de la part de l'utilisateur  
Pas de dossier d'aide-sociale

## La première rencontre avec l'utilisateur se fait par le biais du directeur ou de l'infirmière

Au travers de cet échange, l'utilisateur va exposer sa situation, ses difficultés, ses souhaits  
Présentation du service  
Définition des pré-objectifs de l'accompagnement

## Présentation de la situation à l'équipe pluridisciplinaire lors d'une réunion de secteur

Au rythme d'une réunion par mois

## Coordination des interventions des professionnels

Selon leurs spécificités et les pré-objectifs définis

## Echanges d'informations, des actions menées, des entretiens au fil de l'accompagnement

Selon leurs spécificités et les pré-objectifs définis

## Désignation d'un référent

Elaboration du PPA : Projet Personnalisé d'Accompagnement:  
Document qui précise les objectifs et les moyens pour la durée de l'accompagnement;  
Daté, signé par le directeur et l'utilisateur (et/ou son entourage)

## Intervention non pérenne

Mise en place de relais si nécessaire

## Réalisation d'un bilan au terme de l'accompagnement

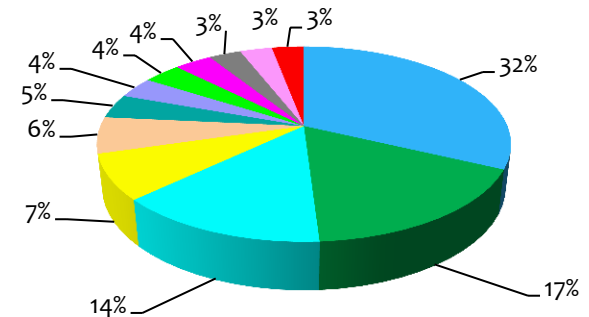
les objectifs sont réalisés, l'utilisateur n'a pas d'autre demande : rédaction d'un bilan final et lecture avec l'utilisateur

Les objectifs ne sont pas atteints: avec l'accord de l'utilisateur : demande de renouvellement de l'accompagnement

# LE PUBLIC ACCUEILLI

Personnes adultes âgées de 20 à 60 ans (sauf dérogation d'âge) en situation de handicap liée à des troubles moteurs et/ou associés.

Pathologie	Nombre de personnes
AVC	55
Traumatisés Crâniens	29
Sclérose en Plaques	25
Infirmitté Motrice Cérébrale	13
Sclérose Latérale Amyotrophique	10
Polynévrite alcoolique	7
Myopathie	6
Séquelle tumeur cerveau	6
Ataxie de Friedrich	6
Séquelle arrêt cardiaque	5
Parkinson	5
Chorée de Huntington	5
TOTAL	172



Pathologies les plus rencontrées en 2016

# LES PRINCIPES

## Le cadre spécifique :

- ✓ Aucune participation financière,
- ✓ Un accompagnement personnalisé et individualisé qui prend en compte la globalité de la situation de la personne,
- ✓ Une intervention sur l'ensemble du secteur,
- ✓ Un accompagnement par une équipe pluridisciplinaire,
- ✓ Une relation d'aide fondée sur le partage et la valorisation de la personne comme actrice de ses projets.

## Les valeurs :

1. Le respect de la personne
2. La place de l'utilisateur au cœur de l'accompagnement
3. Une intervention individualisée et limitée dans le temps
4. L'écoute, l'accompagnement de deuils et l'émergence des besoins
5. L'optimisation des conditions de sécurité

# LES MISSIONS DU SAVS

Réalisation d'un projet individualisé pouvant intégrer divers objectifs :

1. Evaluer la situation globale, instaurer une relation de confiance et favoriser l'implication des usagers,
2. Accompagner l'amélioration des conditions de vie quotidienne par le développement de moyens de compensation,
3. Apporter un soutien dans les démarches administratives et à la citoyenneté,
4. Favoriser la communication et les liens sociaux,
5. Favoriser estime de soi et plaisir,
6. Favoriser l'accès à la vie sociale,
7. Soutenir la personne et son entourage.

# LE SAMSAH

Au-delà de ces missions communes, le SAMSAH intègre une dimension thérapeutique et s'adresse plus particulièrement :

- ✓ Aux personnes en situation de grande dépendance nécessitant un soutien à la coordination de soins et à l'accès aux soins,
- ✓ Aux personnes cérébro-lésées dont les troubles cognitifs entraînent des besoins de coordination de soin et/ou des soins ergothérapeutiques de réadaptation,
- ✓ Aux personnes cérébro-lésées nécessitant une continuité de soins ou une reprise de soins.



# LES MISSIONS PRINCIPALES DU SAMSAH

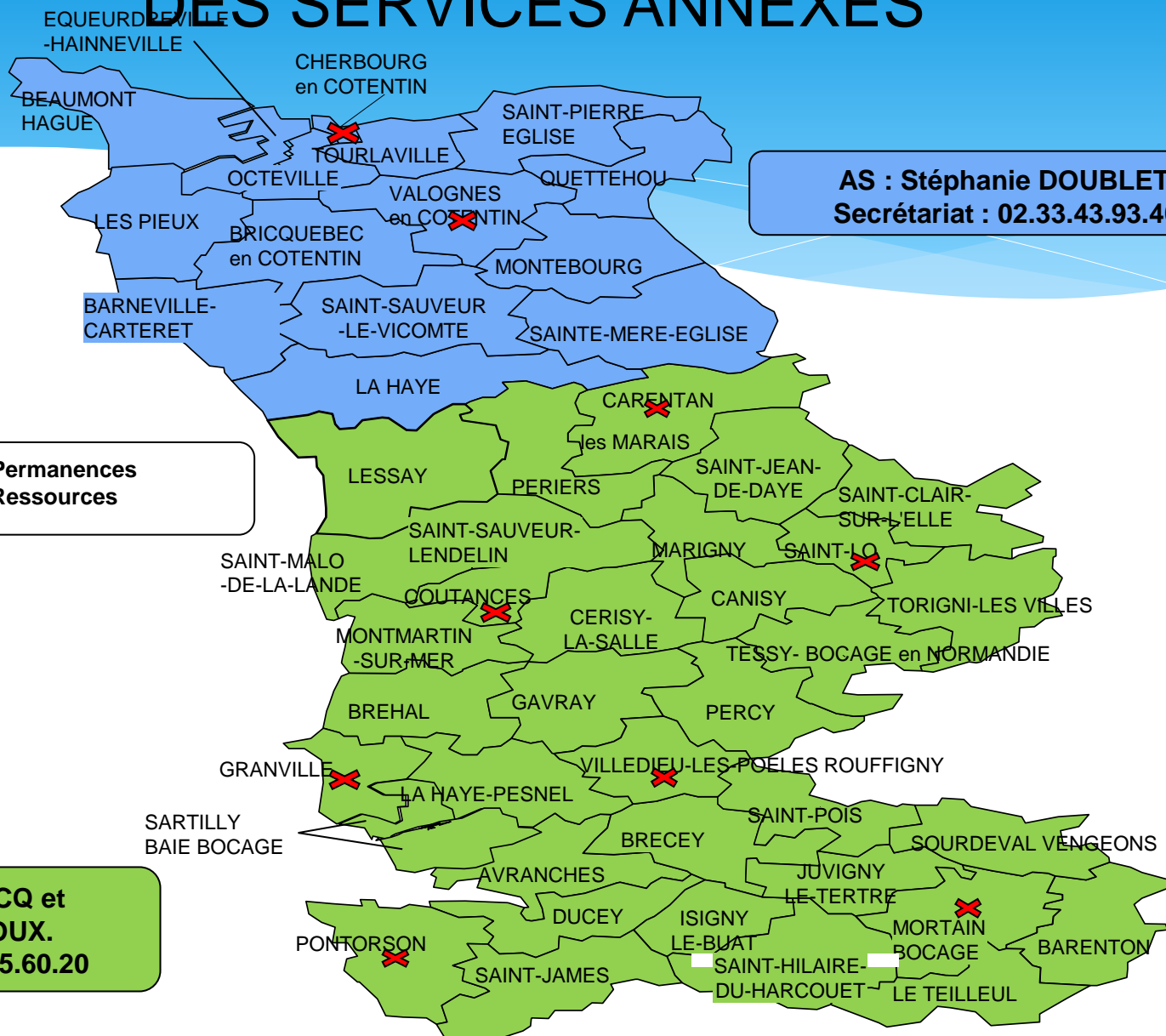
1. Favoriser l'accès aux soins et aider à la coordination,
2. Dispenser des soins de réadaptation en ergothérapie,
3. Faciliter et soutenir l'accompagnement des professionnels et des aidants familiaux intervenant auprès des usagers du service.

# LE PÔLE RESSOURCES

Pour un accès direct à l'information sur tout le territoire.

- ✓ Rattaché au SAVS,
- ✓ Convention signée entre le Conseil Départemental et APF France handicap 50,
- ✓ Animé par l'Assistant Social dans différents lieux de permanence sur tout le département,
- ✓ Accueil sur RDV des personnes en situation de handicap et de leur famille sans limite d'âge,
- ✓ Accès aux informations, réponse à des demandes concernant tous les aspects de la vie.

# RÉPARTITION DES SECTEURS D'INTERVENTION DES SERVICES ANNEXES



**AS : Stéphanie DOUBLET.**  
**Secrétariat : 02.33.43.93.40**

**X** Lieux des Permanences  
Du Pôle Ressources

**AS : Lucie LECLERCQ et  
Anne-Pauline LE ROUX.**  
**Secrétariat : 02.33.75.60.20**

# LA CONVENTION HLM

- ✓ Convention signée en 2010 par l'OPDHLM Manche Habitat et APF France handicap 50.
- ✓ Etude du projet d'aménagement par l'Assistant Social, avis, demande d'aides financières.
- ✓ Financement par Manche Habitat si :
  - Le logement a plus de 15 ans,
  - Le locataire réside depuis plus d'1 an,
  - Le locataire est titulaire d'une carte d'invalidité.

# La conduite automobile après un AVC

## L'aide aux aidants

Présentées par **Sarah TESSON**

Psychologue neuropsychologue SSR Korian

L'Estran

# La conduite automobile post-AVC

Selon l'arrêté du 21 Décembre 2005, modifié par l'arrêté du 18 Décembre 2015 :

- \* Il existe une liste des affections médicales incompatibles avec le maintien du permis de conduire. Ces affections peuvent donner lieu à la délivrance de permis de conduire de validité de durée limitée.
- \* Suite à une lésion cérébrale, les personnes sont tenues d'effectuer une visite médicale auprès d'un médecin agréé par la préfecture.
- \* Ce médecin statue les conditions d'obtention du titre (validité du permis de conduire, nécessité d'aménagements spécifiques).

# La conduite automobile post-AVC

« Les accidents vasculaires cérébraux :

- Hémorragiques et malformations vasculaires
- Accidents ischémiques transitoires
- Infarctus cérébral

⇒ Incompatibilité temporaire à la conduite automobile selon la nature du déficit :

- Troubles permanents de la coordination, de la force et du contrôle musculaire => avis médical préalable,
- Atteinte du champ visuel => avis spécialisé nécessaire »

Arrêté du 31 août 2010, paru en septembre au journal officiel

# La conduite automobile post-AVC



## RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

### Reprise de la conduite automobile après une lésion cérébrale acquise non évolutive

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

#### ARGUMENTAIRE SCIENTIFIQUE

Janvier 2016

Cette recommandation de bonne pratique a reçu le label de la Haute Autorité de Santé.  
Ce label signifie que cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon les procédures et  
règles méthodologiques préconisées par la Haute Autorité de Santé.

Toute contestation sur le fond doit être portée directement auprès des promoteurs.

« Séquelles cognitivo-comportementales suite à une lésion cérébrale :

- la vitesse de traitement de l'information, la perception, l'attention/la concentration, la mémoire, le langage, la communication et les fonctions exécutives
- Perturbation du comportement émotionnel, de l'humeur et de la conscience de soi/métacognition

➤ L'ensemble de ces déficiences nécessite d'être identifié afin d'en évaluer l'impact sur l'activité de conduite automobile et les compensations envisageable.»



# La conduite automobile post-AVC



## La conduite automobile après une lésion cérébrale acquise non évolutive

### Législation

Selon l'arrêté du 21 Décembre 2005, modifié par l'arrêté du 18 Décembre 2015 :

Il existe une liste des affections médicales incompatibles avec le maintien du permis de conduire. Ces affections peuvent donner lieu à la délivrance de permis de conduire de validité de durée limitée.

Suite à une lésion cérébrale, vous êtes tenus d'effectuer une visite médicale auprès d'un médecin agréé par la préfecture.

Ce médecin statue les conditions d'obtention du titre (validité du permis de conduire, nécessité d'aménagements spécifiques).

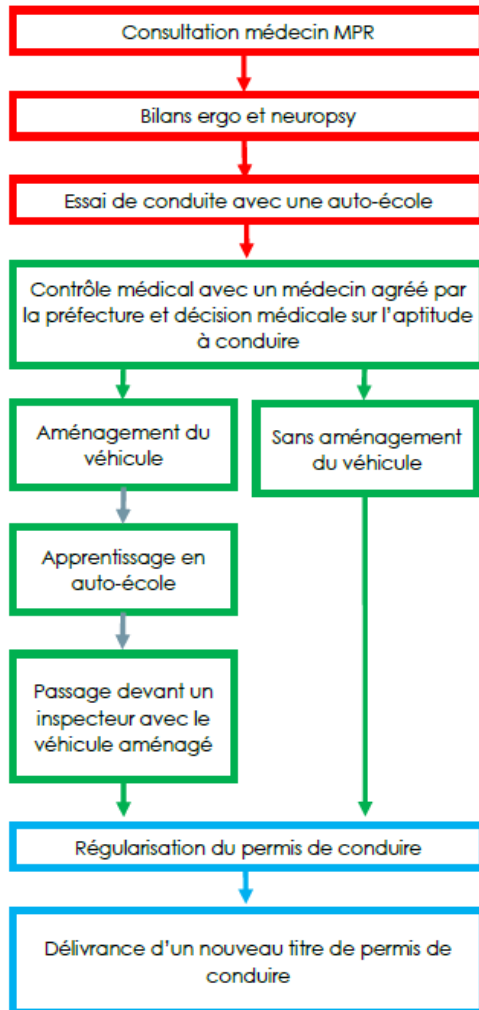
## Protocole d'évaluation des capacités à la reprise de la conduite automobile

Sur prescription médicale :

**« Hospitalisation à Temps Partiel à la Clinique KORIAN L'Estran pour 4 séances en externat en vue d'une évaluation des capacités à la reprise de la conduite automobile »**

# La conduite automobile post-AVC

Quelles sont les démarches à effectuer ?



- Une consultation avec le médecin rééducateur
  - Un bilan avec l'ergothérapeute
  - Un bilan avec la neuropsychologue
  - Une mise en situation sur route avec une auto-école conventionnée
  - Un rendez-vous de synthèse avec MPR
- Avis sur la capacité à reprendre la conduite

# La conduite automobile post-AVC

## Perspectives :

- Mieux informer sur les conditions de la reprise de la conduite après une lésion cérébrale acquise non évolutive
- Diffuser l'information sur la possibilité d'une évaluation pluridisciplinaire
- Entamer une réflexion sur les solutions alternatives à proposer en cas de contre-indications à la reprise de la conduite

# L'aide aux aidants

## Constats :

- Manque d'informations des familles
- Difficultés à préparer le projet de vie
- Impact sur la qualité de vie lors du retour à domicile
- Isolement social

# L'aide aux aidants

## Objectifs :

- Fournir des informations sur des thèmes divers en lien avec l'AVC :
  - Les troubles cognitivo-comportementaux
  - L'autonomie en vie quotidienne
  - La vie sociale après un AVC
  - Les aides humaines et financières
  - Les répercussions familiales
- Apporter un espace d'écoute et d'échange
- Participer à la prévention de l'épuisement

# L'aide aux aidants

Ces réunions ont lieu :

- Chaque **troisième jeudi du mois** de septembre à juin
- A partir de 18h en salle de réunion de la clinique SSR Korian L'Estran à Siouville-Hague
- Sans inscription
- Ouvertes à toute personne accompagnant un proche ayant été victime d'un AVC

# L'aide aux aidants

## Perspectives :

- Diffuser l'information sur l'existence de ces réunions
- Réfléchir à un accueil pour les personnes accompagnées
- Elargir le nombre d'intervenants pour diversifier les thèmes et ainsi répondre aux attentes diverses

# Les consultations post-AVC en Neurologie

Présentées par Dr DIACU, neurologue et Noémie  
BOURGET, IDE



# Les objectifs (1)

- \* Vérifier le bilan étiologique, les traitements et la prise en charge des facteurs de risque vasculaires
- \* Evaluer les conséquences de la maladie vasculaire
- \* Etablir un bilan pronostic fonctionnel et cognitif
- \* Dépister les troubles de l'humeur
- \* Evaluer les capacités de réinsertion sociale et professionnelle
- \* Evaluer la qualité de vie du patient

# Les objectifs(2)

- \* Contribuer à la meilleure prévention secondaire et au contrôle des facteurs de risque
- \* Proposer ou compléter, si nécessaire, un programme d'éducation thérapeutique
- \* Evaluer la qualité de vie de l'entourage et déterminer si les aidants ont besoin de soutien
- \* Informer le patient et son entourage sur la pathologie, les facteurs de risque et les traitements
- \* Orienter éventuellement le patient vers les professionnels et les structures adaptées, vers les associations de patients

# Types de consultations

- \* **La consultation pluri professionnelle simple** est définie par la présence d'un professionnel médical (neurologue, médecin de médecine physique et réadaptation ou de gériatrie pouvant justifier d'une expérience neurovasculaire) et un professionnel paramédical (infirmier, ergothérapeute..) au plus.
- \* **La consultation pluri professionnelle complexe** associe la présence d'un professionnel médical et d'au moins deux professionnels paramédicaux ou autre professionnel (infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute, psychologue, neuropsychologue, assistante sociale, diététicien)

# Contexte

## Cherbourg

- \* Début des consultations post AVC le 1<sup>er</sup> septembre 2017
- \* 4 neurologues
- \* 1 médecin MPR
- \* 2 infirmières
- \* 1 diététicienne
- \* secrétaires

# Mise en place

- \* La consultation est programmée à la sortie de l'hospitalisation dans les 3 à 6 mois avec un bilan biologique (bilan lipidique, hépatique et glycémie) à réaliser avant le rendez vous
- \* L'infirmière appelle les patients une semaine avant leur rendez vous afin de leur rappeler d'apporter leur dernière ordonnance de traitement, leur bilan sanguin, les examens réalisés en externe (ETT, holter ECG) et leur demande de venir accompagné si possible.
- \* Le rappel téléphonique permet d'avoir un contact avec l'entourage du patient si celui-ci ne peut venir accompagné et d'évoquer les difficultés.

# Déroulement : Dans un 1<sup>er</sup> temps, l'infirmière reçoit le patient

- \* L'IDE laisse un temps libre d'échange pour faire émerger les questions du patient et de son entourage quel que soit le sujet (l'AVC, l'étiologie, la rééducation, le handicap, le RAD, les aides, la conduite...)
- \* L'IDE reprend le bilan diagnostic et étiologique et prend note des différents éléments sur le support commun à la Normandie « Consultation Pluri-Professionnelle post-AVC »
- \* Il/elle aborde plusieurs questions à savoir:
  - \* Les troubles de la mémoire et du comportement
  - \* La dépression, l'anxiété
  - \* Le sommeil
  - \* La continence, la sexualité
  - \* La douleur
  - \* L'alimentation, les troubles de la déglutition, la dénutrition
  - \* La mobilité, le handicap (score de Rankin)
  - \* L'épilepsie

# Temps infirmier

- \* Les facteurs de risque vasculaires:
  - \* Prise de la tension artérielle
  - \* Prise de pouls manuelle avec ECG si doute
  - \* Glycémie capillaire
  - \* Poids, taille, IMC
  - \* Bilan lipidique
  - \* Activité sportive
  - \* Consommation d'alcool
  - \* Tabagisme
  - \* Signes de SAOS
- \* Le traitement
  - \* Difficultés dans la prise, l'observance, les effets indésirables
- \* Le médico-social
  - \* Aides à domicile? Sont elles adaptées aux besoin?
  - \* Kiné, orthophonie en externe?
  - \* Reprise du travail et de la conduite automobile

# Temps médical

## Le médecin

- \* réalise l'examen neurologique ; une MoCA si trouble cognitif ou plainte mnésique
- \* vérifie le bilan étiologique et reprogramme les examens complémentaires si nécessaire (vérification biologiques ; moyens optimisés de détection de la FA ? ... )
- \* réévalue le traitement per os ( ++ l'antithrombotique est-il adapté ? )
- \* renouvelle les demande de prise en charge/prescription par les kiné, neuropsychologues, diététicienne..




# Temps médical (suite et fin)

## Le médecin

- \* tient compte des informations transmises par le patient à l'IDE pour adapter et compléter les explications au patient et à son entourage
- \* réadresse le patient vers d'autres médecins spécialistes (cardiologue, endocrinologue, MPR, tabacologue, ORL ou pneumologue pour recherche SAOS avec Epworth, consultation anti-douleur... ) ;
- \* Prévoit si besoin discussion du dossier en téléstaff régional neuro-vasculaire et/ou staff neuro-cardio CHU Caen (fermeture FOP, pose Reveal ; reprise anticoagulants ou fermeture auricule après hgie... )

# Points positifs

- \* Temps de consultation d'une heure répartie entre l'IDE et le médecin
- \* Beaucoup de confidences faites à l'IDE qui permet d'adapter et d'améliorer la prise en charge
- \* Permet de sensibiliser à l'observance thérapeutique
- \* Permet une meilleure prévention secondaire pour les patients ayant fait un AIT
- \* Permet un temps de parole aux aidants car la consultation n'est pas centrée que sur le patient.



Prise de rendez vous possible au  
secrétariat de Neurologie au  
02.33.20.76.61

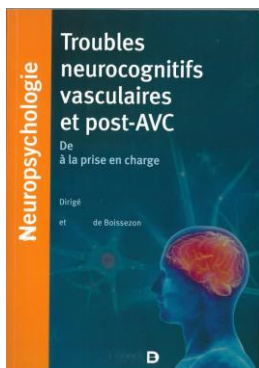
# AVC et Après ...

## PISTES DE REFLEXION SUR LE TERRITOIRE

Présentées par Dr **Eric Lebiez**, neurologue, **Françoise Potel**,  
psychologue neuropsychologue et **Aurélie Dubost**, assistante  
sociale

# Vigilance

## Dépression



P.Thomas – Professeur de  
Psychiatrie – Université de Lille  
Mai 2017

**Tout patient AVC doit être considéré comme un patient à risque élevé de dépression**

(prévalence sous estimée de 30-60% selon les études)

Début précoce (80%) : maximum 3-6 mois / risque élevé pendant 3 ans

Evolution de 6 mois à 1 an

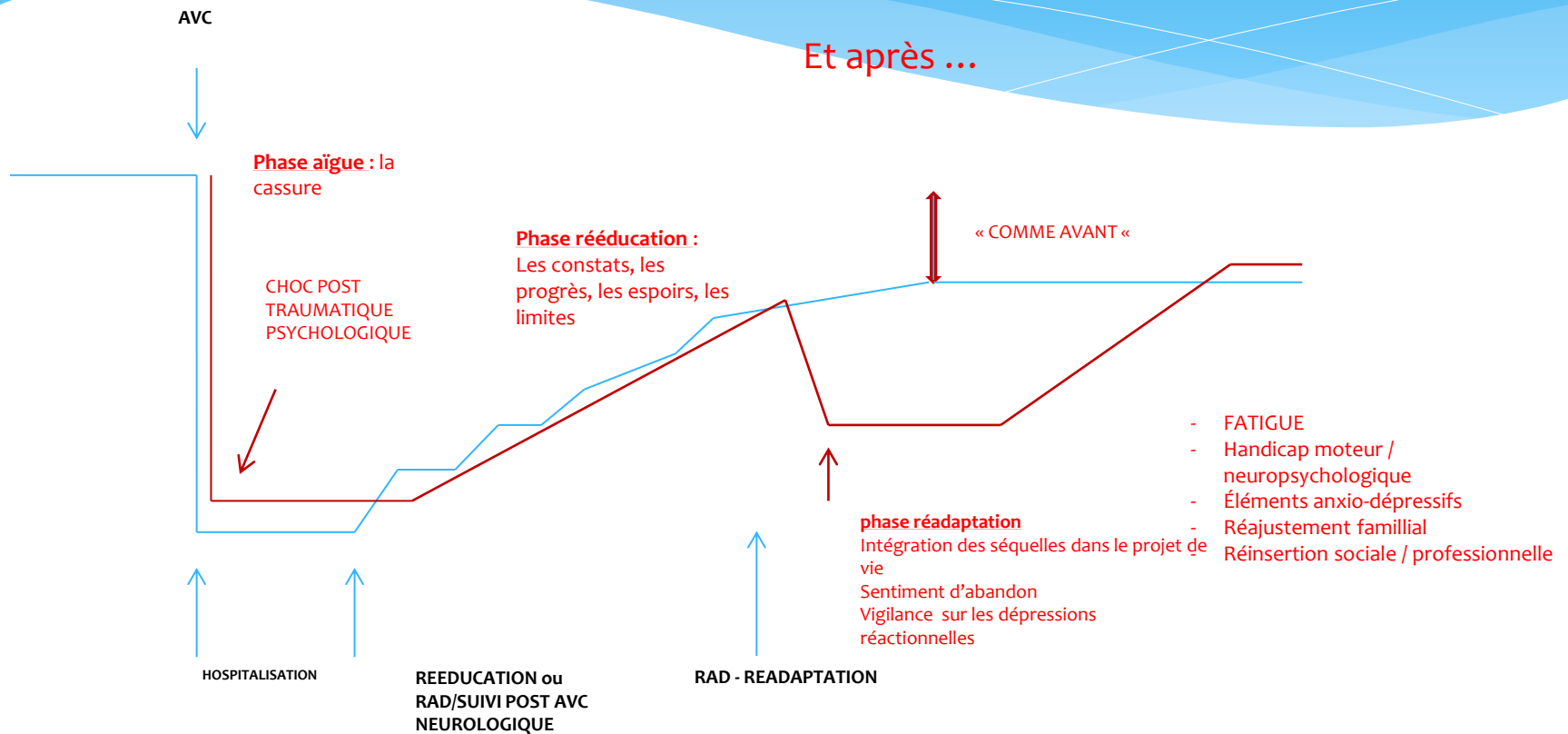
Risque de chronicisation

**Syndrome anxieux** : attaque de panique, phobies

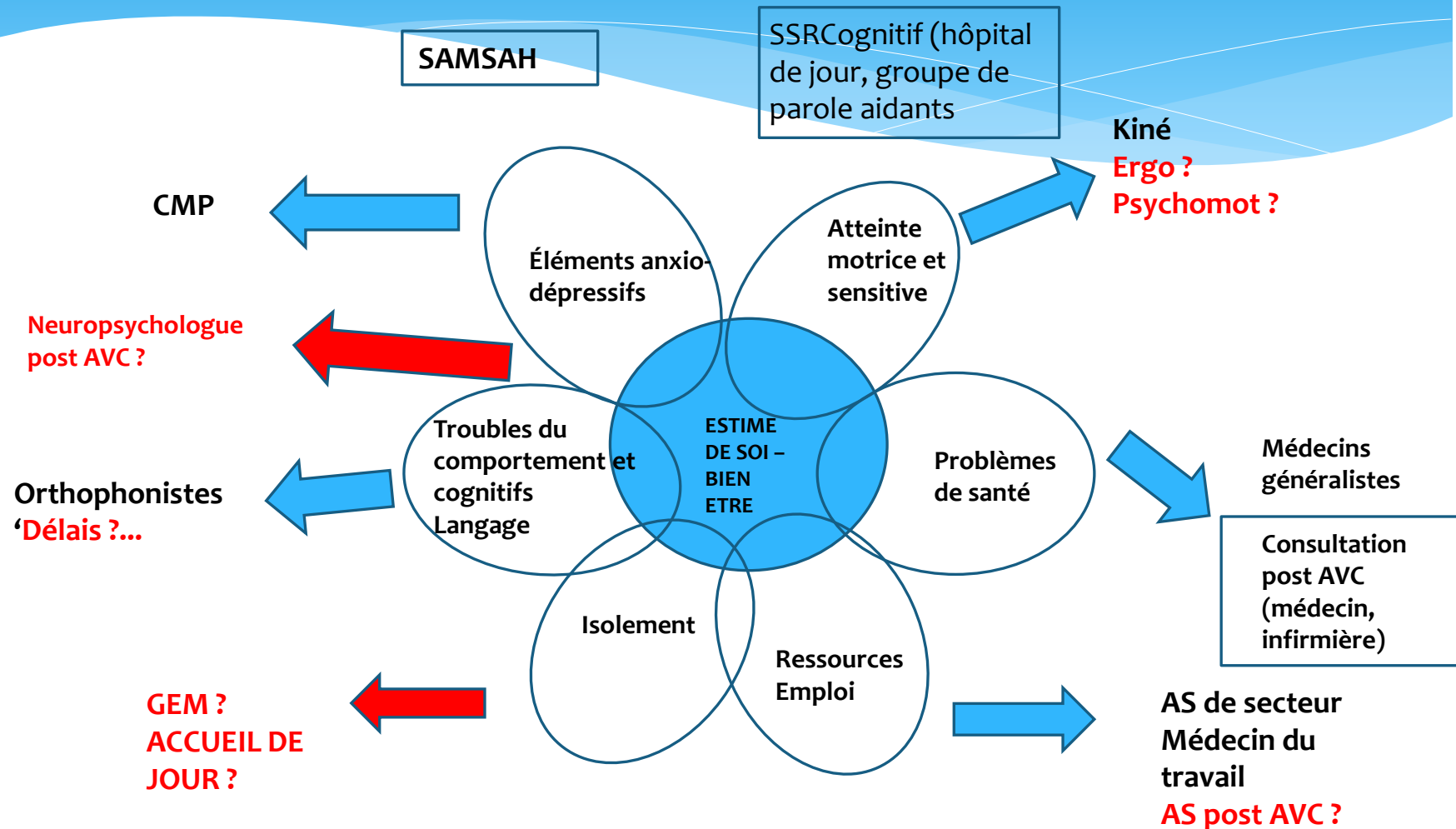
**Syndrome de fatigue post AVC** (CHU Nantes)

- Fréquence : 50-70%
- Pas liée à la gravité de l'AVC

# PSYCHOPATHOLOGIE DES AVC



# PRISE EN CHARGE après le retour à domicile




# A développer et/ou créer

- \* **Consultation post AVC neuropsychologique :**
  - \* suivis sur 3 ans
  - \* Prise en charge des familles (groupe de parole, ateliers conseils)
  - \* Ateliers neuropsychologiques
- **Réseau avec les médecins généralistes et les CMP/** dépistage, traitement et suivis
- **Réseau pour la gestion des difficultés sociales et matérielles /** réadaptation/réinsertion
  - \* assistante sociale
  - \* Médecin du travail
  - \* SAMSAH
- Travail avec les associations, la MDA et l'ARS : **création d'un GEM** (groupe d'entraide mutuel) **Cognitif**



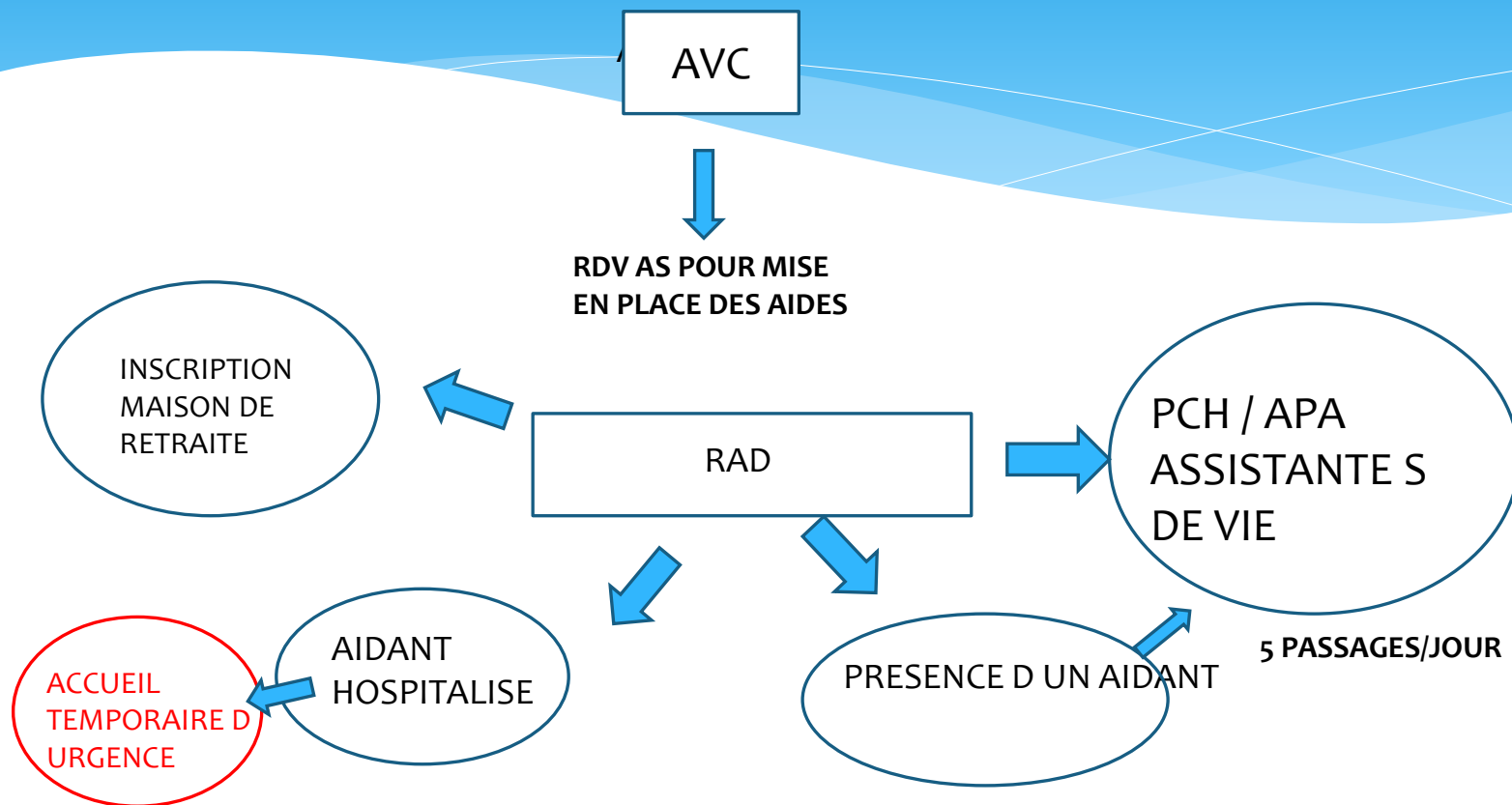
# GEM

- \* Groupe d'entraide mutuelle
  - \* Patients cérébro-lésés avec troubles cognitifs (AVC, TC, mésusage de l'alcool)
  - \* Accueil de jour avec éducateur et bénévoles
  - \* Ateliers pour les patients et pour les familles



**MISSIONS de l'assistante  
sociale :  
réflexion sur les besoins**

# MAINTIEN A DOMICILE DIFFICILE/HANDICAP



# ACCOMPAGNEMENT DES FAMILLES

PENDANT L'HOSPI ET LA  
REEDUCATION  
L'AIDANT SE CONCENTRE SUR LE  
MALADE  
PRISE EN CHARGE DU PATIENT ET  
DE L'AIDANT



RAD  
RISQUES d'épuisement  
et d'isolement du  
malade et de l'aidant



Accueil de jour  
Prise en charge du  
patient  
Période de répit  
des familles

# REPERCUSSIONS SUR L'EMPLOI

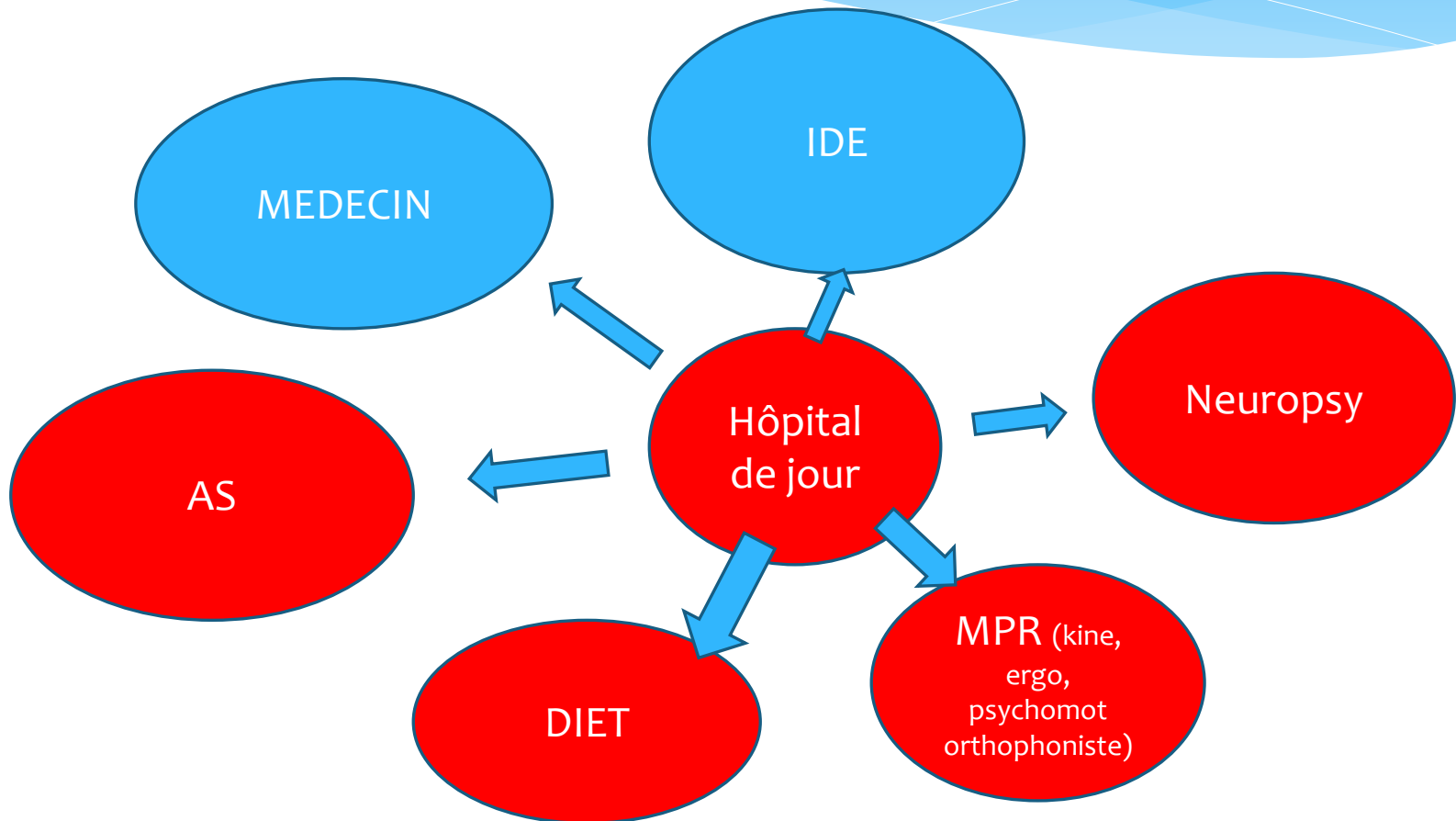
Risques a long terme  
- **licenciement pour inaptitude**  
- **invalidité**  
(reclassement prof impossible)



Diminution des ressources

# SOLUTIONS IDEALES

\* Consultation post AVC pluridisciplinaire



# RECONNAISSANCE DU HANDICAP

RENUMERATION

## ACTIVITE NON SALARIEE

Allocation Adulte Handicapé (AAH)  
versée par la CAF  
ou la MSA  
Soumis à une capacité d'emploi  
évaluée sur certificat médical par  
la Maison De l'Autonomie

Si vous avez déjà travaillé, un  
droit à l'invalidité est possible

## ACTIVITE SALARIEE (Pôle emploi ou employeur)

- Arrêt de travail : convocation possible par le médecin conseil qui peut refuser : attention risque de passage rapide au mi-traitement  
- Invalidité demandée par votre médecin traitant à votre caisse de sécurité sociale (CPAM, RSI, MSA...) le médecin conseil statue sur l'obtention et sur la catégorie

## RETRAITE

TRAVAIL

Reconnaissance en Qualité de  
Travailleur Handicapé (RQTH) qui  
permet d'accéder à une formation  
adaptée à votre handicap  
- RSA : contrat d'insertion  
- Pôle emploi  
- CAP emploi

RQTH : l'employeur doit vous proposer (accompagné  
par la médecine du travail) :

- Un autre poste plus adapté
- aménager de façon ergonomique votre poste actuel
- Une formation

Si rien n'est possible : risque de licenciement pour  
inaptitude, orientation vers Pôle emploi

DROIT COMMUN

- Carte de stationnement  
- Carte d'invalidité  
- Aide à domicile (MDA ou caisse de retraite)

100 %

LEGENDE :

Maison De l'Autonomie (Conseil Départemental)

Sécurité sociale