

EXEMPLES DE MISE EN ŒUVRE PROFESSIONNELLES 2009 – 2014

- Congrès SOFMER 2008 : conférence d'experts Orientation des patients atteints d'AVC
- **CNOMK**
- **Collège des Orthophonistes**
- **Association Nationale des Ergothérapeutes**
- Prévention des récurrences d'AVC par le Réseau Bourgogne AVC
- Prise en charge de la douleur d'épaule du patient hémiparétique dans une équipe multidisciplinaire (CHU Brest)
- Implantation d'un outil palliatif de communication pour les patients aphasiques (MPR Bordeaux)
- Programme de prise en charge des AVC du sujet âgé en unité neuro-vasculaire gériatrique en SSR (CHU Lyon)
- Prise en charge de la douleur chez le patient cérébro-lésé dyscommunicant (CHU Nîmes)

UN ESPACE THEMATIQUE SUR WWW.HAS-SANTE.FR

La rubrique programmes pilotes propose sur le site de la HAS un espace dédié à l'amélioration de la prise en charge de l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC).

Cet espace met à la disposition des professionnels de santé et du public :

- Les indicateurs de pratique clinique et l'ensemble des recommandations
- Les retours d'expérience des professionnels, des interviews et les travaux du Symposium HAS BMJ 2010 relatifs à l'AVC (Stroke Corner)
- Le bilan 2010 du programme AVC 2009-2014, avec 1 brochure par étape de prise en charge)

A SUIVRE 2009 ... 2010

Une réunion thématique dédiée à l'amélioration de la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux sera organisée. Les professionnels impliqués dans la prise en charge des AVC viendront partager leur expérience clinique, les problèmes rencontrés, les actions et pistes d'amélioration des pratiques ainsi que les mesures d'impact clinique.

HAS

2 avenue du Stade de France - 93218 SAINT DENIS LA PLAINE CEDEX
Tél. 01 55 93 70 00 Fax. 01 55 93 74 00
www.has.sante.fr

© Haute Autorité de Santé
Avril 2009

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

PROGRAMME AVC

« Ensemble, améliorons les pratiques de prise en charge de l'Accident Vasculaire Cérébral »

Document de travail

Bilan 2010

ÉTAPE 3

LA PREMIERE ANNEE APRES L'AVC

Chaque année en France, environ 130 000 personnes sont atteintes d'accident vasculaire cérébral, dont 25% sont âgées de moins de 65 ans.

Avec 30 000 personnes lourdement handicapées et 40 000 décès chaque année, l'AVC est la 1^{ère} cause de handicap acquis non traumatique, la 2^{ème} cause de démence et la 3^{ème} cause de mortalité.

Une prise en charge immédiate, puis adaptée tout au long du parcours du patient permet de diminuer la mortalité et le handicap.

L'objectif de ce programme conduit avec les professionnels de santé est de réduire la mortalité et le handicap liés aux accidents vasculaires cérébraux en agissant sur les 3 étapes de la prise en charge :

- ① des signes d'alerte à l'hôpital
- ② la phase aiguë hospitalière
- ③ la première année après l'AVC

CE QUE L'ON SAIT

Tous les patients doivent pouvoir bénéficier d'une **rééducation adaptée à leurs besoins**.

- Les patients présentant un déficit de gravité moyenne peuvent bénéficier d'une filière organisée : prise en charge en établissement de soins de suite et réadaptation (SSR). La persistance de déficits à la sortie du SSR peut nécessiter la poursuite de la rééducation.
- Les patients présentant un faible déficit (AVC léger) ne nécessitent pas une prise en charge en SSR, et peuvent rentrer directement au domicile éventuellement dans le cadre d'une hospitalisation à domicile (HAD). La **rééducation doit être poursuivie en fonction des besoins pour que le patient continue de récupérer**. L'arrêt de la rééducation peut entraîner l'aggravation de l'état du patient.

Les **troubles de l'humeur, la dépression et la tristesse** sont des séquelles fréquentes et méconnues de l'AVC. Ces troubles influencent la récupération fonctionnelle cruciale pour l'avenir du patient. Ils sont recherchés chez tous les patients sans oublier ceux présentant peu voir pas de séquelles.

Au cours du suivi après un AVC les **facteurs de risque cardiovasculaire** sont évalués et traités (tabagisme, hypertension artérielle, taux de cholestérol élevé, obésité, régime alimentaire déséquilibré, absence d'exercice physique).

Une **consultation la première année chez un neurologue** permet d'assurer un suivi de l'évolution de la pathologie et dépister les complications tardives comme les troubles cognitifs.

Suivre une rééducation adaptée permet de limiter le handicap résiduel. Adopter un régime alimentaire équilibré, pauvre en sel, le suivi des recommandations médicales et du traitement permet de limiter les risques de récurrence. En cas de suspicion de récurrence d'AVC, un seul réflexe : appelez immédiatement le centre 15 (SAMU).

CHIFFRES REPERES*

40% des victimes d'AVC vont conserver des séquelles de gravité diverses, 30 000 présentent des séquelles lourdes à un an.

30% des patients sont hospitalisés en SSR. Ils sont hospitalisés en général entre 1 mois et demi et 2 mois et 90% d'entre eux rentrent ensuite au domicile.

En fin de séjour en SSR la dépendance est améliorée cependant 54% des patients ont toujours besoin d'une assistance partielle ou totale au déplacement, 60% à l'habillement, 35% à l'alimentation et 50% à la continence.

Dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) 90 000 résidents (15% de la population en EHPAD) ont été victimes d'un AVC, c'est d'ailleurs une des causes d'entrée en EHPAD.

OBJECTIFS PRIORITAIRES D'AMELIORATION DES PRATIQUES

- **Mettre en œuvre, si besoin, une rééducation adaptée après l'hospitalisation en phase aiguë, quel que soit le lieu de vie du patient : SSR, HAD, Domicile, EHPAD, ...**
- **Evaluer et améliorer le contrôle des facteurs de risque des patients après un AVC**
- **Assurer le suivi neurologique du patient**

NOUVELLES REFERENCES PROFESSIONNELLES

2010 - 2014

Des indicateurs de pratique clinique partagés et consensuels élaborés par l'ensemble des professions intervenant dans la prise en charge des AVC permettent d'améliorer et de suivre l'évolution des pratiques en se basant sur les éléments essentiels de la prise en charge hospitalière :

- le projet de soins et le projet de vie du patient ont-ils été adaptés à ses déficiences cognitives, son activité et sa participation ?
- le patient et / ou son entourage sont-ils formés au suivi du traitement en SSR / HAD ?
- le patient a-t-il reçu une information concernant l'identification des récurrences et l'appel au 15 (SAMU) ?
- La tension artérielle est-elle mesurée ?
- L'adhésion et la tolérance au traitement du patient sont-ils évalués ?
- L'exposition du patient au tabac est-elle suivie ?
- Un bilan lipidique et glucidique ont-ils été réalisés ?
- Le suivi d'une alimentation équilibrée et pauvre en sel a-t-il été évalué ?
- Le poids et/ ou le périmètre abdominal est-il suivi ?
- Le patient victime d'infarctus cérébral a-t-il un traitement par aspirine à un an ?
- Le patient victime d'infarctus cérébral a-t-il un traitement par statine à un an ?
- Le patient bénéficie-t-il d'une consultation avec un neurologue la première année ?
- Le médecin traitant a-t-il adressé un courrier au neurologue ?
- La qualité de vie et le handicap sont-ils évalués ?

Ces IPC ont été développés sur la base de nombreuses recommandations et références professionnelles

- Le retour au domicile du patient adulte atteint d'AVC : comment l'organiser (HAS 2003)
- Accident vasculaire cérébral (Guide ALD – 2007)
- Prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un accident ischémique transitoire (HAS 2008)
- Orientation des patients atteints d'AVC – Conférence d'experts (SOFMER, SFNV, SFGG - 2009)

* Rapport Prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux - juin 2009 - www.sante.gouv.fr