



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

**RAPPORT
D'ELABORATION**

Parcours de rééducation/ adaptation des patients après la phase initiale de l'AVC

Validé par le Collège le 16 juillet 2020

Descriptif de la publication

| | |
|---------------------------------|---|
| Titre | Parcours de rééducation/adaptation des patients après la phase initiale de l'AVC |
| Méthode de travail | Fiche pertinence des soins |
| Objectif(s) | Objectifs d'amélioration de la pertinence des soins |
| Cibles concernées | Patients adultes ayant eu un accident vasculaire cérébral nécessitant une rééducation réadaptation |
| Professionnels concernés | Médecin spécialisé en neurologie vasculaire, médecin spécialisé en médecine physique et de réadaptation, médecin spécialisé en gériatrie, médecin spécialisé en médecine générale, ergothérapeute, infirmier, masseur-kinésithérapeute, neuropsychologue, orthophoniste, psychomotricien, psychologue, travailleur social |
| Demandeur | DGOS |
| Promoteur(s) | Haute Autorité de santé (HAS) |
| Pilotage du projet | Coordination : Dr Nathalie Poutignat, chef de projet, Service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours de la HAS (chef de service : Dr Marie Hélène Rodde-Dunet). Secrétariat : Chantal Hottin |
| Recherche documentaire | Cf. note de problématique HAS mai 2019 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-06/app_260_note_de_problematique_ssr_avc_cd_2019_05_22_vfinale.pdf Réalisée par Mme Emmanuelle Blondet, avec l'aide de Mme Sylvie Lascols (chef du Service documentation – veille : Mme Frédérique Pagès) |
| Auteurs | Dr Nathalie Poutignat |
| Participants | Parties prenantes consultées : Conseil national professionnel de gériatrie, Conseil national professionnel de neurologie, Conseil national professionnel de médecine physique et de réadaptation, Collège de médecine générale, Collège de la masso-kinésithérapie, Collège des infirmiers, Collège national professionnel de l'ergothérapie, Fédération nationale des orthophonistes (à compléter par neuropsych et psychomot) |
| Conflits d'intérêts | Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail. |
| Validation | Version du 16 juillet 2020 |
| Actualisation | L'actualisation de cette fiche pertinence sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication. |
| Autres formats | Le rapport d'élaboration et la fiche pertinence des soins sont téléchargeables sur www.has-sante.fr |

La méthode d'élaboration des fiches pertinence des soins est une méthode pour produire des recommandations ou messages-clés dans un temps court (6 mois environ) et dans un format court (recto-verso).

Les fiches pertinence des soins s'inscrivent dans un objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Les fiches pertinence des soins ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans la prise en charge du patient qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient.

Cette fiche pertinence des soins a été élaborée selon la méthode décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site : « Méthode d'élaboration des fiches mémo fiches pertinence ».

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Haute Autorité de santé – Service communication information
5 avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis la Plaine Cedex. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – juillet 2020 –

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| Introduction | 5 |
| Objectifs | 6 |
| Méthode | 7 |
| 1. Données de la littérature | 8 |
| 1.1. Sélection de la littérature | 8 |
| 1.2. Veille documentaire | 8 |
| 1.3. Conclusions | 8 |
| 2. Version soumise aux parties prenantes | 10 |
| 3. Avis des parties prenantes | 16 |
| 4. Validation | 17 |
| 4.1. Avis de la Commission recommandations, pertinence, parcours et indicateurs (CRPPI) | 17 |
| 4.2. Adoption par le Collège de la HAS | 17 |
| Table des annexes | 18 |
| Références bibliographiques | 38 |
| Participants | 39 |
| Abréviations et acronymes | 40 |

Introduction

Saisine

Dans le cadre du programme relatif à la pertinence des actes et soins, la Haute Autorité de Santé (HAS) a été sollicitée par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) pour l'élaboration d'outils sur le parcours de rééducation/réhabilitation des patients après la prise en charge aiguë d'un AVC.

Cette demande porte sur :

- les critères d'orientation des patients vers une prise en charge de rééducation/réadaptation post-AVC : à domicile, en EHPAD, en HAD, en SSR (en hospitalisation complète ou hôpital de jour ou en consultation externe) ou en unité de soins de longue durée ;
- les modalités de prise en charge, que ce soit en termes d'utilisation des plateaux techniques et/ou de mobilisation des compétences en rééducation spécialisée.

Cette demande est justifiée, d'une part, par l'importance quantitative du recours au SSR pour la prise en charge de patients après la phase aiguë de l'AVC, ainsi que par la mobilisation d'un nombre important d'acteurs, et, d'autre part, par l'intérêt de pouvoir disposer de référentiels pour structurer l'offre de soins dans le contexte de réforme du mode de financement des SSR à l'activité.

Une note de problématique a été réalisée dans un premier temps. L'objectif était d'effectuer un état des lieux de la littérature et solliciter les professionnels et représentants d'usagers pour définir les besoins en outils d'aide à l'orientation des patients et à la mise en œuvre des parcours de rééducation/réadaptation.

Selon les conclusions de cette note, tenant compte des difficultés rencontrées en pratique pour suivre les recommandations, l'élaboration d'une fiche pertinence des soins réalisée à partir du socle de littérature existante et complétée par les avis d'experts, est apparue utile.

Objectifs

Les objectifs de cette fiche sont de préciser :

- les points clés du parcours de rééducation/réadaptation ;
- les critères d'orientation des patients après l'hospitalisation en MCO ;
- la place des différents intervenants, les modalités organisationnelles selon le mode de prise en charge (ambulatoire, HDJ, HTP, SSR).

Prenant en compte les difficultés de suivi des recommandations en pratique, la fiche identifie aussi les besoins d'amélioration et propose des leviers à partir desquels les efforts devraient se poursuivre.

Patients concernés

Les patients concernés sont les adultes ayant des séquelles d'un AVC et nécessitant une prise en charge de rééducation/réadaptation après la phase initiale de l'AVC.

Étape du parcours abordé

L'étape de parcours appréhendée est celle de la phase subaiguë. Elle s'inscrit à la suite de la phase aiguë de prise en charge du patient en MCO et se poursuit jusqu'à la phase chronique de prise en charge des séquelles d'AVC (3 à 6 mois après l'AVC), prenant en compte les phases de transition de ces différentes étapes.

Méthode

La méthode de réalisation repose sur la méthode d'élaboration de la fiche pertinence (1) disponible sur le site de la HAS (<http://www.has-sante.fr/>).

La recherche documentaire et l'analyse de la littérature ont été réalisées lors de l'élaboration de la note de problématique (2). Une veille documentaire permettant de prendre en compte les éléments d'actualisation a été assurée jusqu'à finalisation de la fiche.

Les experts du groupe de travail multidisciplinaire (cf. participants), constitué pour la note de problématique, ont été consultés pour élaborer un projet de fiche qui a été ensuite soumis à l'avis des parties prenantes, puis à l'avis de la Commission recommandations, pertinence, parcours et indicateurs (CRPPI). Après discussions avec le groupe de travail, le projet de fiche finalisé a été soumis pour validation au Collège de la HAS.

1. Données de la littérature

1.1. Sélection de la littérature

La recherche documentaire réalisée pour la note de problématique a été ciblée sur la rééducation/réadaptation post-AVC, réalisée jusqu'à fin 2018 et limitée :

- aux travaux de la HAS sur le sujet (recommandations, avis, programme d'amélioration et de suivi des indicateurs) mentionnés précédemment (cf. introduction) ;
- aux recommandations publiées depuis 10 ans ;
- aux revues Cochrane et revues d'évidence clinique publiées depuis 10 ans.

En complément des travaux réalisés par la HAS, ont été retenues huit recommandations, 21 revues Cochrane, ainsi que huit revues d'évidence *clinique Evidence-based review of stroke rehabilitation* (actualisation mars 2018) consacrées à la rééducation/réadaptation post-AVC

1.2. Veille documentaire

Une veille documentaire portant sur les recommandations publiées en 2019 a été effectuée. Deux recommandations ont été retrouvées (3, 4). Les précédentes recommandations du NICE avaient été publiées en 2013 et l'actualisation réalisée en 2019 a, pour l'essentiel, consisté à reprendre les recommandations du *Royal College of Physicians Intercollegiate Stroke Working Party* publiées en 2016. Ces dernières ayant été prises en compte dans la note de problématique, aucun besoin d'actualisation n'apparaît nécessaire. Les précédentes recommandations du *Department of Veterans Affairs/Department of Defense* avaient été publiées en 2010. Les nouvelles recommandations ou modifications de recommandations portent principalement sur les techniques de rééducation, non abordées dans la fiche et, en conséquence, ne concernent pas les éléments (points clés du parcours) utilisés pour construire celle-ci.

1.3. Conclusions

En l'absence d'éléments nouveaux susceptibles de les modifier, les conclusions de la note de problématique sont reportées ci-après :

- « Les données de la littérature fondées sur les recommandations et revues d'évidence clinique sont concordantes. Les principaux points de prise en charge et d'orientation sont les suivants :
- le parcours de rééducation/réadaptation des patients après la phase aiguë commence dès l'hospitalisation en MCO par l'évaluation initiale. Réalisée de manière précoce, elle a pour objectifs d'évaluer la sévérité de l'AVC, le pronostic de récupération, les déficits et les besoins de rééducation/réadaptation, afin d'orienter et préparer le parcours de rééducation/réadaptation des patients ;
- le recours aux outils standardisés, validés est recommandé pour évaluer les déficits, limitations d'activité, restrictions de participation et mesurer l'évolution ;
- l'évaluation initiale est réalisée par un médecin ayant une expertise neurovasculaire et associe les professionnels impliqués dans la rééducation/réadaptation (MPR, rééducateurs). Les choix d'orientation et de contenu des parcours devraient être déterminés à partir de consultations pluridisciplinaires en impliquant les équipes des UNV et des SSR spécialisés en neurologie ;
- pour être efficace, la rééducation/réadaptation doit être initiée précocement, pratiquée de manière intensive avec des séances d'au moins 45 minutes par type de rééducation, au moins 5

jours par semaine, chez des patients souhaitant s'impliquer et ayant la capacité de suivre le programme prescrit ;

- si le bénéfice de chacune des modalités de rééducation, de l'intervention de chacun des acteurs n'est pas établi, l'efficacité globale de la rééducation/réadaptation post-AVC est en revanche démontrée. La rééducation/réadaptation permet de réduire de manière significative la mortalité, la dépendance et le risque d'institutionnalisation. L'organisation des soins a une influence sur les résultats qui sont significativement en faveur de pratiques multidisciplinaires et coordonnées, quelle que soit la sévérité de l'AVC
- pour tenir compte de l'offre existante ne permettant pas la prise en charge en SSR spécialisés de tous les patients, les choix d'orientation s'opèrent en pratique principalement à partir de la sévérité de l'AVC en privilégiant l'accès aux SSR « affections du système nerveux » pour les patients avec une marge importante et un bon pronostic de récupération, correspondant aux profils d'AVC de sévérité modérée de patients jeunes, sans difficultés associées. »

2. Version soumise aux parties prenantes

Titre. Parcours de rééducation/réadaptation des patients après la phase initiale de l'AVC

L'AVC est un facteur de risque majeur de dépendance, représentant la première cause de handicap non traumatique, la deuxième cause de démence. Les victimes d'AVC conservent dans 40 % des cas des séquelles de gravité diverse, dans 25 % des séquelles lourdes après un an.

Après la phase aiguë de l'AVC, tous les patients devraient bénéficier d'un programme de rééducation/réadaptation adapté à leurs besoins. La rééducation/réadaptation permet, en effet, de réduire de manière significative la mortalité, la dépendance et le risque d'institutionnalisation. De plus, l'organisation des soins a une influence sur les résultats qui sont significativement en faveur de pratiques multidisciplinaires et coordonnées, quelle que soit la sévérité de l'AVC.

En dépit des efforts menés depuis la mise en œuvre du plan AVC (2010-2014)¹, l'accès aux soins de qualité reste cependant insuffisant et inégal sur le territoire et des améliorations restent nécessaires pour la prise en charge des handicaps post-AVC, en SSR comme en ville.

¹Fery-Lemonnier E. La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France. Rapport à Madame la ministre de la santé et des sports. Paris : Ministère de la santé et des sports ; 2009.

Objectifs

Cette fiche rappelle les points clés du parcours de rééducation/réadaptation des patients de la phase initiale d'hospitalisation jusqu'à la transition avec la phase chronique. Elle précise la place des différents intervenants, les modalités organisationnelles, les critères d'orientation des patients dans les parcours.

Prenant en compte les difficultés de suivi des recommandations en pratique, la fiche identifie aussi les besoins d'amélioration et propose des leviers à partir desquels les efforts devraient se poursuivre.

Points clés, intervenants, besoins et leviers d'amélioration des parcours de rééducation réadaptation

Lors de l'hospitalisation en MCO

| Points clés | Intervenants | Besoins et leviers d'amélioration |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation initiale ✓ Déficiences ✓ Sévérité de l'AVC ✓ Pronostic de récupération | <p>Médecin de la filière AVC</p> <p>Professionnels de la rééducation</p> | Utiliser les échelles standardisées, validées |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rééducation précoce | Professionnels de la rééducation | Initier la rééducation dans les 48 heures Sensibiliser les services à l'importance d'une prise en charge précoce pluriprofessionnelle et coordonnée |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Repérage des difficultés (perte d'autonomie pour les actes de la vie quotidienne, restriction de participation à la vie sociale) | Équipe pluriprofessionnelle* | Reporter dans le dossier les difficultés repérées Prévoir un coordinateur de sortie Élaborer des protocoles locaux de sortie |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Isolement social, difficultés psychologiques, restriction de participation vie sociale | Travailleur social Psychologue Ergothérapeute | Interroger le patient, son entourage (habitudes de vie...) Utiliser les questionnaires adaptés |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Accessibilité du domicile | Travailleur social Ergothérapeute | Prévoir, selon besoin, une visite à domicile avant le retour à domicile Utiliser les questionnaires adaptés Solliciter les équipes mobiles de réadaptation réinsertion (EMRR) |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Insuffisance du réseau de soins de proximité | Équipe pluriprofessionnelle* | Vérifier l'offre de soins locale Utiliser les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Information, éducation du patient, des aidants ▪ Recueil des préférences du patient/son entourage | Équipe pluriprofessionnelle* | Après information, impliquer le patient, son entourage dans une démarche de décision partagée du choix de sortie Intégrer la démarche de décision partagée dans les protocoles de sortie |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Réévaluation (déficience, sévérité, pronostic) et élaboration du programme de rééducation/réadaptation | Équipe pluriprofessionnelle* | Élaborer le programme à partir d'une synthèse pluriprofessionnelle Organiser des réunions de concertation pluriprofessionnelles (RCP) Au minimum, l'orientation devrait reposer sur : <ul style="list-style-type: none"> • l'avis de médecin de MPR ou, à défaut, de professionnel de la rééducation, pour les patients de moins de 60 ans, quel que soit le déficit, ainsi que pour les patients de 50 à 75 ans avec un Rankin ≥ 2 • l'avis de l'équipe mobile gériatrique pour se prononcer sur le retour à domicile des patients de 75 ans et plus |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Décision d'orientation du patient | Équipe pluriprofessionnelle* Équipe d'aval | Accéder à la rééducation multidisciplinaire et coordonnée à domicile Accéder à la rééducation intensive en HDJ ou HTP Privilégier l'orientation en SSR spécialisés Développer l'offre de rééducation en SSR polyvalent Développer l'offre HAD-R |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Préparation de la sortie | Équipe pluriprofessionnelle* | Assurer la coordination hôpital-ville/MCO-SSR |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Planification de la consultation post-AVC dans le cas de retour à domicile | | Prévoir un coordinateur de sortie Élaborer des protocoles locaux de sortie Solliciter le service de retour à domicile PRADO AVC, les équipes mobiles de réadaptation réinsertion (EMRR) |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Transmission des documents, coordonnées | | Utiliser les outils numériques de partage et de coordination des parcours de santé complexes |

* un médecin, une infirmière et/ou un cadre de santé et/ou une aide-soignante, deux professionnels de la rééducation, ou un professionnel de la rééducation et un travailleur social

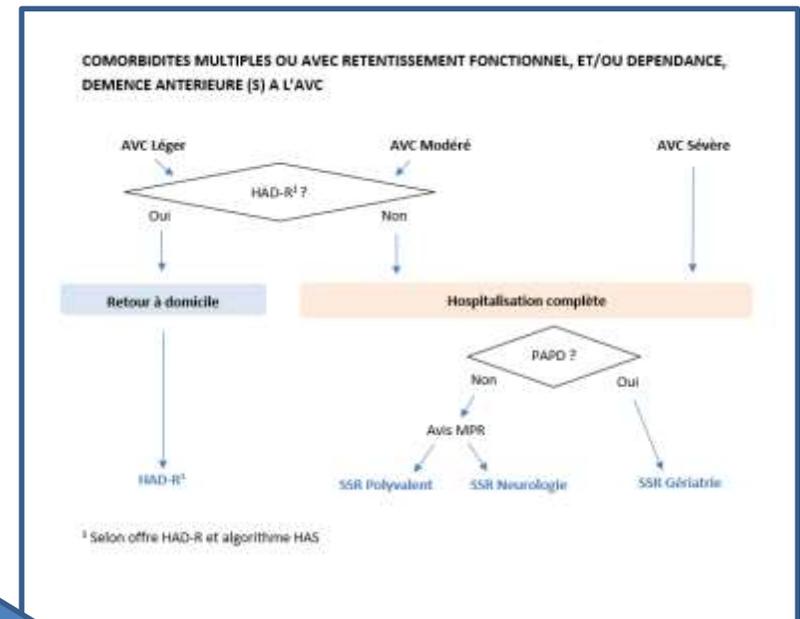
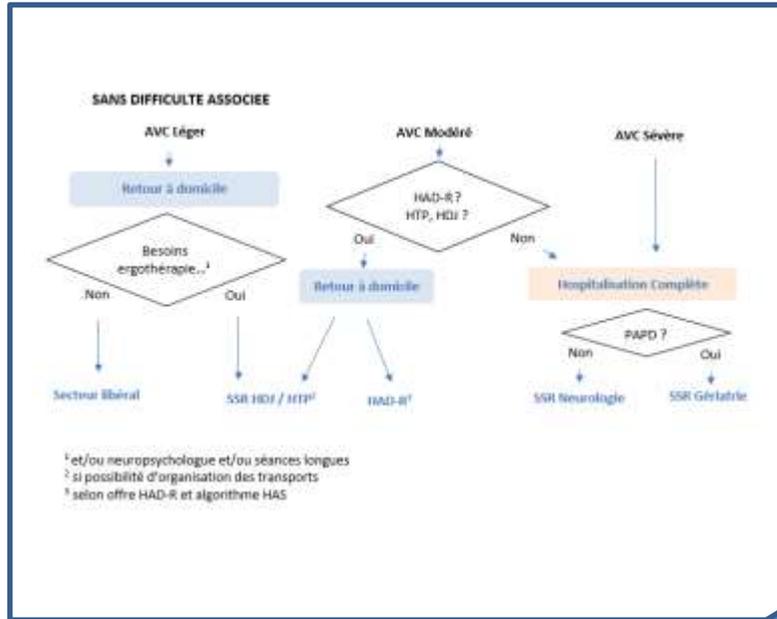
Après retour au domicile/en institution, ou après transfert en SSR

| Points clés | Intervenants | Besoins et leviers d'amélioration |
|---|---|--|
| Rééducation/réadaptation à domicile, en institution | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Repérage de complications, déficiences, non identifiées lors de l'hospitalisation ou survenant à distance | MG Infirmiers Rééducateurs Prestataires d'aide à la vie Travailleur social | Renforcer le suivi et la coordination des soins par l'équipe de soins de proximité Faciliter le retour dans le lieu de vie (domicile, EHPAD) et permettre son maintien. Faciliter le transfert en SSR lorsque nécessaire Améliorer le dépistage des troubles cognitifs, de l'humeur Utiliser la démarche PPS Développer les consultations avec les médecins MPR, utiliser les outils de télé-médecine (téléexpertise, téléconsultation) Développer la capacité et les moyens d'intervention des équipes mobiles pluridisciplinaires d'appui et de conseil (EMRR, équipe mobile gériatrique selon les cas) Développer l'offre HAD-R, les possibilités de télé-soins, permettant le recours aux rééducateurs ergothérapeutes, psychologues, neuropsychologues, psychomotriciens... |
| <ul style="list-style-type: none"> Repérage des signes d'épuisement chez les aidants ✓ Réévaluer les besoins psychosociaux, aides | MG Rééducateurs Psychologues Travailleur social Patients experts | Intégrer l'information et l'éducation des aidants au cours de la phase initiale d'hospitalisation Développer les programmes d'éducation thérapeutique existants Solliciter l'intervention d'équipes mobiles Solliciter les aides (portage repas, aides à domicile...) Solliciter les associations de patients (France AVC), maison des usagers |
| Rééducation/réadaptation en SSR (hospitalisation complète, à temps partiel ou hospitalisation de jour) | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Réévaluation de la pertinence des choix d'orientation | SSR spécialisés neurologique, gériatrique SSR polyvalent | Repérer les orientations non pertinentes et réorienter les patients entre SSR Développer les réunions de filières AVC Utiliser l'outil ViaTrajectoire module sanitaire ou autre logiciel régional d'aide à l'orientation |
| <ul style="list-style-type: none"> Stabilisation médicale | SSR polyvalent | Accès à la rééducation, aux rééducateurs spécialisés Sensibiliser les services à l'importance d'une prise en charge précoce, intensive, pluriprofessionnelle et coordonnée |
| <ul style="list-style-type: none"> Contrôle des risques liés à la fragilité, la polypathologie | SSR gériatrique | Développer les consultations avec les médecins MPR, les possibilités de téléexpertise, téléconsultation Développer le recours aux équipes professionnelles mobiles, les partenariats entre équipes spécialisées en médecine MPR et SSR polyvalents |

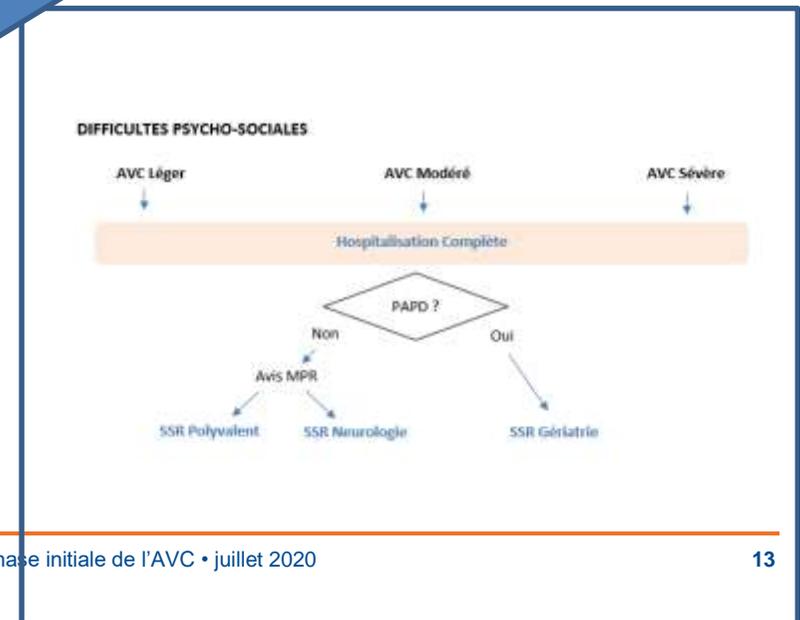
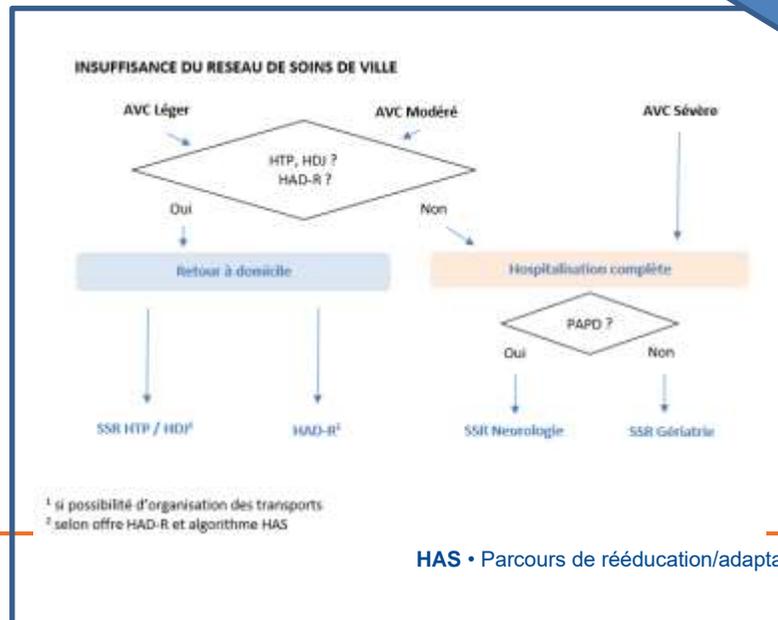
Du SSR au domicile ou en institution

| Points clés | Intervenants | Besoins et leviers d'amélioration |
|---|------------------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Préparation du retour à domicile, en institution | Équipe pluriprofessionnelle* | Prévoir, selon besoin, une visite à domicile avant le retour à domicile Contacter la MDPH Assurer la coordination SSR-ville Prévoir un coordinateur de sortie Élaborer des protocoles locaux de sortie Développer l'offre sortie thérapeutique (WE), hospitalisation de semaine, hospitalisation de jour Solliciter le service de retour à domicile PRADO AVC, les équipes mobiles de réadaptation réinsertion (EMRR) Utiliser les outils numériques de partage et coordination des parcours de santé complexes |
| <ul style="list-style-type: none"> Réinsertion du patient dans son milieu ordinaire de vie, domestique et/ou professionnel | Équipe de soins de proximité | Maintien et surveillance du patient après le retour à domicile Consultation de suivi à distance en lien avec le médecin traitant |
| <ul style="list-style-type: none"> Consultation post-AVC | Médecin de la filière AVC | Réévaluation du programme de rééducation/réadaptation Développer les possibilités de téléconsultation |

ORIENTATION DES PATIENTS DANS LES PARCOURS DE RÉÉDUCATION/RÉADAPTATION



Difficulté associée à l'AVC ?



Notes

AVC légers (ou catégorie 1 selon la SOFMER)

Une seule déficience, autonomie de marche, sans besoin d'évaluation écologique. Score NIHSS < 5 ou ECN entre 8 et 11,5 ou MIF > 80. Le bénéfice attendu de la rééducation/réadaptation est faible du fait de l'effet de plafond. La place de la rééducation/réadaptation est moins essentielle pour ces AVC, compte tenu de l'importance du processus de récupération spontanée.

AVC modérés (ou catégorie 2 selon la SOFMER)

Plusieurs déficiences ou déficit moteur du membre inférieur interdisant la marche, avec un potentiel de récupération, un projet d'autonomie probable (AVC unilatéral). Score NIHSS entre 5 et 14 ou ECN entre 5 et 7 ou MIF entre 40 et 80. Ces AVC ont le plus à bénéficier de la rééducation/réadaptation.

AVC sévères (ou catégorie 3 selon la SOFMER)

Plusieurs déficiences dont au moins des troubles des fonctions cognitives (mémoire, fonctions exécutives, langage) et/ou troubles du comportement, avec un potentiel de récupération limité, un projet d'autonomie partielle ou impossible (AVC bilatéraux, multiples, totaux). Score NIHSS \geq 15 ou ECN entre 1 et 4 ou MIF < 40. Leur potentiel de récupération d'indépendance fonctionnelle est faible.

PRADO AVC

Programme d'accompagnement au retour à domicile pour les personnes atteintes d'AVC (AVC léger ou catégorie 1), proposé par l'Assurance maladie, ayant pour objectif de renforcer la coordination entre les acteurs de ville et d'améliorer la prise en charge pluridisciplinaire.

Équipe mobile de réadaptation réinsertion (EMRR)

Il s'agit d'unité pluridisciplinaire ayant pour objet, sur un territoire défini, de faciliter le retour ou le maintien dans son lieu de vie d'une personne en situation de handicap ou prolongée. Elle intervient de manière ponctuelle : dans des situations où les difficultés rencontrées peuvent compromettre le retour ou le maintien à domicile et provoquer un risque de prolongation du séjour hospitalier ou de retour en institution, comme aussi dans les situations nécessitant un transfert de la personne en institution.

HAD-R

L'hospitalisation à domicile de réadaptation (HAD-R) met à disposition, au domicile, des professionnels spécialisés dans la rééducation, la réadaptation et l'éducation thérapeutique (évaluation MPR, kinésithérapeute, orthophoniste et ergothérapeute, autres si besoin comme, par exemple, psychomotricien ou enseignant en APA). Elle permet de garantir la sécurité, la continuité et la coordination des soins pluridisciplinaires, tout en bénéficiant de l'environnement écologique du patient. Les progrès dans le retour à l'autonomie sont plus efficaces et immédiatement utiles en situation de vie réelle ; ils permettent une meilleure réinsertion sociale et familiale. Par ailleurs, l'entourage et le médecin traitant sont plus facilement impliqués dans le projet thérapeutique.

Outils nécessaires à la coordination et au partage d'informations des parcours de santé complexes

Les outils mis à disposition sont : le [dossier](#) médical partagé (pour la consultation par le patient, l'application DMP disponible sur [smartphone](#)¹ ou sur [tablette](#)) ; la [messagerie sécurisée](#) par [MSSanté](#) ou autre dispositif développé par les ARS ; une [fiche](#) développée par l'ANAP peut faciliter son utilisation ; la [lettre de liaison ville-hôpital](#) ; le [plan personnalisé de coordination en santé](#).

¹<https://itunes.apple.com/fr/app/dmp-dossier-m%C3%A9dical-partag%C3%A9/id1203189968?mt=8>

En savoir plus

- Accident vasculaire cérébral. Pertinence des parcours de rééducation/réhabilitation après la phase initiale de l'AVC. Note de problématique https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-06/app_260_note_de_problematique_ssr_avc_cd_2019_05_22_vfinale.pdf
- Plan personnalisé de coordination en santé https://www.has-sante.fr/jcms/p_3083915/fr/plan-personnalise-de-coordination-en-sante
- Circulaire DGOS/R4/R3/PF3 2012-106 du 6 mars 2012 relative à l'organisation des filières régionales de prise en charge des patients victimes d'accident vasculaire cérébral
- Algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en hospitalisation à domicile (HAD) à destination des médecins prescripteurs https://adophad.has-sante.fr/adophad/files/HAS_algorithme_aide_decision_orientation_had.pdf
- ViaTrajectoire handicap <https://trajectoire.sante-ra.fr>
- Guide d'aide à l'orientation des malades et des familles : 20 conseils pratiques pour vous aider <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/AVC-guide-orientation-malades-familles.pdf>

Outils télésanté (liens HAS)

- France AVC est une fédération nationale d'antennes régionales ou départementales. Elle soutient les patients victimes d'AVC et leur famille www.franceavc.com

3. Avis des parties prenantes

L'association de représentants d'utilisateurs France AVC, ainsi que les collèges nationaux professionnels suivants, ont été sollicités : Conseil national professionnel de gériatrie, Conseil national professionnel de neurologie, Conseil national professionnel de médecine physique et de réadaptation, Collège de médecine générale, Collège de la masso-kinésithérapie, Collège des infirmiers, Collège national professionnel de l'ergothérapie, Fédération nationale des orthophonistes, Société de neuropsychologie de langue française, Fédération française de psychomotricité.

Un questionnaire leur a été adressé (cf. annexe 1).

Les avis reçus, intégralement reportés en annexes, ont été transmis au groupe de travail. Les propositions de modification de forme et de compléments, lorsque jugés utiles, ont été pris en compte après accord du groupe de travail.

4. Validation

4.1. Avis de la Commission recommandations, pertinence, parcours et indicateurs (CRPPI)

Les rapporteurs émettent un avis favorable sur le fond et la forme de la fiche, considérée comme ayant répondu aux objectifs fixés et utile pour les professionnels, avec les demandes de modifications suivantes :

Pour la fiche :

- Préciser dans l'encadré objectifs (page 1) l'étape de parcours abordé, en reprenant le rapport d'élaboration page 6 : « Cette fiche appréhende l'étape du parcours de la phase subaiguë de l'AVC. Elle s'inscrit à la suite de la phase aiguë de prise en charge du patient en MCO et se poursuit jusqu'à la phase chronique de prise en charge des séquelles d'AVC (3 à 6 mois après l'AVC), prenant en compte les phases de transition de ces différentes étapes. » ;
- Préciser les interventions de l'équipe de proximité et en particulier du médecin traitant lors de l'hospitalisation en MCO (page 2), pour préparer le retour à domicile, comme cela est le cas lors du retour à domicile après séjour en SSR (dernier tableau) ;
- Préciser les professionnels de rééducation : masso-kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute, neuropsychologue. L'objectif de la fiche n'est pas d'instaurer une hiérarchie ou de rôle prépondérant, l'ergothérapeute est mentionné mais du fait de l'absence de nomenclature d'actes ne permettant pas à la profession de répondre au besoin de prise en charge en ambulatoire (lesquels besoins sont identifiés dans la fiche) ;
- Améliorer la lisibilité (caractères trop petits) des schémas.

Pour le rapport d'élaboration :

- Clarification page 9 sur l'évidence scientifique des interventions de rééducation et de la rééducation globale.

4.2. Adoption par le Collège de la HAS

Le Collège de la HAS a adopté la fiche pertinence et son rapport d'élaboration en sa séance du 16 juillet 2020.

Table des annexes

| | | |
|-----------|--|----|
| Annexe 1. | Questionnaire soumis pour l'avis des parties prenantes sur la fiche pertinence | 19 |
| Annexe 2. | Avis du Collège de médecine générale (CMG) | 21 |
| Annexe 3. | Avis du Conseil national professionnel de neurologie | 23 |
| Annexe 4. | Avis du Conseil national professionnel de gériatrie française | 24 |
| Annexe 5. | Avis du Conseil national professionnel de médecine physique et de réadaptation (MPR) | 25 |
| Annexe 6. | Avis de l'Association nationale française des ergothérapeutes (ANFE) | 29 |
| Annexe 7. | Avis de la Société de neuropsychologie de langue française | 35 |

Annexe 1. Questionnaire soumis pour l'avis des parties prenantes sur la fiche pertinence

Questionnaire FICHE PERTINENCE DES SOINS

« Pertinence des parcours de rééducation/réhabilitation des patients après la phase initiale de l'AVC »

| Commentaires sur la Forme | |
|---|--------------|
| Éléments (+) | Éléments (-) |
| | |
| Commentaires ENCADRÉ 1 (page 1) (SANS TITRE) | |
| Commentaires : | |
| Commentaires ENCADRÉ 2 (page 1) « OBJECTIFS » | |
| Commentaires : | |

Commentaires « Points clés, besoins et leviers d'amélioration des parcours de rééducation/réadaptation » (pages 2, 3)

Commentaires :

Commentaires « orientation des patients dans les parcours de rééducation/réadaptation » (page 4)

Commentaires :

Commentaires « Notes » (page 5)

Commentaires :

Commentaires « pour en savoir plus » (page 6)

Commentaires :

Annexe 2. Avis du Collège de médecine générale (CMG)

QUESTIONNAIRE FICHE PERTINENCE DES SOINS

« PERTINENCE DES PARCOURS DE RÉÉDUCATION/RÉADAPATION DES PATIENTS APRÈS LA PHASE INITIALE DE L'AVC »

| Commentaires sur la Forme | |
|---|--------------|
| Éléments (+) | Éléments (-) |
| Lisible | |
| Commentaires ENCADRÉ 1 (page 1) (SANS TITRE) | |
| Commentaires : Lisible, simple, clair. | |
| Commentaires ENCADRÉ 2 (page 1) « OBJECTIFS » | |
| Commentaires : Lisible, simple, clair. | |

| Commentaires « Points clés, besoins et leviers d'amélioration des parcours de rééducation, réadaptation » (pages 2, 3) |
|--|
| Commentaires : Il manque le contact du médecin traitant concernant l'isolement social, difficultés psychologiques..., mais aussi dans l'évaluation du réseau de proximité, dans l'évaluation du programme de rééducation, et dans la transmission des données du dossier du patient. Le médecin doit être contacté pour organiser une réadaptation en SSR à temps partiel. Du SSR au domicile, anticiper en contactant le MT et l'infirmier à domicile. |
| Commentaires « orientation des patients dans les parcours de rééducation/réadaptation » (page 4) |

Commentaires :
Pas de commentaire

Commentaires « Notes » (page 5)

Commentaires :
Pas de commentaire

Commentaires « pour en savoir plus » (page 6)

Commentaires :
Pas de commentaire

Annexe 3. Avis du Conseil national professionnel de neurologie

QUESTIONNAIRE FICHE PERTINENCE DES SOINS

« PERTINENCE DES PARCOURS DE RÉÉDUCATION/RÉADAPATION DES PATIENTS APRÈS LA PHASE INITIALE DE L'AVC »



SELLAL Francois <francois.sellal@ch-colmar.fr>
À POUTIGNAT Nathalie

 Cliquez ici pour télécharger des images. Pour protéger la confidentialité, Outlook a empêché le téléchargement automatique de certaines images dans ce message.

Chère Madame,

C'est exactement cela. Nous n'avons ni commentaire, ni réserve.
Je n'ai pas voulu remplir de fiche pour si peu.

Bien cordialement

Dr François SELLAL
Président de la FFN
Département de Neurologie, Pôle NNORR, CMRR
Hôpitaux Civils
68024 COLMAR Cedex, France
tél : (33)3.89.12.41.50.

Annexe 4. Avis du Conseil national professionnel de gériatrie française

RE: Rééducation réadaptation post AVC / Fiche pertinence / Retours Parties prenantes



VERNY Marc <marc.verny@aphp.fr>

A. FOUTIGNAT Nathalie

Cc: SCHNITZLER Alexis; Claude Jander (c.jander@aphp.fr)

⏪ Répondre ⏩ Répondre à tous → Transférer ⋮

jeu 06/02/2020 12:2

Chère Annie,

Suite à notre conversation téléphonique, je vous mets par écrit quelques réflexions en accord avec mes échanges avec le Pr Claude Jander (Président du CPG) pour tenter d'améliorer les prises en charge en SSR gériatriques pour le post AVC. En pratique, les moyens en termes de personnel pour la rééducation (orthophoniste, kiné, ergothérapeutes...) des SSR gériatriques sont majoritairement très insuffisants et ce même quand ces structures ont dédiés des lits à l'aval des UNV. De ce fait, la qualité de prise en charge des patients s'en ressent et peut amener certains SSR qui n'ont pas d'orthophonistes à refuser de prendre en charge des patients aphasiques...

D'autre part, les liens avec les UNV sont souvent ténus, ce qui n'est pas valorisant pour les SSR et peut aboutir à des erreurs de prise en charge (compléments de bilan, choix thérapeutiques...).

Il apparaît souhaitable de proposer un travail d'enquête sur les moyens existants pour les SSR gériatriques et notamment ceux s'étant engagés à prendre en charge des patients âgés en post-AVC. On pourrait aussi souhaiter la mise en place de conventions avec les SSR gériatriques et les UNV sur les moyens mis à disposition ou les aides qui pourraient être apportées.

Merci d'avance de ce que vous pourrez faire de ces remarques.

Bien amicalement

Pr Marc VERNY

Centre de gériatrie, pav M Boitard

Hôpital Pitié-Salpêtrière (AP-HP), 47-83 Bd de l'Hôpital.

75651 Paris cedex, France

DMU FAST, Sorbonne University et UMR8256 (CNRS), Team Neuronal Cell Biology & Pathology

tel + 33 1 42160276

fax+ 33 1 42160626

Annexe 5. Avis du Conseil national professionnel de médecine physique et de réadaptation (MPR)

QUESTIONNAIRE FICHE PERTINENCE DES SOINS

« PERTINENCE DES PARCOURS DE RÉÉDUCATION/RÉADAPATION DES PATIENTS APRÈS LA PHASE INITIALE DE L'AVC »

| Commentaires sur la Forme | |
|--|---|
| Éléments (+) | Éléments (-) |
| Intérêt d'une présentation synthétique en algorithme et tableau. | <p>Tableaux sur les points clés :</p> <p>Les grandes étapes pourraient être regroupées en quatre points :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'évaluation (incluant les éléments contribuant à la décision d'orientation) ; - la rééducation précoce ; - l'orientation ; - la préparation à la sortie. <p>Pour faciliter la lecture, la colonne sur les besoins et les leviers d'amélioration pourrait être dissociée en deux colonnes (en supprimant si besoin la colonne « intervenants » dès lors que l'équipe médicale et paramédicale de l'UNV est décrite).</p> <p>Les algorithmes :</p> <p>Globalement, les algorithmes sont difficiles à lire.</p> <p>L'algorithme concernant l'insuffisance du réseau de soin de ville pourrait figurer plutôt dans les besoins et leviers d'amélioration, n'étant pas par nature une recommandation.</p> <p>L'algorithme des difficultés psychosociales pourrait être regroupé avec celui des comorbidités en gardant finalement deux algorithmes : celui sans difficultés associées et celui avec difficultés associées.</p> <p>Erreur dans le cadre « insuffisance du réseau de ville » : inversion entre le SSR « affections du système nerveux » et le SSR « PAPD »</p> |

Liste des abréviations :
définir MIF et ECN dans les abréviations

Commentaires ENCADRÉ 1 (page 1) (SANS TITRE)

Commentaires : pas de commentaire

Commentaire sur le texte introductif, page 9 :

- « patient souhaitant s'impliquer et ayant la capacité de suivre le programme prescrit. » : la question de l'implication a peu de sens en matière de rééducation neurologique.

- « le bénéfice fourni par l'intervention de chacun des acteurs, comme l'efficacité des différentes modalités de rééducation, n'est pas établi. » : certaines choses sont admises, comme par exemple l'intérêt de la rééducation orthophonique dans l'aphasie :

Brady MC1, Kelly H, Godwin J, Enderby P, Campbell P. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Jun 1;(6):CD000425. doi: 10.1002/14651858.CD000425.pub4. Speech and language therapy for aphasia following stroke.

- « pour les patients avec une marge importante et un bon pronostic de récupération, correspondant aux profils d'AVC de sévérité modérée de patients jeunes, sans difficultés associées. » Intérêt aussi de la rééducation en SSR spécialisé pour les patients plus sévères et complexes.

Commentaires ENCADRÉ 2 (page 1) « OBJECTIFS »

Commentaires : pas de commentaire

Commentaires « Points clés, besoins et leviers d'amélioration des parcours de rééducation, réadaptation » (pages 2, 3)

Commentaires :

- Lors de l'hospitalisation en MCO : dans l'idéal, cette phase hospitalière se situe en unité neurovasculaire. Les études ont montré l'impact des UNV sur la baisse de la létalité et l'amélioration

du pronostic fonctionnel. Les intervenants de l'unité neurovasculaire comprennent le médecin neurologue avec des compétences neurovasculaires, le médecin de MPR, l'équipe soignante, les rééducateurs (kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophonistes, neuropsychologues) et les travailleurs sociaux. Cette équipe pluriprofessionnelle permet d'atteindre les objectifs d'évaluation, de rééducation précoce, d'orientation et de préparation à la sortie. L'orientation des patients doit se faire sur avis du médecin MPR, quelle que soit sa situation clinique, sans restriction d'âge. Cette orientation se fonde sur une graduation de l'offre de soins entre SSR spécialisés et SSR polyvalents, les alternatives à l'hospitalisation complète, les spécificités de la prise en charge des personnes âgées poly-dépendantes et sur des critères prenant en compte les comorbidités, l'autonomie antérieure, la capacité à suivre rééducation > 2 h/j et l'environnement.

À défaut d'une hospitalisation en UNV, l'organisation doit permettre d'atteindre les mêmes objectifs en s'appuyant sur la consultation médecin MPR et/ou EMRR.

- Après retour au domicile/en institution, ou après transfert en SSR : à tout moment l'orientation du patient peut être réévaluée par un médecin MPR et ou EMRR en utilisant si besoin les outils numériques. Possibilité d'accéder à la consultation post-AVC.

- Du SSR au domicile ou en institution : importance d'une consultation post-AVC MPR pour une éducation thérapeutique au contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire, évaluation des troubles neuropsychologiques et du langage, démarche précoce d'insertion, reprise de la conduite automobile, coordination des soins de ville, etc.

- Dans les leviers : intérêt d'évoquer la place des Infirmiers en pratique avancée (mention pathologies chroniques stabilisées).

Commentaires « orientation des patients dans les parcours de rÉÉducation/rÉadaptation » (page 4)

Commentaires :

Remarques générales :

L'algorithme concernant l'insuffisance du réseau de soin de ville pourrait figurer plutôt dans les besoins et leviers d'amélioration, n'étant pas par nature une recommandation.

L'algorithme des difficultés psychosociales pourrait être regroupé avec celui des comorbidités en gardant finalement deux algorithmes : celui sans difficultés associées et celui avec difficultés associées dont les différences principales sont l'orientation possible vers un SSR polyvalent et l'accès au secteur libéral pour les AVC légers.

On ne retrouve pas les critères permettant de déterminer le choix de l'orientation entre SSR polyvalent et SSR spécialisé. De façon générale, l'orientation des patients neurologiques lourds (avec des comorbidités et/ou des difficultés psycho-sociales) reste problématique avec des charges en soins trop importantes, des durées de séjour trop longues. Notre dispositif actuel n'offre pas de réponse satisfaisante et questionne l'intérêt de structures intermédiaires comme les « soins curatifs subaigus et prolongés » ou celle des orientations directes en médico-social médicalisé (avec un retour possible en SSR si le patient le nécessite).

La consultation post-AVC pourrait figurer à chaque fin de parcours, en particulier pour les patients rentrés au domicile directement après le MCO.

Un retour à domicile est envisageable pour les AVC sévères si l'environnement le permet dans le cadre de l'HAD-R.

Les algorithmes sont une aide à la décision de l'avis d'orientation réalisé par le médecin MPR lors de sa visite en MCO (UNV ou autre service). Cela semble donc restrictif de faire figurer « avis MPR » uniquement pour la décision de choix entre SSR polyvalent et SSR spécialisé système nerveux.

Remarque sur les notes de bas de page :

L'organisation des transports est-elle un frein à l'organisation de l'HTP ?

Remarque sur la terminologie :

SSR mention spécialisée système nerveux et non SSR neurologie

SSR mention spécialisée PAPD et non SSR gériatrie

SSR HDJ/HTP : préciser à quel type de SSR cela fait-il référence. Adopter terminologie « ambulatoire, HDJ, HTP SSR ou MCO » ?

Commentaires « Notes » (page 5)

Commentaires :

- AVC légers : le bénéfice attendu de la rééducation/réadaptation est important, notamment sur les aspects de repérage des troubles cognitifs souvent sous-estimés dans le but d'accompagner la réinsertion sociale et professionnelle (reprise du travail, de la conduite automobile...).
- AVC sévères : ils bénéficient aussi de la rééducation/réadaptation mais avec un profil évolutif plus lent et un potentiel de récupération/d'indépendance fonctionnelle plus incertain.
- Manque la catégorie des AVC graves avec un NIHSS > 20, correspondant à de multiples déficiences associées (paralysies massives, troubles de l'éveil et de la communication, déficience respiratoire), aucun projet d'autonomie envisageable : NIHSS > 20. Ces patients bénéficient d'une filière de prise en charge avec les unités de post-réanimation puis les unités EVC EPR.
- Les EMRR, HAD-R, HTP SSR spécialisé SN : le programme de soin est coordonné par un médecin MPR.
- Personnes âgées dépendantes : les équipes mobile gériatriques peuvent également apporter leur expertise au chevet du patient.

Commentaires « pour en savoir plus » (page 6)

Commentaires : pas de commentaires

Annexe 6. Avis de l'ANFE – Association nationale française des ergothérapeutes

QUESTIONNAIRE FICHE PERTINENCE DES SOINS

« PERTINENCE DES PARCOURS DE RÉÉDUCATION/RÉADAPATION DES PATIENTS APRÈS LA PHASE INITIALE DE L'AVC »

| Commentaires sur la Forme | |
|---|---|
| Éléments (+) | Éléments (-) |
| <p>Document facile d'accès et synthétique permettant une vision rapide des problématiques et des améliorations à y apporter.</p> <p>Tableaux facilitant la lecture.</p> <p>Présentation visuelle claire.</p> <p>Verbes d'action pour les besoins et les leviers.</p> <p>Synthétique.</p> <p>Séparation par étape de parcours santé de l'hospitalisation en MCO au domicile ou institution.</p> <p>Schémas explicatifs page 4 : bon concept.</p> | <p>Vocabulaire parfois basé sur la CIF, et parfois non.</p> <p>Points clés parfois formulés de façon positive, parfois de façon négative (ex : insuffisance du réseau de soins).</p> <p>Cette fiche reprend deux objectifs cités dans l'encadré 2, page 1. Pourquoi ne sont-ils pas identifiés de la même façon ?</p> <p>« Points clés, intervenants besoin et leviers d'amélioration des parcours » (Minuscule Arial 14).</p> <p>« Orientation des patients dans le parcours » (Majuscule Calibri 11)</p> <p>Titre peu repérable et trop long. Pourquoi toujours répéter rééducation et réadaptation, termes trop longs et un peu moins d'actualité actuellement. Le terme réhabilitation reprend les deux et c'est plus réel. D'ailleurs, cf. bas de page de ce document.... Seul endroit où il est noté réhabilitation !!! Nous ne pouvons rééduquer un AVC, mais nous pouvons aider à sa réhabilitation. La rééducation aide à cela.</p> <p>Page 4 : le losange central « difficulté associée à l'AVC » est essentiel mais en première lecture difficile à mettre en lien avec l'ensemble de la page ? N'est-ce pas davantage le titre ?</p> <p>D'un point de vue méthodologique, ne sait pas trop les bases sur lesquelles les leviers d'amélioration ont été proposés. Par exemple, on ne comprend pas trop si la proposition d'émergence des EMRR et des HAD-R est issue des recommandations internationales ou représente juste une proposition au regard du fonctionnement français. Sans cette précision issue des preuves d'efficacité et recommandations dans la littérature internationale, la</p> |

proposition pourrait juste apparaître comme un « vœu pieux » dans l'organisation française.

Commentaires ENCADRÉ 1 (page1) (SANS TITRE)

Commentaires :

Met bien en évidence l'importance d'interventions multidisciplinaires coordonnées.

Note l'importance d'améliorer la qualité de la prise en charge, notamment en ville.

Remplacer « programme de rééducation, réadaptation » par « programme de réhabilitation ».

Remplacer « prise en charge » par « accompagnement ». (Cela est valable dans l'ensemble du doc).

Il manque cruellement la place du patient et des aidants dans cet encadré.

Actuellement, il nous est indiqué par la HAS (2016) « soignant soigné vers un nécessaire partenariat ». Si partenariat, il y a, nous ne pouvons continuer à utiliser le terme de pratiques « multidisciplinaires » (être patient n'est pas une discipline et nous devons leur faire une place et leur donner un rôle. Cela n'apparaît pas du tout dans cet encadré !). Remplacer donc « approche multidisciplinaire » par « approche collaborative ». Multi veut dire aussi plusieurs disciplines qui travaillent côte à côte... or ce ne sont pas les recommandations actuelles. Actuellement, on nous oriente vers l'approche collaborative puisque soignant et soigné vont travailler conjointement pour favoriser une réhabilitation la plus performante en regard de l'état de santé.

Page 1, il est noté « équipe multi professionnelle » et page 2 « pluri »... Si cela change, il faut expliquer ce que cela entraîne... Faire simple. Un mot clé identifié est plus pertinent

La dernière phrase « des améliorations restent nécessaires pour la prise en charge des handicaps post-AVC en SSR comme en ville » résume le propos ci-dessus... En 2020, nous ne pouvons plus écrire « nous prenons en charge des handicaps post-AVC en SSR comme en ville », mais davantage : « des améliorations restent nécessaires dans l'accompagnement des patients ou personnes en post-AVC, en SSR comme en ville ».

Suggestion pour éviter la répétition de « reste » : « En dépit des efforts menés depuis la mise en œuvre du plan AVC (2010-2014)¹, l'accès aux soins de qualité reste cependant insuffisant et inégal sur le territoire et des améliorations restent demeurent nécessaires pour la prise en charge des handicaps post-AVC, en SSR comme en ville ».

Utiliser une formulation positive (paragraphe 2) : « la rééducation/réadaptation permet de favoriser la récupération spontanée, l'indépendance/l'autonomie, le retour à domicile et le maintien à domicile ».

Commentaires ENCADRÉ 2 (page 1) « OBJECTIFS »

Commentaires :

Bien explicite en soulignant les besoins d'amélioration et les leviers.

Les deux objectifs de cette fiche ne sont pas clairement posés. Les reformuler peut aider à la compréhension des deux chapitres suivants : - identifier les points clés, les intervenants et les besoins et leviers d'amélioration du parcours de réhabilitation » (pages 2-3) ;

- établir une aide à l'orientation en fonction des difficultés associées à l'AVC (page 4).

Commentaires « Points clés, besoins et leviers d'amélioration des parcours de rééducation, réadaptation » (pages 2, 3)

Commentaires :

Points positifs ++ dans ce tableau est la forte évocation du développement des EMRR et des HAD-R visant à améliorer notamment l'intervention multidisciplinaire coordonnée à domicile.

Dans les leviers d'amélioration, différentes notions renvoient à des nouveaux fonctionnements non définis (à ajouter dans les notes ?) et notamment : « coordinateur de sortie » ; « démarche de décision partagée ».

Dans la colonne « intervenants », il manque les patients ressources. (HAS : « nous leur avons fait une place, il faut maintenant leur donner un rôle ». Là nous ne voyons pas leur rôle.)

1er tableau page 3 : placer la partie « institution » avant la partie « domicile » ?

Préciser avec une * qui sont les professionnels de rééducation concernés.

Les liens avec les dispositifs d'accès à la vie sociale et à la vie professionnelle (SAMSAH, SAVS, COMETE, UEROS, Cap Emploi, SAMETH...) pourraient aussi figurer dans cette fiche (plutôt en page 3). Il est, par exemple, proposé en page 2 d'évaluer le niveau d'isolement social, sans préciser ce qui peut être réalisé ensuite.

À l'image des dernières recommandations de bonnes pratiques, ces deux pages montrent bien l'importance d'un étayage pluriprofessionnel et coordonné du parcours de la personne, de la MCO au domicile (personnel ou institution). Les perspectives sont riches et encourageantes, notamment pour celles qui concernent le maintien à domicile : EMRR, HAD-R. Restent cependant des points à préciser pour une applicabilité plus équitable sur le territoire :

quelle articulation des multiples acteurs de la coordination de parcours favoriser ?

quels outils de coordination privilégier (ViaTrajectoire, DMP, logiciels de coordination de parcours complexes) ? Avec quelle compatibilité inter-outils ?

Comment accéder à certains professionnels dans les services et/ou en ville (manque de professionnels sur certains territoires, non-remboursement de certaines professions libérales...) ?

Concernant l'intervention en SSR, la préparation de la sortie est toujours associée à la visite au domicile du patient (au moins 15 jours avant la sortie), alors que la préoccupation de retour à domicile et de fonctionnement en vie quotidienne devrait être inscrite plus précocement dans le projet de soin. L'intervention en ergothérapie, centrée sur les activités de la vie quotidienne et le développement possible d'appartements thérapeutiques associés au SSR irait dans ce sens. Il est nécessaire de travailler sur les activités habituelles et instrumentales de vie quotidienne dès la prise en charge SSR comme une partie intégrante du projet de soin complémentaire de la prise en charge traditionnelle centrée sur la récupération.

Lors de l'hospitalisation en MCO

Évaluation initiale : il ne faut pas oublier l'évaluation des besoins de vie et des problématiques de vie qui émergent : ce sont les compétences expérientielles de la famille, des proches et du patient. C'est un partenariat qui doit se créer précocement « au lit du patient ».

Dans besoins et leviers « évaluation initiale : « utiliser échelles standardisées et validées ». Il manque un autre axe d'amélioration : « intégrer une prise en compte des compétences du patient et ses proches ».

Repérage des difficultés : il y a une rubrique « repérage des difficultés », mais oubli de la rubrique « repérage des leviers ».

Rééducation précoce : nous ressentons le besoin d'avoir une fiche de synthèse de rééducation précoce informant sur les bilans réalisés et leur score, ainsi que sur la méthode de rééducation débutée. Celle-ci devra être fournie lors de la sortie au SSR ou au réseau libéral. Il est important, par exemple, lorsque l'on débute une rééducation précoce de thérapie miroir, d'avoir un suivi dès la suite de la prise en charge.

Réévaluation et élaboration du programme de rééducation/réadaptation : il manque l'importance de faire de cette synthèse une synthèse collaborative (soignants soigné). Il n'est pas possible de prendre son parcours de vie et de santé en main si tout est fait sans la personne.

Décision d'orientation du patient : en indiquant ce terme, nous agissons en approche paternaliste... pouvons-nous demander la place de la famille, de la personne. Ce n'est pas parce qu'il y a une hospitalisation en MCO que la parole des proches et du patient est à supprimer. Pourquoi ne pas indiquer simplement « décision conjointe d'orientation » ou « décision d'orientation ».

Préparation de la sortie : informer sur les associations d'usagers existantes (type France AVC) sur le secteur du patient et voire, si accord, donner les coordonnées du patient à ces associations pour qu'il puisse être recontacté et accompagné dans la cité.

- Ajouter une rubrique sur la « prévention de la douleur » en hospitalisation MCO. Intervenants : équipe pluriprofessionnelle. Besoins : utilisation d'échelles de la douleur adaptées à la compréhension du patient/évaluation cutanéotrophique/prévention des positions vicieuses et application de matériel adapté par un rééducateur dès l'accueil dans le service MCO/attention particulière portée à la douleur de l'épaule hémiplegique.
- Ajouter une rubrique sur la question de la « reprise de la conduite et AVC » dès le MCO et suivi en SSR. Intervenants : équipe pluriprofessionnelle. Besoins : systématiser une information sur le temps d'attente avant la reprise si récupération complète, si séquelles, les contre-indications éventuelles et/ou la démarche obligatoire de faire revalider son permis de conduire avec ou sans adaptation du poste de conduite.
-

Après retour au domicile/en institution, ou après transfert en SSR

- Partie 1 « Rééducation : réadaptation à domicile... », la « rééducation/réadaptation » devrait apparaître de façon plus explicite dans les points clés et notamment le premier point où sont évoqués télé-médecine, EPRR et HAD-R.
- Repérage des déficiences non identifiées lors de l'hospitalisation : il manque le repérage des situations problèmes qu'il rencontre depuis son retour ! Il est spécifié dans la littérature que nous devons précocement sortir le patient du registre de la déficience pour identifier les répercussions de l'AVC dans sa vie... poser le fait que c'est une maladie chronique n'est pas facile si ensuite les recommandations indiquent que même à distance nous allons

repérer les déficiences qui étaient passées inaperçues. Quelles sont les conséquences de l'AVC dans sa vie ? Rien n'est repris en ce sens dans le document.

- « Utiliser la démarche PPCS » ?
- Dans le tableau 1, partie 2 « Rééducation/réadaptation en SSR... », la phrase « repérer les orientations non pertinentes et réorienter les patients entre SSR » n'est pas très claire. On n'en comprend pas trop l'enjeu notamment.
- Ajouter une rubrique sur la prévention de la douleur en hospitalisation MCO : suivi.
- Idem pour la reprise de la conduite.

SSR au domicile ou en institution

- Préparation du retour à domicile : la visite à domicile ne semble pas une condition suffisante pour préparer ce retour à domicile. Il faut que le SSR engage plus rapidement et précocement dans le projet de soin les évaluations et interventions centrées sur les problèmes potentiels liés à l'impact des troubles en vie quotidienne. D'un point de vue ergo, un temps plus spécifiquement dédié à l'impact des limitations d'activités sur les AVQ et AIVQ semble indispensable pour bien préparer la sortie.
- Consultation post AVC : ajouter les IDE et ergothérapeutes comme intervenants car ils sont souvent sollicités.
-

Commentaires « orientation des patients dans les parcours de réÉducation/rÉadaptation » (page 4)

Commentaires :

- Pour rendre la page 4 plus visuelle, mettre en valeur les titres de chaque encadré (centrer, mettre une flèche qui va du losange du centre vers le type de difficulté...).
- Développer l'ergothérapie en soin de ville primaire pour les patients ne nécessitant pas le suivi en HTP dans un SSR, avec un suivi possible par l'équipe mobile : le coût et l'efficacité sont plus favorables à une hospitalisation en HDJ.
- Solliciter les équipes mobiles rééducation et réadaptation dès la phase précoce.

Tableau bas G : erreur sous hospitalisation complète ? : PAPD → NON → SSR neurologie.

- Ajouter EMR-R avec HAD-R.

Commentaires « Notes » (page 5)

Commentaires :

Peut-être revoir les termes à utiliser pour les intervenants : équipe pluri, équipe multi, équipe rééducateurs, intervenants professionnels de la rééducation, etc. Cela fait beaucoup ou alors identifier les différences dans cette rubrique « notes ».

Prado AVC : « améliorer la prise en charge pluridisciplinaire ». Remplacer par « améliorer l'accompagnement entre les acteurs (ville ou/et SSR).

Hospitalisation à temps partiel en SSR. « L'HTP permet l'accès à... patient ». Remplacer par « l'HTP permet l'accès à plusieurs plateaux techniques complémentaires dans un seul endroit (importance d'identifier plusieurs plateaux avec des compétences complémentaires et non un plateau et des compétences). Rajouter non pas une « prise en charge pluridisciplinaire » (plusieurs qui travaillent côte à côte, c'est pluri mais inefficace...) mais « un accompagnement partenariale soignant soigné ».

Remplacer systématiquement « prise en charge » par « accompagnement ».

Préciser les compétences souhaitées dans les équipes mobiles de réadaptation (MPR, ergothérapeute, travailleur social...).

Pour une meilleure compréhension des schémas, ajouter l'acronyme entre parenthèse pour les personnes âgées personnes dépendantes (PAPD).

Commentaires « pour en savoir plus » (page 6)

Commentaires :

Outils télésanté : préciser.

Une flèche est sans rien.

C'est dommage dans cette partie que l'ensemble des références citées dans le chapitre 1 (elles le sont dans la note de problématique qui est référencée) « Données de littérature », et notamment 1.1 Sélection de la littérature, ne soient pas reprises ici. Il y a effectivement un enjeu de montrer que les problématiques, ainsi que les leviers de développement préconisés dans cette fiche, ne relèvent pas seulement d'un contexte français mais sont aussi des préoccupations ayant fait l'objet de travaux scientifiques sérieux un peu partout dans le monde. En outre, dans un environnement français où la culture scientifique est peu développée, être clair et explicite sur les travaux scientifiques sources sous-tendant le raisonnement et les recommandations cliniques a une fonction pédagogique et permettant d'avoir un avis éclairé.

Ajouter les critères d'orientation MPR de la SOFMER (ils le sont dans la note de problématique).

Annexe 7. Avis de la Société de neuropsychologie de langue française

QUESTIONNAIRE FICHE PERTINENCE DES SOINS

« PERTINENCE DES PARCOURS DE RÉÉDUCATION/RÉADAPATION DES PATIENTS APRÈS LA PHASE INITIALE DE L'AVC »

| Commentaires sur la Forme | |
|--|--------------|
| Éléments (+) | Éléments (-) |
| Rien à dire, le document est clair, bien présenté, les schémas sont clairs également. | |
| Commentaires ENCADRÉ 1 (page 1) (SANS TITRE) | |
| Commentaires : Le texte est clair et pose bien les questions importantes. Peut-être faudrait-il rajouter un point sur les difficultés liées aux à la démographie de certaines professions de santé, notamment médecins MPR, kiné et orthophonistes qu'il est difficile de trouver dans certains territoires, aussi bien en institution qu'en ville. | |
| Commentaires ENCADRÉ 2 (page 1) « OBJECTIFS » | |
| Commentaires : RAS, texte clair et concis. | |

| Commentaires « Points clés , besoins et leviers d'amélioration des parcours de réÉducation/rÉ-adaptation » (pages 2, 3) |
|--|
| Commentaires : Globalement, le texte est de bonne qualité. Peut-être faudrait-il réinsister ici sur les tensions dans certaines catégories de professionnels (kiné, orthophonistes, ergo) car dans beaucoup de services MCO, ces professionnels sont absents. Sur la question « isolement social... », rajouter les antécédents et comorbidités psychiatriques qui peuvent compliquer considérablement les choses. |

Je ne comprends pas bien le paragraphe suivant :

« l'avis de médecin de MPR, ou à défaut de professionnel de la rééducation, pour les patients de moins de 60 ans quel que soit le déficit, ainsi que pour les patients de 50 à 75 ans avec un Rankin ≥ 2

l'avis de l'équipe mobile gériatrique pour se prononcer sur le retour à domicile des patients de 75 ans et plus ».

Qu'en est-il des patients de 60 à 75 ans avec un Rankin bas, mais qui peuvent avoir des difficultés ? Pourquoi les exclure d'un avis MPR ? Cela ne me semble pas logique.

Parmi les rééducateurs, les orthophonistes ne sont pas mentionnées, or les troubles du langage sont pourtant très fréquents, parfois la première source de handicap.

Il faudrait aussi souligner que certains patients n'ont que des troubles cognitifs, ou bien des troubles cognitifs prédominants, et que l'accès à des prises en charge spécifiques dans le champ cognitif n'est pas facile, du fait de la non prise en charge par l'Assurance maladie des soins psychologiques et neuropsychologiques.

Autre question : je ne vois pas grand-chose sur l'organisation de la rééducation en ville.

Commentaires « orientation des patients dans les parcours de réÉducation/rÉadaptation » (page 4)

Commentaires :

Les schémas sont très clairs

Commentaires « Notes » (page 5)

Commentaires :

Préciser tout de même que les trois catégories d'AVC sont assez schématiques et que la réalité est plus complexe. Des AVC « légers » peuvent néanmoins présenter des difficultés séquellaires pouvant justifier d'un accompagnement MPR ou autre (par exemple, dépression post-AVC, stress post-traumatique, difficultés cognitives fines telles troubles de l'attention, de la mémoire, des fonctions exécutives, difficultés de retour au travail...). Cela n'est peut-être pas directement de la rééducation/réadaptation au sens classique du terme, mais cela participe de la prise en charge du handicap.

De même, certains AVC sévères ont un potentiel de récupération et il ne faudrait pas qu'ils soient exclus des programmes de rééducation.

Commentaires « pour en savoir plus » (page 6)

Commentaires :

RAS

Références bibliographiques

1. Haute Autorité de Santé. Méthode d'élaboration des fiches mémo et des fiches pertinence. Guide méthodologique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_1764530/fr/methode-d-elaboration-des-fiches-memo-et-des-fiches-pertinence
2. Haute Autorité de Santé. Accident vasculaire cérébral Pertinence des parcours de rééducation/réadaptation après la phase initiale de l'AVC. Note de problématique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2972905/fr/accident-vasculaire-cerebral-pertinence-des-parcours-de-reeducation-readaptation-apres-la-phase-initiale-de-l-avc
3. National Institute for Health and Care Excellence. Stroke and transient ischaemic attack in over 16s: diagnosis and initial management. NICE guideline [NG128]. London: NICE; 2019.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng128>
4. Department of Veterans Affairs, Department of Defense. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the management of stroke rehabilitation. Washington: VA;DoD; 2019.
<https://www.healthquality.va.gov/guidelines/Rehab/stroke/VADoDStrokeRehabCPGFinal8292019.pdf>

Participants

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail/lecture :

Groupe de travail

Mme Marie Agostinucci, psychomotricienne, Paris

M. Jean-Michel Caire, ergothérapeute, Toulouse

Mme Nathalie Djerroud, usager du système de santé, Chartres

M. Michel Gedda, chef de projet HAS

Mme Catherine Henault, orthophoniste, Dives-sur-Mer

M. Bernard Idoux, directeur des soins, Saales

Mme Françoise Joyeux, neuropsychologue, Bayeux

Dr Catherine Lamy, médecin spécialisé en neurologie vasculaire, Paris

M. Alain Morino-Ros, usager du système de santé, Bourg-en-Bresse

Dr Sylvain Paquet, médecin spécialisé en médecine générale, Paris

M. Stephan Rostagno, masseur-kinésithérapeute, Marseille

Pr Alexis Schnitzler, médecin spécialisé en médecine physique et de réadaptation, Paris

Pr Marc Verny, médecin spécialisé en gériatrie, Paris

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Abréviations et acronymes

| | |
|--------|---|
| APA | Activité physique adaptée |
| ARS | Agence régionale de santé |
| AVC | Accident vasculaire cérébral |
| CRPPI | Commission recommandations, pertinence, parcours et indicateurs |
| DAC | Dispositif d'appui à la coordination |
| DGOS | Direction générale de l'offre de soins |
| DGS | Direction générale de la santé |
| EHPAD | Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes |
| EMRR | Équipe mobile de réadaptation réinsertion |
| HAD | Hospitalisation à domicile |
| HAS | Haute Autorité de Santé |
| HDJ | Hôpital de jour |
| HTP | Hospitalisation à temps partiel |
| MCO | Médecine chirurgie obstétrique |
| MPR | Médecine physique et de réadaptation |
| NICE | National Institute for Health and Care Excellence |
| NIHSS | National Institutes of Health Stroke Scale |
| RCP | Réunion de concertation pluriprofessionnelle |
| SOFMER | Société française de médecine physique et de réadaptation |
| SSR | Soins de suite et de réadaptation |
| UNV | Unité neurovasculaire |
| VA/DoD | Veterans Affairs/Department of Defense |

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

