

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2014

N° 099

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de MEDECINE GENERALE

par

Adeline VIAUD

née le 6 avril 1985 aux Sables d'Olonne

Présentée et soutenue publiquement le 3 novembre 2014

**Evaluation du retour à domicile de patients hospitalisés dans une unité
neurologique de proximité pour un accident vasculaire cérébral.**

Président : Monsieur le Professeur Pascal DERKINDEREN
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Frédéric BONTEMPS

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Pascal DERKINDEREN qui nous fait l'honneur de présider notre jury, qu'il trouve ici l'expression de toute ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Frédéric BONTEMPS, qui m'a aidée dans la direction de ce travail, dans sa réalisation et sa mise en application, pour tout le temps que tu m'as consacré, trouve ici le témoignage de toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Bernard PLANCHON qui nous fait l'honneur de participer à notre jury, pour son enseignement très enrichissant au cours de mon externat, qu'il soit assuré de toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Patrick LUSTENBERGER qui nous fait l'honneur de participer à notre jury, qu'il trouve ici l'expression de toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Cédric URBANCZYK qui nous fait l'honneur de participer à notre jury, qu'il trouve ici l'expression de toute ma considération.

A Monsieur le Dr Benoit RENARD pour son travail de relecture.

A Monsieur le Dr Philippe LEROUX, à Maryline et à Séverine qui ont participé à la réalisation de ce travail.

A ma famille.

A mes amis, Anne-Sophie, Héloïse, Mathilde et Sophie qui m'ont soutenue et encouragée tout au long de ce travail.

Aux équipes médicales et paramédicales du Centre Hospitalier des Sables d'Olonne que j'ai côtoyées.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	Page 7
MATÉRIELS ET MÉTHODES	Page 8
RÉSULTATS	Page 15
DISCUSSION	Page 30
CONCLUSION	Page 39
ANNEXES	
Questionnaire patient	Page 40
Questionnaire médecin	Page 42
Note explicative	Page 44
Mémento pédagogique	Page 45
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	Page 49

TABLE DES ILLUSTRATIONS

<u>Tableau 1</u> :	Motifs d'exclusion des patients.	P 15
<u>Tableau 2</u> :	Caractéristiques démographiques de la population étudiée et de celle de référence.	P 16
<u>Figure 1</u> :	Évaluation des connaissances concernant le diagnostic d'AVC.	P 17
<u>Figure 2</u> :	Évaluation des connaissances concernant les facteurs de risque cardiovasculaire.	P 18
<u>Figure 3</u> :	Évaluation des connaissances concernant l'indication des traitements.	P 19
<u>Figure 4</u> :	Évaluation des connaissances concernant la surveillance des traitements.	P 19
<u>Figure 5</u> :	Évaluation des connaissances concernant les signes cliniques évoquant une récurrence.	P 20
<u>Figure 6</u> :	Réponse à la question : Avez-vous été informé des différents acteurs et services pouvant intervenir à domicile ?	P 21
<u>Figure 7</u> :	Réponse à la question : L'équipe hospitalière a-t-elle évalué avec vous les besoins humains, matériels et financiers nécessaires au retour à domicile ?	P 21
<u>Figure 8</u> :	Réponse à la question : Avez-vous été informé des symptômes prévisibles qui peuvent apparaître après la sortie ?	P 22
<u>Figure 9</u> :	Réponse à la question : Avez-vous rencontré des difficultés lors du retour à domicile ?	P 23
<u>Figure 10</u> :	Réponse à la question : Le retour à domicile a-t-il été suffisamment préparé et organisé selon vous ?	P 23
<u>Figure 11</u> :	Réponse à la question : Vous a-t-on remis le mémento pédagogique ?	P 24
<u>Figure 12</u> :	Réponse à la question : Une consultation de suivi à un mois était-elle prévue ?	P 24

- Figure 13 :** Réponse à la question : Avez-vous consulté rapidement votre médecin traitant après la sortie ? **P 25**
- Figure 14 :** Réponse à la question : Avez-vous été informé de l'hospitalisation de votre patient ? **P 26**
- Figure 15 :** Réponse à la question : Avez-vous été prévenu de la date de sortie de votre patient ? **P 26**
- Figure 16 :** Réponse à la question : Votre patient vous a-t-il remis le memento pédagogique ? **P 27**
- Figure 17 :** Réponse à la question : Avez-vous rencontré des difficultés concernant la prise en charge sociale ? **P 28**
- Figure 18 :** Réponse à la question : Avez-vous reçu le compte-rendu d'hospitalisation définitif dans les huit jours suivant la sortie ? **P 28**
- Figure 19 :** Réponse à la question : Avez-vous réalisé la demande d'ALD ? **P 29**

LISTE DES ACRONYMES OU ABREVIATIONS

AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
ALD	Affection de Longue Durée
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
AVK	Antivitamine K
CHCL	Centre Hospitalier Côte de Lumière
CHD	Centre Hospitalier Départemental
CRH	Compte-rendu d'Hospitalisation
FDR	Facteur de risque
MIP	Médecine Interne et Polyvalente
NS	Non significatif
SFNV	Société Française Neurovasculaire
SOFMER	Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
UNP	Unité Neurologique de proximité
UNV	Unité Neuro-Vasculaire

1. INTRODUCTION

En France, environ 140000 nouveaux patients sont touchés chaque année par un accident vasculaire cérébral (AVC). L'AVC représente un enjeu majeur de santé publique notamment lié à un coût socio-économique important. Avec 30000 personnes lourdement handicapées et 40000 décès chaque année, l'AVC est la première cause de handicap acquis de l'adulte, la deuxième cause de démence et la troisième cause de mortalité. Le poids financier est considérable, estimé à 8,3 milliards d'euros de dépense annuelle. La pathologie neuro-vasculaire s'inscrit au centre d'un plan d'actions national intitulé : « accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 ».

Le département de la Vendée possède une unité neuro-vasculaire (UNV) située au Centre Hospitalier Départemental (CHD) de la Roche sur Yon. Dans le cadre du maillage du territoire, une unité neurologique de proximité (UNP) a vu le jour en novembre 2011 dans le service de Médecine Interne et Polyvalente du Centre Hospitalier Côte de Lumière (CHCL).

De nombreuses recommandations soulignent l'importance de l'organisation de la filière d'aval afin d'éviter la saturation des UNV et de garantir la meilleure prise en charge des patients après la phase initiale. L'enquête nationale SFNV-SOFMER de 2008, incluant 165 services de neurologie, rapporte un retour à domicile de 37%, un taux de transfert en médecine physique et de réadaptation de 24% et en soins de suite et de réadaptation non spécialisés de 14% (1). Les efforts d'organisation et de mobilisation doivent porter notamment sur la préparation du retour à domicile qui conditionne la fluidité de la filière. Les difficultés qui entourent le retour à domicile peuvent aboutir soit à des impossibilités de sortie du monde hospitalier, soit à des situations individuelles et familiales difficiles au quotidien, voire à des complications médico-sociales imposant la ré-hospitalisation.

L'objectif de notre étude est donc d'évaluer les pratiques actuelles d'organisation du retour à domicile des patients victimes d'un AVC hospitalisés dans l'UNP du CHCL. Le premier volet de cette étude concerne le patient et s'attache à prendre en compte non seulement le retour à domicile à proprement parler mais aussi l'examen des objectifs de l'éducation thérapeutique. Le second volet s'adresse au médecin généraliste et s'intéresse plus particulièrement au fonctionnement du réseau de soins.

2. MATERIELS ET METHODES

A. L'ETABLISSEMENT

L'étude a été menée au sein du service de Médecine Interne et Polyvalente (MIP) du Centre Hospitalier Côte de Lumière des Sables d'Olonne. Il s'agit d'un Centre Hospitalier Général comportant 188 lits de Médecine-Chirurgie-Obstétrique. Il est doté d'un Service d'Accueil des Urgences, d'une Unité d'Hospitalisation de Courte Durée adossée à ce dernier et d'une Unité de Surveillance Continue mixte pneumo-cardiologique.

L'unité neurologique de proximité (UNP), créée en novembre 2011, est une unité d'hospitalisation plus particulièrement dédiée à l'accueil des patients victimes d'AVC. Elle fait partie intégrante du service de MIP : des patients atteints de pathologies non neurovasculaires y sont donc aussi hospitalisés. A l'inverse, des patients présentant un AVC peuvent être admis dans le service de MIP en dehors de l'UNP en fonction des lits disponibles au moment de l'admission.

Un praticien hospitalier à temps plein y est affecté, ainsi qu'un interne. Ils travaillent en réseau avec les médecins des UNV régionales du CHD de La Roche-sur-Yon et du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes.

L'équipe paramédicale affectée à cette unité (infirmières, aides-soignantes, kinésithérapeute, assistante sociale) est mutualisée avec le service de gériatrie aiguë pour des raisons géographiques. Le centre hospitalier a contractualisé l'intervention d'un orthophoniste libéral sur demande, à hauteur maximale d'un tiers-temps sur toute la structure hospitalière, incluant les services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), et de Soins de Longue Durée. Il n'y a pas d'ergothérapeute.

La filière d'aval pour les malades se compose d'un service de SSR situé sur le site, et des trois services de rééducation du département (Luçon, Saint Gilles Croix-de-Vie et Saint Jean-de-Monts).

B. L'ORGANISATION DU SERVICE

L'UNP est une unité récente dont l'organisation se met en place progressivement. Il n'existe pas de programme d'éducation thérapeutique dédié au patient atteint d'un AVC. Des infirmières du service de MIP suivent une formation afin de mettre en place un programme d'éducation thérapeutique s'adressant au patient diabétique.

Le patient victime d'un AVC reçoit au cours de son hospitalisation des informations délivrées par le médecin du service à son chevet. Il s'agit le plus souvent de messages simples adaptés à la capacité de mémoire et d'écoute diminuée du patient ayant présenté récemment un AVC. L'équipe paramédicale peut également être amenée à intervenir, selon la sollicitation des patients ou des proches. Il s'agit exclusivement d'informations communiquées par voie orale. Aucun support écrit n'est délivré pendant l'hospitalisation. L'éducation thérapeutique est organisée au cours du suivi post-hospitalier.

En effet environ un mois après sa sortie, le patient est revu en consultation post-AVC par le médecin qui l'a pris en charge en UNP, afin de refaire le point sur sa pathologie et d'ajuster son traitement si nécessaire. Le médecin délivre au patient des informations concernant le type d'AVC présenté, ses facteurs de risque, le ou les traitement(s) prescrit(s) et leur surveillance ainsi que les signes évoquant une récurrence (séquence FAST). Au décours de cette consultation, le patient reçoit un mémento pédagogique, récapitulatif de sa pathologie et permettant de faire passer les messages clés (annexe 4). Ce document est destiné aussi bien au patient qu'à son médecin traitant. Le patient prend connaissance du mémento qu'il remet ensuite à son médecin traitant. Un exemplaire du mémento a été envoyé systématiquement au médecin traitant avec le courrier de sortie à partir du mois de mars 2012.

Les différentes informations sont transmises au médecin traitant par l'intermédiaire du compte-rendu d'hospitalisation (CRH) et du mémento pédagogique. Comme pour tous les patients du service de MIP, un CRH provisoire est établi à la sortie, reprenant succinctement le motif d'hospitalisation, le diagnostic, le traitement et les rendez-vous prévus. Ce courrier est remis au patient le jour de sa sortie. Tous les patients rentrant à domicile reçoivent le CRH provisoire. Ils doivent le remettre à leur médecin traitant qui reçoit par la suite le CRH définitif.

C. L'ETUDE

Il s'agit d'une étude monocentrique, rétrospective, qualitative et quantitative, menée chez des patients hospitalisés en UNP pour un infarctus cérébral ou un hématome non traumatique, du 1er décembre 2011 au 31 mai 2012 inclus.

L'objectif de ce travail est d'étudier l'organisation du retour à domicile du patient victime d'un AVC hospitalisé en UNP et de vérifier sa conformité par rapport aux recommandations actuelles.

1. Critères d'inclusion

- Accident ischémique constitué ou hématome cérébral non traumatique.
- Hospitalisation en UNP du 1er décembre 2011 au 31 mai 2012 inclus.
- Patient âgé de plus de 18 ans.

2. Critères d'exclusion

- Passage par une structure intermédiaire de type SSR avant le retour à domicile (ne permettant pas à notre équipe de préparer ce retour).
- Hospitalisation de moins de trois jours.
- État général non compatible avec le déroulement d'un entretien.

D. LES DONNEES ANALYSEES

L'étude se compose de deux volets, sous la forme de deux questionnaires distincts, l'un adressé au patient et l'autre à son médecin traitant. Ces questionnaires ont été élaborés à partir de trois documents consacrés à la préparation du retour à domicile du patient hospitalisé en général pour deux d'entre eux, et plus spécifiquement pour le troisième au patient hospitalisé pour un accident vasculaire cérébral. Il s'agit de :

- « Préparation de la sortie du patient hospitalisé » (ANAES, novembre 2001).
- « Guide pour le retour à domicile du malade en soins palliatifs » (région Franche-Comté, version 4, mai 2009).
- « Retour au domicile des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral » (ANAES, décembre 2003).

1. Le volet patient

L'ensemble des patients éligibles à cette étude ont été contactés par téléphone entre 3 et 6 mois après leur sortie d'hospitalisation. Au cours de ce contact téléphonique nous leur avons expliqué la problématique de notre recherche, sa méthodologie et la façon dont leurs coordonnées nous ont été communiquées. Nous avons réitéré notre appel à deux reprises sur une durée de quinze jours pour les patients non joignables initialement.

Après avoir obtenu l'accord du patient, une date de rendez-vous a été fixée, en fonction de la disponibilité du patient et des éventuels aidants. Tous les entretiens ont eu lieu au domicile du patient, parfois en présence de l'aidant (conjoint, enfant). L'entretien était organisé autour d'un questionnaire (annexe 1) incluant des questions ouvertes (relatives à l'éducation thérapeutique) et des questions fermées (relatives à l'organisation du retour à domicile et au suivi). Pour refléter au mieux la réalité nous avons privilégié une étude qualitative pour ce qui concerne le volet de l'éducation thérapeutique, permettant un recueil d'informations plus étendu.

Le questionnaire est constitué de questions ciblant les quinze items suivants :

- 1) Connaissance du diagnostic d'AVC ;
- 2) Connaissance des facteurs de risque cardiovasculaire correspondant au type d'AVC présenté ;
- 3) Connaissance de l'indication de ses traitements ;
- 4) Connaissance de la surveillance de ses traitements ;
- 5) Connaissance des signes cliniques évoquant une récurrence d'AVC ;
- 6) Information sur les différents acteurs et services pouvant intervenir à domicile ;
- 7) Anticipation des besoins humains, matériels et financiers ;
- 8) Information sur les symptômes prévisibles pouvant apparaître après la sortie ;
- 9) Information sur l'existence d'associations de malades ;
- 10) Élaboration du projet de retour à domicile en accord avec le patient et sa famille ;
- 11) Présence de difficultés lors du retour à domicile ;
- 12) Préparation du retour à domicile ;
- 13) Remise du mémento pédagogique ;
- 14) Consultation post-AVC à un mois ;
- 15) Consultation avec le médecin traitant après la sortie ;

Les réponses aux cinq premières questions, relatives à l'éducation thérapeutique, ont été enregistrées à l'aide d'un dictaphone puis retranscrites à la main.

Dans un premier temps, le discours des patients a été analysé par deux infirmières, formées à l'éducation thérapeutique des patients atteints d'un AVC, exerçant dans le service de Neurologie du Centre Hospitalier Départemental de la Roche sur Yon.

Les deux analyses ont été réalisées séparément.

Chaque objectif d'éducation thérapeutique évalué a été considéré comme ACQUIS, PARTIELLEMENT ACQUIS ou NON ACQUIS.

Vingt-deux items, sur un total de soixante-quinze, ont donné lieu à des réponses divergentes entre les deux examinatrices. Dans un second temps, les infirmières se sont réunies avec le Dr Leroux (responsable médical du service qualité/gestion des risques du CHD), afin de réanalyser ensemble leurs réponses divergentes. Les réponses finales résultent d'un consensus entre ces trois intervenants.

Les dix items suivants sont libellés sous forme de questions fermées appelant une réponse par OUI ou NON.

2. Le volet médecin

Le médecin traitant de chaque patient a été joint par téléphone afin d'exposer lors d'un entretien les objectifs et les modalités pratiques du travail de thèse. Un questionnaire (annexe 2) a été adressé à chacun d'entre eux par la poste après obtention de leur accord.

Ce questionnaire n'incluait que des questions fermées appelant une réponse par OUI ou NON, afin de garantir un temps de réponse limité dans le temps. Un espace était cependant ménagé pour permettre des commentaires destinés en dehors des objectifs du travail de thèse à optimiser notre communication.

Tous les médecins ont accepté. Les questionnaires ont été déposés au cabinet avec une enveloppe timbrée destinée au retour. Quatre médecins ont été relancés par mail ou par téléphone pour obtenir une réponse.

Le questionnaire adressé au médecin traitant cible 9 items :

- 1) Information de l'hospitalisation du patient ;
- 2) Information de la date de sortie du patient ;
- 3) Remise du memento par le patient ;
- 4) Qualité de l'information contenue dans le memento ;
- 5) Existence de difficultés de coordination avec les autres professionnels de santé intervenant au domicile ou avec l'équipe hospitalière ;
- 6) Existence de difficultés concernant la prise en charge sociale ;
- 7) Accès au compte-rendu d'hospitalisation définitif dans les huit jours suivant la sortie du patient ;
- 8) Réalisation de la demande d'ALD ;
- 9) Organisation et préparation du retour à domicile ;

3. Analyse statistique

Les comparaisons de variables qualitatives ont été réalisées avec le test du CHI 2, corrigé si besoin pour satisfaire aux conditions d'application (correction de Yates). Dans les cas où les effectifs étaient trop faibles, c'est le test exact de Fischer qui a été utilisé. Les comparaisons de variables quantitatives ont été réalisées avec le test T de Student.

Ces tests ont permis la vérification de l'homogénéité de notre échantillon par rapport à la population de référence.

3. RÉSULTATS

A. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE

Sur la période étudiée, 62 patients ont été hospitalisés au sein du service de MIP pour un infarctus cérébral ou un hématome non traumatique.

L'analyse de ces derniers justifie l'exclusion de 32 d'entre eux, pour les motifs détaillés dans le tableau 1.

	Motifs d'exclusion (n=32)
Décès dans le service	11
Passage par un SSR	11
Transfert en UNV	3
Institutionnalisation	2
Séjour < 3 jours	5

Tableau 1 : motifs d'exclusion des patients.

Les résultats sont exprimés en nombre (n)

Parmi les 30 patients éligibles à cette étude seuls 15 ont répondu et donné leur accord pour réaliser un entretien à leur domicile. Sept patients n'ont pas pu être contactés. Six patients ont refusé. Deux patients n'ont pas été en mesure de dédier suffisamment de temps à un entretien. Les caractéristiques démographiques des patients de l'étude sont présentées dans le tableau 2.

	Population étudiée (n=15)	Population de référence (n=62)	p
<u>Age moyen</u> (ans)	74,8	78	NS
<u>Sex ratio</u> (M/F)	1,5	1	NS
<u>AVC ischémique</u>	12	48	NS
<u>AVC hémorragique</u>	3	14	NS
<u>Handicap préalable</u>			
Déficit moteur			
<i>Aucun</i>	15	44	P < 0,05
Troubles phasiques			
<i>Aucun</i>	15	60	NS
Troubles cognitifs			
<i>Aucun</i>	14	45	NS
<i>Modéré ou sévère</i>	1	17	NS
<u>Séquelles</u>			
Capacités locomotrices			
	7	30	NS
Troubles du langage			
	6	19	NS
Troubles de la déglutition			
	2	17	NS
Troubles neuro-psychiques			
	0	11	NS
Troubles sphinctériens			
	0	10	NS
<u>Durée de séjour</u> (jours)	11,5	8	NS

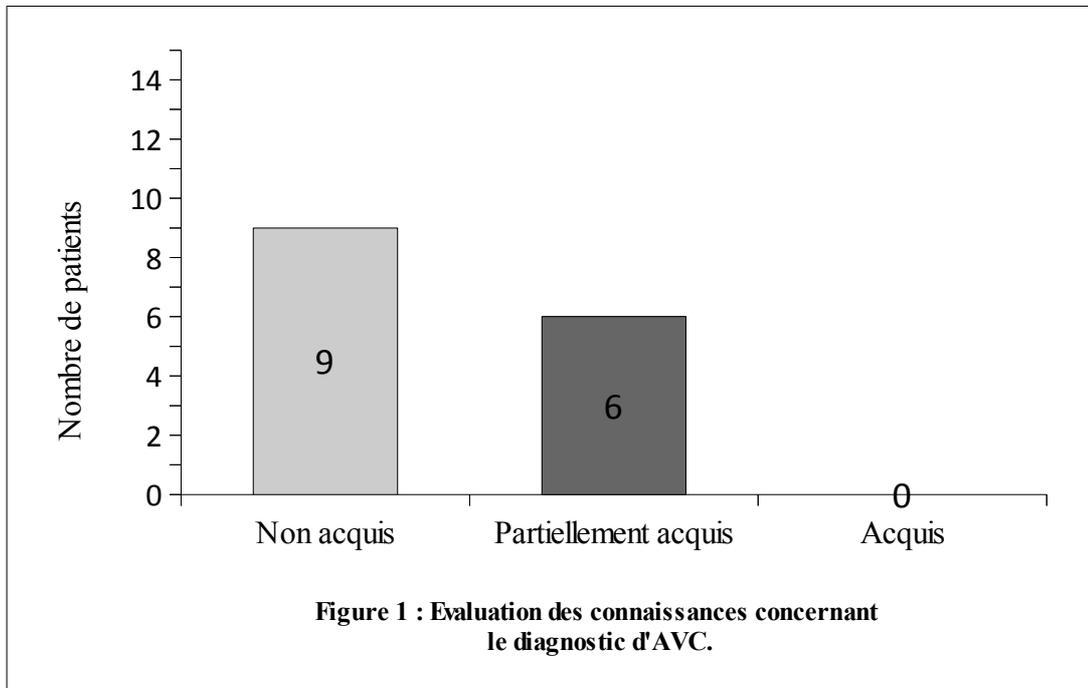
Tableau 2 : caractéristiques démographiques de la population étudiée et de celle de référence.

Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne et les variables qualitatives en nombre.

B. LE VOLET PATIENT

1. L'éducation thérapeutique

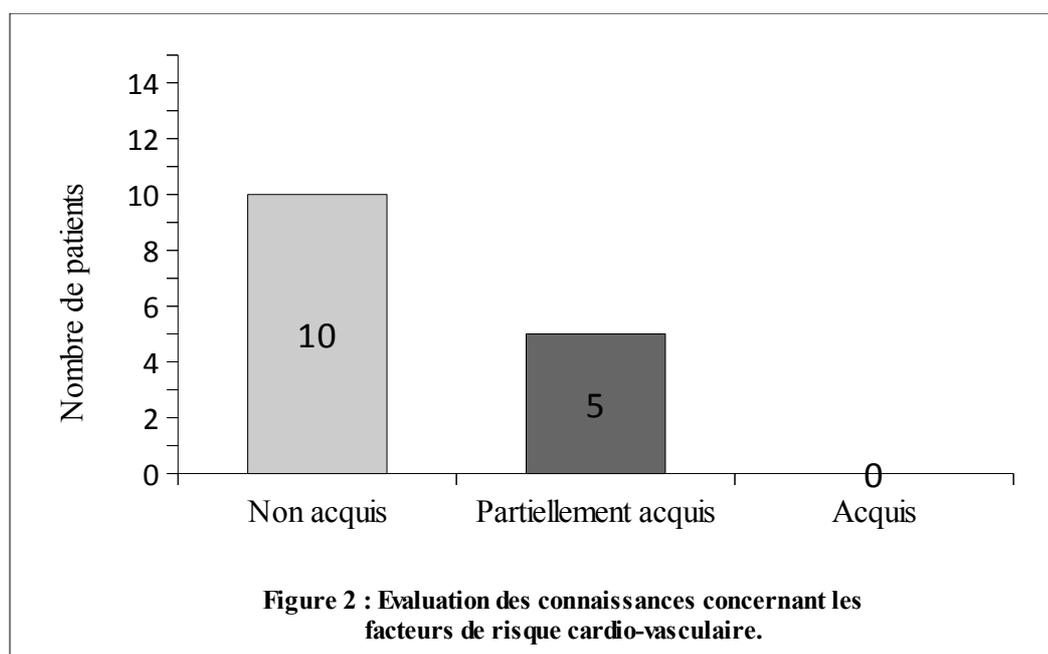
a) Connaissance du diagnostic d'AVC



Soixante pour cent des patients n'ont aucune connaissance du mécanisme de leur l'AVC.

Quarante pour cent des patients ont acquis des connaissances partielles.

b) Connaissance des facteurs de risque cardio-vasculaire



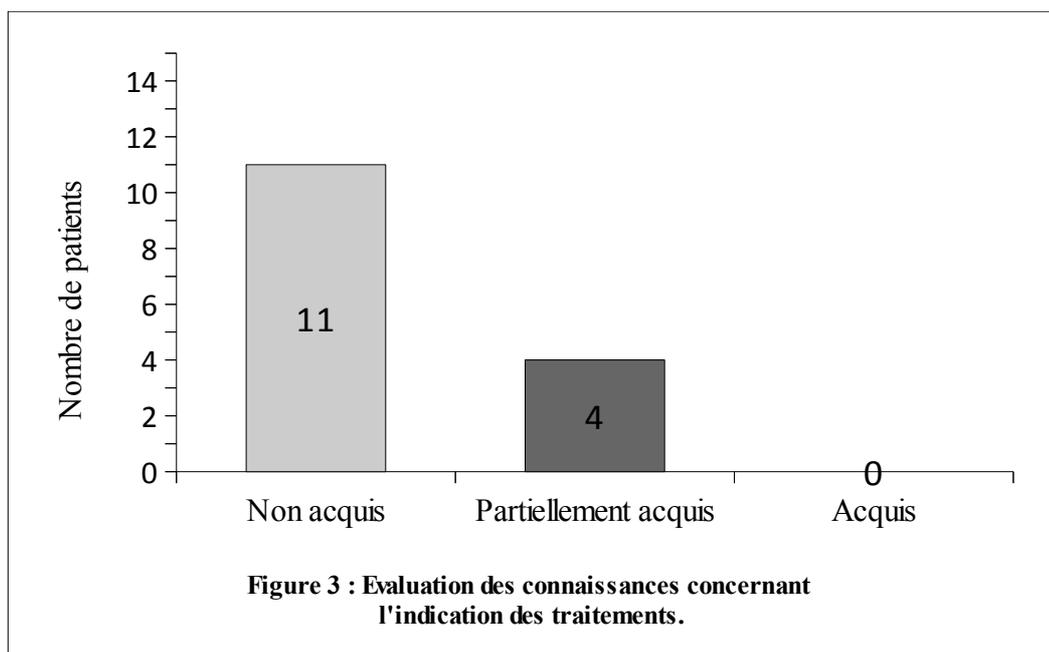
Soixante-sept pour cent des patients ne connaissent aucun de leurs facteurs de risque cardio-vasculaire.

Trente-trois pour cent ont acquis un niveau de connaissance partiel.

Aucun patient n'a été capable de citer tous ses facteurs de risque.

Les facteurs de risque le plus fréquemment cités sont l'hypertension artérielle et la dyslipidémie.

c) Connaissance de l'indication des traitements

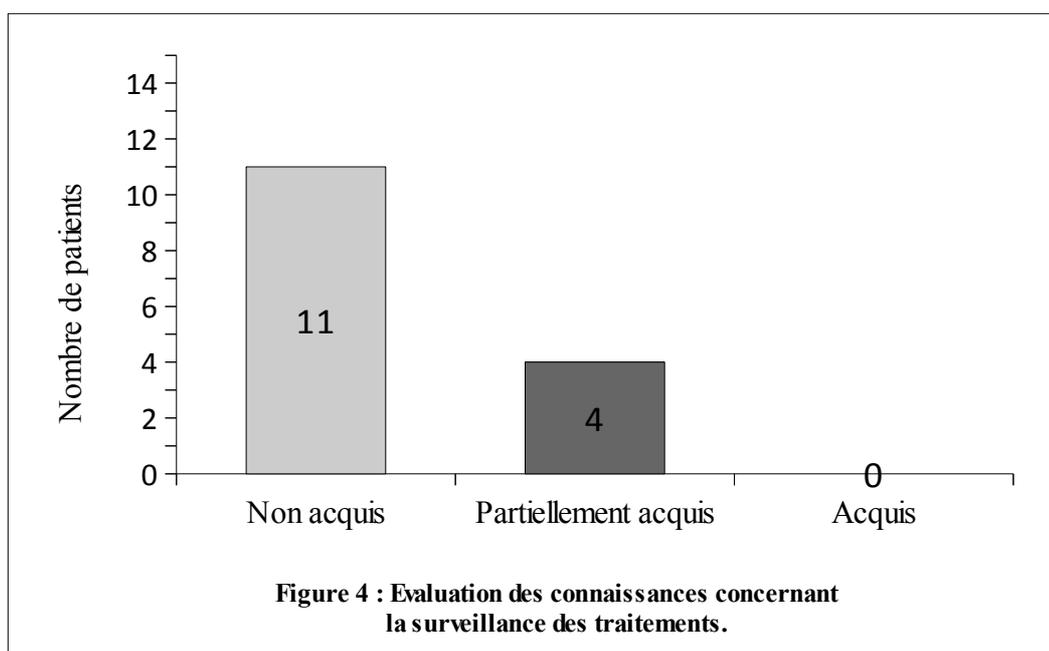


Soixante-treize pour cent des patients n'ont aucune connaissance quant aux nouveaux traitements instaurés.

Vingt-sept pour cent connaissent partiellement l'indication de ces traitements.

Aucun patient ne connaît l'indication de tous ses traitements.

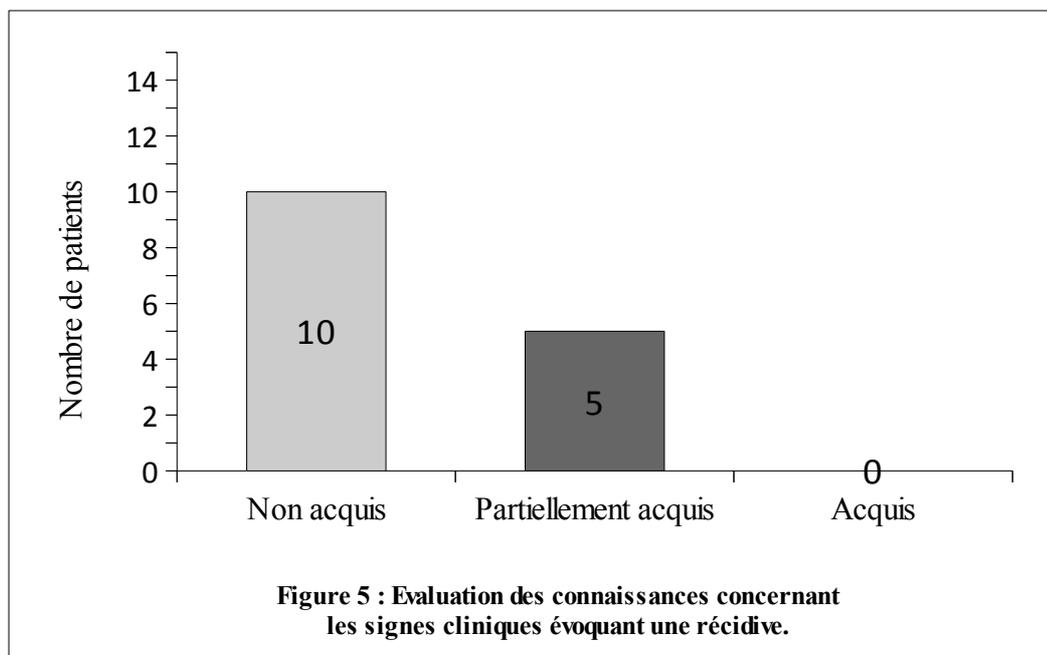
d) Connaissance de la surveillance des traitements



Soixante-treize pour cent des patients n'ont aucune connaissance quant à la surveillance de leur traitement.

Vingt-sept pour cent connaissent partiellement la surveillance du traitement suivi.

e) Connaissance des signes de récurrence



Soixante-sept pour cent des patients ne connaissent aucun des signes cliniques évoquant une récurrence d'AVC.

Trente-trois pour cent connaissent en partie ces signes.

Aucun patient n'est capable de citer l'ensemble des signes de la séquence FAST.

A titre d'exemple, la démarche concernant les résultats de cette question figure en annexe 3.

2. L'Organisation du retour à domicile

a) Information sur les différents acteurs et services pouvant intervenir à domicile

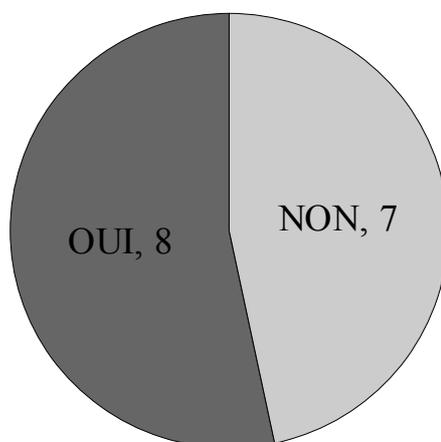


Figure 6 : Réponse à la question : Avez-vous été informé des différents acteurs et services pouvant intervenir à domicile?

La moitié (53%) des patients hospitalisés estime avoir été informés sur les aides pouvant être mises en place à domicile.

b) Évaluation des besoins humains, matériels et financiers

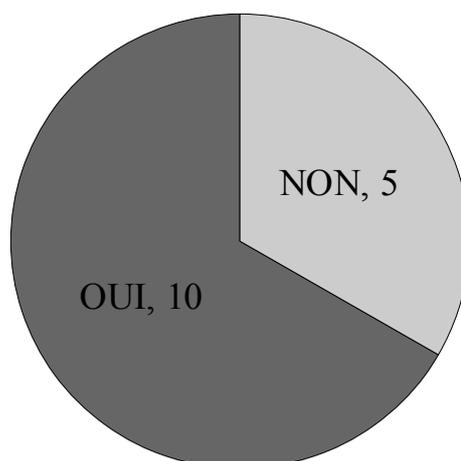


Figure 7 : Réponse à la question : L'équipe hospitalière a-t-elle évalué avec vous les besoins humains, matériels et financiers nécessaires au retour à domicile ?

Dans 67% des cas, les patients estiment que les besoins nécessaires au retour à domicile ont été évalués par l'équipe soignante et par l'assistante sociale du service.

c) Information sur les symptômes pouvant apparaître après la sortie

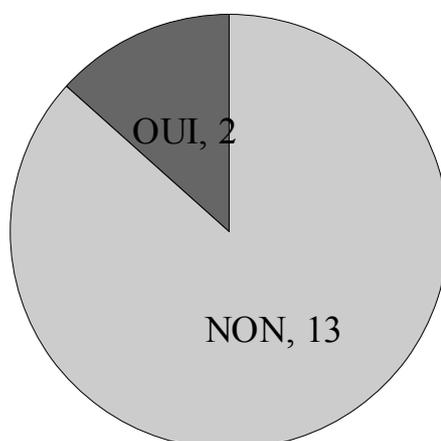


Figure 8 : Réponse à la question : Avez-vous été informé des symptômes prévisibles qui peuvent apparaître après la sortie?

Une grande majorité (87%) des patients estime ne pas avoir reçu d'information suffisante concernant les symptômes prévisibles pouvant apparaître à la sortie. Tous rapportent comme principal symptôme non décrit par anticipation l'asthénie.

d) Existence d'associations de malades AVC

A la question : Avez-vous été informé de l'existence d'associations de malades ? Les 15 patients ont répondu qu'ils n'avaient reçu aucune information.

e) Élaboration du projet de retour à domicile

A la question : Le projet de retour à domicile a-t-il été élaboré en accord avec vous et votre famille ? Les 15 patients ont répondu oui.

f) Présence de difficultés lors du retour à domicile

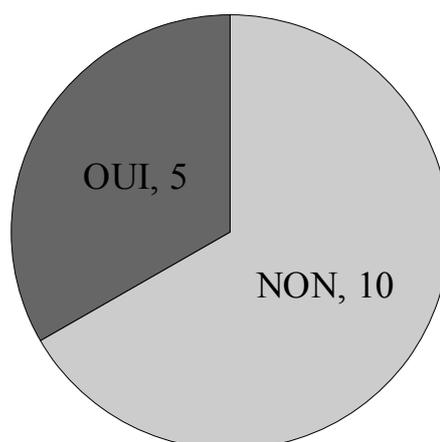


Figure 9 : Réponse à la question : Avez-vous rencontré des difficultés lors du retour à domicile ?

Soixante-sept pour cent des patients n'ont pas rencontré de difficultés lors du retour à la maison. Pour ceux ayant rencontré des difficultés, il s'agit d'une asthénie et d'une fatigabilité importante, limitant la reprise des activités antérieures.

g) Préparation du retour à domicile

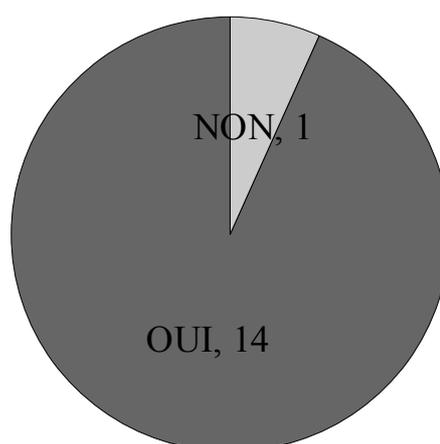


Figure 10 : Réponse à la question : Le retour à domicile a-t-il été suffisamment préparé et organisé selon vous ?

Quatre-vingt-treize pour cent des patients interrogés estiment que le retour à domicile a été suffisamment préparé et organisé.

3. Le suivi

a) Remise du memento pédagogique

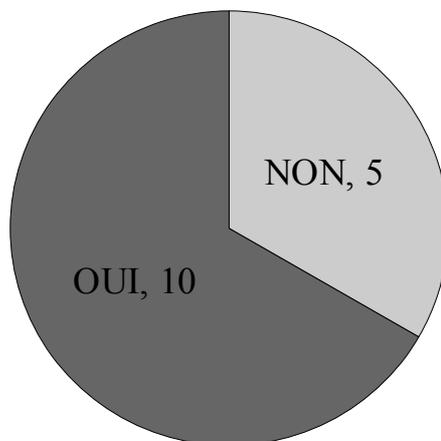


Figure 11 : Réponse à la question : Vous a-t-on remis le memento pédagogique ?

Trente-trois pour cent des patients déclarent ne pas avoir reçu le memento pédagogique.

b) Consultation de suivi

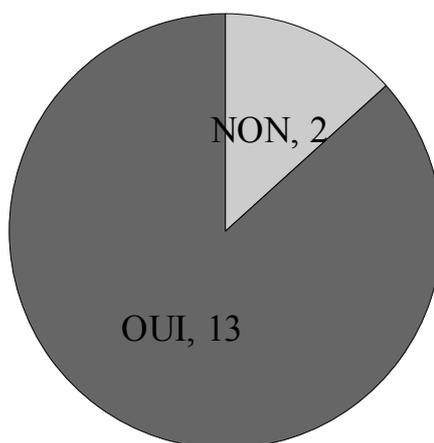


Figure 12 : Réponse à la question : Une consultation de suivi à un mois était-elle prévue ?

Quatre-vingt-sept pour cent des patients qui rentrent à domicile sont revus en consultation post-AVC à un mois par le médecin qui les a pris en charge dans le service.

c) Consultation avec le médecin traitant

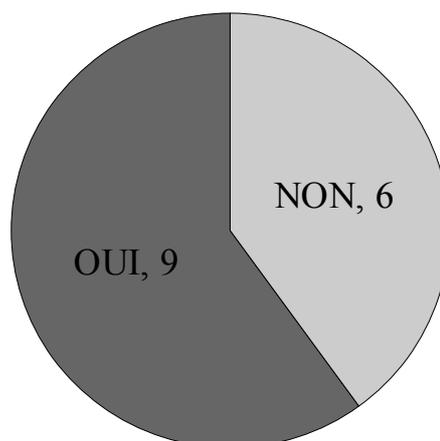


Figure 13 : Réponse à la question : Avez-vous consulté rapidement votre médecin traitant après la sortie ?

Soixante pour cent des patients déclarent avoir consulté rapidement leur médecin traitant après la sortie d'hospitalisation.

C. LE VOLET MEDECIN

1) Information de l'hospitalisation

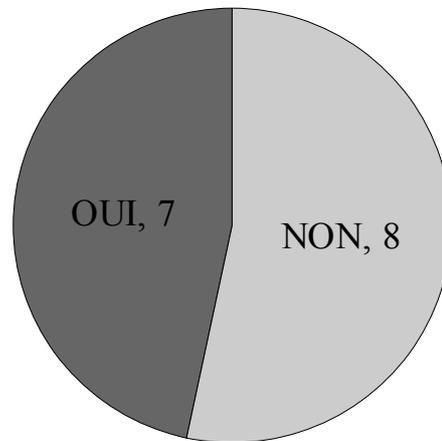


Figure 14 : Réponse à la question: Avez-vous été informé de l'hospitalisation de votre patient ?

Le médecin traitant est prévenu de l'hospitalisation de son patient moins d'une fois sur deux (47%).

2) Information de la date de sortie

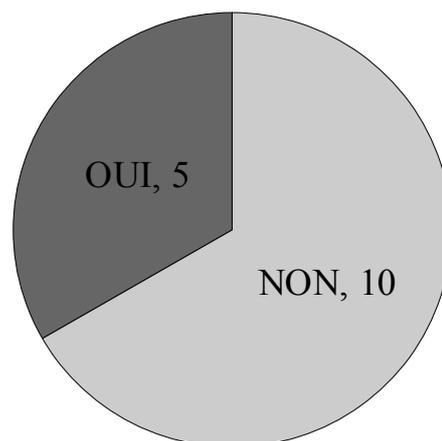
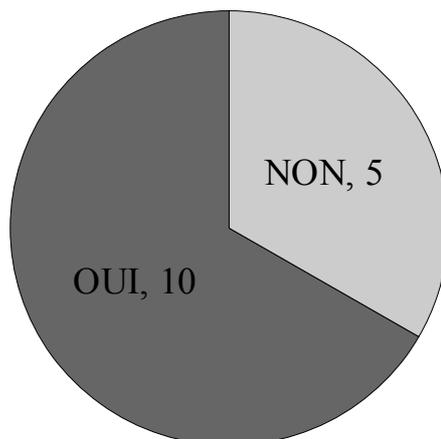


Figure 15 : Réponse à la question : Avez-vous été prévenu de la date de sortie de votre patient ?

Le médecin traitant n'est prévenu de la sortie de son patient qu'une fois sur trois.

3) Accès au mémento



**Figure 16 : Réponse à la question :
Votre patient vous a-t-il remis le mémento pédagogique ?**

Soixante-sept pour cent des médecins ont eu accès au mémento pédagogique.

Les dix médecins qui ont reçu le mémento estiment qu'il contient les informations nécessaires permettant d'assurer la continuité des soins.

4) Coordination avec les professionnels de santé intervenant au domicile ou avec l'équipe hospitalière

A la question : Avez-vous rencontré des difficultés de coordination avec les professionnels de santé intervenant au domicile ou avec l'équipe hospitalière ? Les 15 médecins interrogés ont répondu non.

5) Difficultés concernant la prise en charge sociale

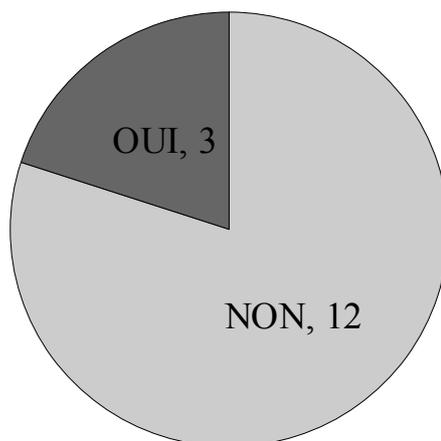


Figure 17 : Réponse à la question : Avez-vous rencontré des difficultés concernant la prise en charge sociale ?

Quatre-vingt pour cent des médecins traitants n'ont pas eu à gérer des difficultés d'ordre social lors du retour à domicile de leur patient.

6) Délai d'envoi du compte-rendu d'hospitalisation définitif

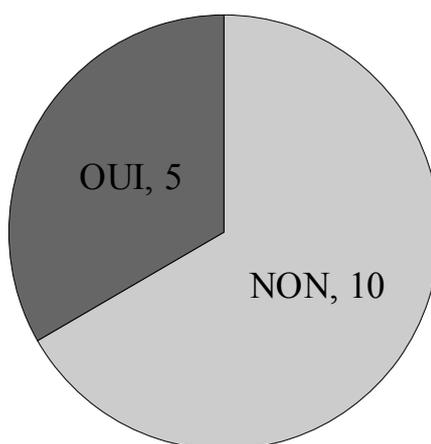


Figure 18 : Réponse à la question : Avez-vous reçu le compte-rendu d'hospitalisation définitif dans les huit jours suivant la sortie ?

Le médecin traitant reçoit le CRH définitif dans la semaine suivant la sortie du patient dans seulement 33% des cas.

7) Demande d'Affection de Longue Durée

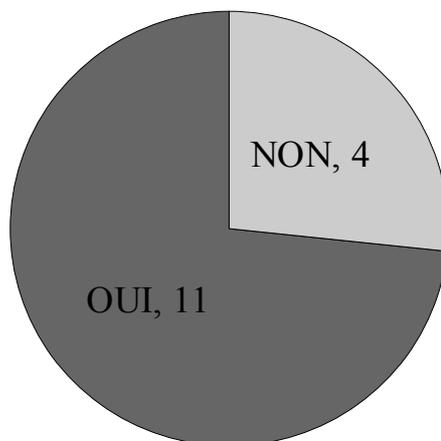


Figure 19 : Réponse à la question : Avez-vous réalisé la demande d'ALD ?

Vingt-sept pour cent des médecins n'ont pas effectué la demande d'ALD.

8) Organisation du retour à domicile

A la question : Le retour à domicile a-t-il été suffisamment préparé et organisé selon vous ?
Les 15 médecins ont répondu oui.

3. DISCUSSION

1. Sujet

Le retour à domicile des patients hospitalisés pour un AVC est considéré comme problématique dans le rapport ministériel de 2009 (1). Toutes les difficultés entourant la sortie et le retour à domicile du patient peuvent aboutir soit à des impossibilités de sortie du monde hospitalier, soit à des situations individuelles et familiales difficiles au quotidien, soit à des complications médico-sociales imposant une ré-hospitalisation dans des conditions aggravées. Dans le plan AVC 2010-2014 (2), il est établi que tout progrès réalisé pour cette étape entraînerait une amélioration de l'efficacité de l'ensemble de la chaîne. Les principaux efforts d'organisation et de mobilisation des moyens doivent porter entre autres sur le retour à domicile, qui conditionne la fluidité de la filière.

L'objectif principal de ce travail est l'étude du retour à domicile des patients hospitalisés dans l'UNP du CHCL, créée fin 2011. L'évaluation des pratiques de prise en charge de l'AVC en amont du retour à domicile, a déjà fait l'objet d'une étude en 2012, sous la forme d'un travail de thèse (3).

L'originalité de ce travail réside dans le choix de recueil des informations auprès du patient dans son cadre de vie. Pour apprécier le retour à domicile, il nous a paru en effet pertinent de nous approcher de la "vraie vie" et d'éviter l'écueil du stress du patient en milieu hospitalier. La forme d'interview a également permis un recueil exhaustif des impressions, parfois brut mais toujours sincère, pour s'affranchir du caractère restrictif de réponses écrites à un questionnaire. Il s'agit en outre d'une thèse de médecine générale réalisée à partir d'une population de patients hospitalisée à la phase aiguë, et ce parti pris visait à appréhender le lien ville-hôpital à travers un point de vue différent d'un abord limité au périmètre de l'institution hospitalière. Nous n'avons pas retrouvé d'étude basée sur ce mode de recueil de données dans la littérature.

2. Résultats

Notre travail a donc inclus quinze patients victimes d'un AVC ischémique ou d'un hématome cérébral non traumatique, hospitalisés dans le service de MIP entre décembre 2011 et mai 2012.

Cet échantillon peut être considéré comme représentatif des patients pris en charge pour un AVC en MIP. Tout d'abord parce que notre population est comparable à celle de l'étude réalisée en 2012 (3), qui incluait les patients hospitalisés pour les mêmes pathologies neuro-vasculaires pendant la même période et dans ce même établissement. Les caractéristiques démographiques de ces deux populations sont identiques, en dehors du déficit moteur préalable.

Les séquelles présentées après l'AVC dans notre population ne diffèrent pas de celles de la population de référence.

La moyenne d'âge de notre population est moins élevée que celle de référence (74,8 versus 78 ans, différence n'atteignant pas le seuil de significativité) mais est plus proche de celle de 73 ans retrouvée lors du rapport ministériel de 2009 concernant la prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France (1). En France, un quart des AVC surviennent chez des personnes de moins de 65 ans, la moitié chez des personnes de 65 à 84 ans et le dernier quart concerne des personnes de plus de 85 ans. Les types d'AVC de notre étude sont conformes aux chiffres de référence, tout comme ils le sont avec les données du rapport ministériel. La durée moyenne de séjour est de 11,5 jours, comparable à celle de 11,8 jours retrouvée dans ce même rapport.

● L'organisation du retour à domicile

Les patients s'avèrent majoritairement satisfaits de la préparation du retour à domicile par l'équipe hospitalière de l'UNP. Pour tous, le projet de sortie a été élaboré avec leur accord et celui de leur famille. Quelques points restent cependant à améliorer.

Dans 33% des cas, l'équipe hospitalière n'a pas évalué de façon satisfaisante pour les patients les besoins humains, matériels et financiers nécessaires au retour à domicile. Il existe également un manque d'information des patients concernant les acteurs et services qui peuvent intervenir à domicile tels que le portage des repas, la téléalarme, les aides à domicile...

Trente-trois pour cent des patients rapportent des difficultés lors du retour à domicile. La fatigue est l'une des plaintes principales des patients après un AVC. Dans notre étude, l'ensemble (87%) des patients estime ne pas avoir été informé des symptômes qui peuvent apparaître à la sortie. Pourtant 39 à 72% des personnes ayant fait un AVC se plaignent d'une fatigue anormale (16). Le patient et son entourage doivent en être informés afin de limiter l'effet déstabilisant observé par les proches lorsqu'ils retrouvent lors du retour à domicile une personne différente de celle qu'ils ont connue avant l'AVC.

Aucun patient n'a été informé de l'existence d'associations de malades. Dans une étude britannique de 2006 (17), seuls 26% des patients ont déclaré avoir reçu des informations concernant les associations de patients. Ces associations apportent une aide précieuse pour les professionnels de santé car elles se positionnent le plus souvent comme des relais d'information apportant aux patients et à leurs proches une autre vision de leur maladie. Elles participent à la diffusion des informations et peuvent également procurer un soutien moral aux patients et à leur famille. Elles permettent de rencontrer d'autres personnes atteintes de la même pathologie. Elles contribuent également à la recherche par le biais de la récolte de dons. Il semble nécessaire que les soignants connaissent ces associations afin d'en informer les patients. Une antenne départementale de France AVC va ainsi se mettre en place prochainement en Vendée.

L'absence d'une antenne départementale au moment de l'étude, pour des patients âgés résidant sur la côte vendéenne, éloignés du département voisin de la Loire Atlantique, explique en partie l'absence de transmission de cette information à nos patients.

On ne peut étudier le retour à domicile sans évaluer le critère essentiel du taux de réadmission. L'examen des données des dossiers informatisés des patients du CHD et du CHCL révèle qu'un seul patient a été réadmis dans les trois mois suivant sa sortie. Le motif d'hospitalisation est une anémie dans un contexte de surdosage en AVK introduit dans les suites de l'AVC.

● L'éducation thérapeutique

Les connaissances relatives à l'AVC chez les patients de notre étude, 6 mois après leur accident, sont relativement pauvres.

Les patients connaissent mal le diagnostic neuro-vasculaire posé puisque 40% des patients n'apportent que des éléments partiels de réponse, et que 60 % ne connaissent pas leur diagnostic précis. Dans une étude néerlandaise de 2007 (13), il a été demandé à des patients victimes d'un AVC ou d'un AIT de définir ce qu'est un AVC. Seuls 23% des patients interrogés ont donné une définition correcte et complète de l'AVC. La moitié identifie que la pathologie est localisée dans la tête ou le cerveau et 60% évoquent un problème local de circulation sanguine. Dans ce travail 27% des patients n'ont pas été capables de définir l'AVC.

Dans notre étude aucun patient n'a été capable de citer tous ses facteurs de risque (FDR) et 33% n'ont pu les citer que partiellement. Dans l'étude néerlandaise de 2007 (13), les connaissances sur les FDR sont satisfaisantes. Quatre-vingt-treize pour cent des patients identifient trois ou plus des FDR. L'HTA (91%), le tabagisme (86%) et l'obésité (88%) sont fréquemment cités. Il s'agissait de questions à choix multiples ce qui peut expliquer cette différence avec nos résultats, le libellé sous forme de questions ouvertes offrant moins de pistes pour les réponses. Dans une étude réalisée en Suisse (14) en 2006, sous forme de questions ouvertes, 65% des patients admettent qu'ils ne connaissent pas l'origine de leur AVC. Seuls 13% mentionnent spontanément au moins un facteur de risque. Cette étude montre également qu'une partie des patients est capable de reconnaître les FDR sans parvenir à intégrer ses propres FDR comme des causes potentielles de la survenue de leur AVC.

Les patients inclus dans notre étude connaissent mal l'indication et la surveillance de leur traitement. En effet 73% des patients n'ont acquis aucune connaissance. Un travail de thèse de 2011 rapporte des résultats similaires (20). Parmi les 200 patients âgés inclus, seuls 21,5% connaissent leur traitement de façon satisfaisante. Parmi les différents traitements de l'AVC, les anti-vitamines K (AVK) sont particulièrement à risque. Dans une enquête de l'AFSSAPS de 2004, réalisée dans des pharmacies d'officine, concernant uniquement les AVK, les résultats sont plus satisfaisants. Quarante-vingt-onze pour cent des patients connaissent l'indication de leur traitement (contre 52,9% dans un volet de la même étude mené en 2000). Quarante-vingt-seize pour cent des sujets connaissent la nécessité d'une surveillance biologique régulière. Pour 33,7% des patients les valeurs cibles de l'INR sont connues. Une étude suédoise de 2010 (22), rapporte que les patients prenant un AVK ou un antiagrégant plaquettaire devraient être mieux informés de l'effet préventif de ces traitements. En effet seulement 56,3% des patients sous AVK et 48,2% des patients sous antiagrégant plaquettaire ont intégré le fait que leur utilisation est préventive.

On peut faire le même constat pour ce qui concerne les signes cliniques d'AVC. Seuls 33% des patients de notre population ont été en mesure de citer un ou plusieurs signes d'AVC. Aucun patient n'a mentionné l'ensemble des signes et 67% n'ont cité aucun signe. Dans l'étude néerlandaise citée plus haut (13), 30% des patients interrogés ne reconnaissent aucun des signes cliniques. Parmi ceux qui connaissent les signes de l'AVC, 61% identifient la parésie, 25% l'aphasie, 18% le flou visuel et 5% la paralysie faciale.

Au vu de ces résultats un effort doit être réalisé pour communiquer ces informations au patient. En effet, il existe un risque de récurrence d'AVC de 30% à 43% à cinq ans (2). Une diminution du taux de récurrence passe par une bonne observance thérapeutique, qui dépend elle-même de la compréhension de la maladie et de son traitement. Ce manque de connaissance peut s'expliquer par le manque d'explications données au patient lors de son hospitalisation ou par les difficultés du patient à intégrer les informations reçues. Dans une étude britannique de 2001 (19), 40% des patients ne s'estiment pas satisfaits des informations qu'ils ont reçues au cours de leur séjour hospitalier, en dépit de leur satisfaction globale concernant l'ensemble des soins.

Actuellement il n'existe pas en UNP de programme d'éducation thérapeutique dédié au patient victime d'un AVC. Les informations sont délivrées au cours de l'hospitalisation et réitérées à l'occasion de la consultation de suivi à un mois avec la remise du memento pédagogique. Pourtant 90% des patients sortent du service avec des conseils de suivi et 71% avec des recommandations pour une surveillance biologique ambulatoire (3). La mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique représente un complément indispensable de la prise en charge des patients hospitalisés en UNP pour un AVC.

Il existe une filière d'éducation thérapeutique formalisée au CHD de la Roche sur Yon. Le programme éducatif débute durant l'hospitalisation et se poursuit après la sortie sous forme d'ateliers collectifs permettant la participation des proches. Ces séances sont réalisées par une infirmière du service, formée à l'éducation thérapeutique du patient victime d'un AVC, en utilisant différents supports et en sollicitant la participation active du patient. Une évaluation des connaissances est réalisée à l'issue de cette formation afin de définir si les objectifs sont atteints.

● Le memento

Il a été décidé de remettre un memento pédagogique à l'occasion de la consultation post AVC. Cinq patients (33%) déclarent ne pas avoir reçu le memento pédagogique. Cela peut être facilement expliqué pour deux d'entre eux qui ne sont pas présentés à la consultation de suivi. Ceux qui l'ont reçu l'ont tous transmis à leur médecin traitant. Tous les médecins estiment que le memento est complet et apporte les informations nécessaires au suivi du patient.

Au vu des résultats précédents, le memento se révèle insuffisant pour assurer la transmission d'information au patient. Il doit être considéré comme un support d'information pour le malade et son médecin traitant mais ne peut se substituer à la mise en place d'un véritable programme d'éducation thérapeutique. Une étude britannique de 2001 confirme que l'information ne peut se résumer à la mise à disposition d'un support écrit (19). Les patients de l'étude ont reçu une brochure d'information concernant l'étiologie des AVC, les FDR, les traitements, l'évolution de la maladie, les prestations et aides disponibles. Ils ont été interrogés une semaine après la remise de ce document. Il apparaît que l'acquisition des connaissances sur l'AVC ne s'avère améliorée qu'en ce qui concerne l'étiologie et les FDR. Cependant 35% des patients affirment qu'ils n'ont reçu aucune information.

Seuls 50% des participants à l'étude déclarent avoir trouvé la brochure utile. Ces brochures d'information sur l'AVC ne constituent donc pas une solution suffisante pour résoudre les difficultés de communication et permettre d'assimiler les messages délivrés.

● La consultation médicale de suivi

Quelle que soit la gravité de l'AVC ou des séquelles, une consultation médicale à distance doit être organisée (12). Cette consultation doit être prévue en lien avec l'équipe qui a pris en charge le malade précédemment, afin de réaliser le bilan de la situation du patient et de l'évolution des séquelles éventuelles. La quasi-totalité des patients de notre étude a fait l'objet d'une consultation médicale de suivi. Ces consultations sont recommandées par l'ANAES. Elles offrent de plus l'opportunité de réaliser des modifications thérapeutiques. Dans un travail de thèse effectué au sein de notre unité (3), cette consultation a entraîné une modification du traitement dans 50% des cas. Par ailleurs les patients semblent y adhérer puisque seuls deux d'entre eux ont annulé leur rendez-vous. Il est nécessaire d'en informer le patient dès la sortie d'hospitalisation, ainsi que son médecin traitant.

● Compte-rendu d'hospitalisation

Le compte-rendu d'hospitalisation constitue un élément essentiel du dossier médical. Il regroupe les principales informations recueillies durant l'hospitalisation, les thérapeutiques proposées et les éléments du suivi médical ultérieur. Il constitue de ce fait un important support de communication entre les médecins hospitaliers et les praticiens de ville. Le CRH établit des préconisations de prise en charge après la sortie afin d'assurer une bonne coordination « hôpital-ville ». Réglementairement (article R710-2-1 du code de la Santé Publique) ce courrier doit être envoyé dans un délai maximum de huit jours.

En 2011 un état des lieux des pratiques à l'échelon national situait à 48 % le taux de courriers de fin d'hospitalisation effectivement adressés dans le délai recommandé de huit jours (15). L'objectif de performance a été fixé à 80 % par l'HAS. Nos résultats sont inférieurs à la moyenne nationale, et se situent en deçà des objectifs, puisque seulement 33% des médecins

traitants ont reçu le CRH définitif dans le délai imparti. L'objectif fixé par l'HAS n'est pas accessible dans un établissement public hospitalier doté d'un nombre de secrétaire incompatible avec le respect de ce délai. Nous avons de façon pragmatique choisi d'adopter la solution d'un courrier provisoire manuscrit afin que le médecin dispose de l'essentiel des informations concernant le séjour hospitalier du patient. Ce moyen de communication a permis de valider les critères de l'HAS lors de l'examen des indicateurs IPAQSS réalisé dans l'unité. Le respect de ce délai est d'autant plus indispensable que la majorité des patients de notre étude déclare consulter rapidement leur médecin après la sortie de l'hôpital. Une revue systématique de la littérature de 2007 (18) rapporte que le CRH est en possession du médecin généraliste lors de la première visite ou consultation après la sortie de l'hôpital dans seulement 12% à 34% des cas. Ce pourcentage reste faible à un mois (51% à 77%). La qualité des soins est affectée dans 25% des consultations et contribue à l'insatisfaction des médecins généralistes.

● Communication avec le médecin traitant

La transmission des informations conditionne la continuité des soins et la qualité de la prise en charge après la sortie. Notre étude met en évidence un manque de communication important de la part de l'équipe hospitalière de l'UNP. Seuls 47% des médecins traitants sont informés de l'hospitalisation de leur patient et 33% de la sortie. La continuité des soins n'est donc pas assurée et cela peut contribuer à la survenue d'événements indésirables. Le projet de retour à domicile nécessite bien évidemment d'y associer le médecin traitant qui, par sa connaissance des situations individuelles, joue un rôle fondamental dans l'identification des besoins et dans la coordination des interventions à domicile. Plusieurs études ont montré que la transmission des informations du milieu hospitalier vers la médecine de ville n'était pas optimale. Une revue systématique de la littérature de 2007 (18) rapporte que la communication directe entre les médecins hospitaliers et les médecins généralistes se produit rarement (3% à 20%).

Les médecins ont rencontré peu de difficultés lors du retour à domicile de leur patient, tant au niveau social que pour la coordination avec les autres professionnels de santé. Cette faible fréquence de difficultés peut être expliquée par la présence de séquelles modérées dans la population de patients interrogés.

Vingt-sept pour cent des médecins généralistes n'ont pas effectué la demande de prise en charge en affection de longue durée (ALD). Ce chiffre pourrait être amélioré par le rappel systématique de la nécessité de demande d'ALD dans le CRH.

5. CONCLUSION

Ce travail présente l'originalité du mode de recueil des informations au domicile du patient. On retient que les patients et les médecins généralistes sont majoritairement satisfaits de l'organisation du retour à domicile par l'équipe hospitalière. Le projet de sortie est élaboré en accord avec le patient et sa famille. Aucun patient n'a été réadmis précocement ou mis en difficulté sociale majeure ni même identifié par les médecins généralistes comme fragilisé ou exposé à un risque.

Notre étude met cependant en évidence certaines insuffisances. Il existe un défaut de transmission d'information de la part de l'équipe hospitalière concernant les associations de malades, les acteurs et services qui peuvent intervenir à domicile ainsi que les symptômes qui peuvent apparaître après la sortie. L'asthénie est un symptôme invalidant insuffisamment identifié par une équipe inexpérimentée craignant avant tout le retentissement social du handicap.

Les connaissances du patient sur sa pathologie sont limitées, qu'il s'agisse du diagnostic, des facteurs de risque, du traitement et de sa surveillance ainsi que des signes cliniques évoquant une récurrence. La grande majorité des patients bénéficie d'une consultation de suivi à un mois par le médecin qui l'a pris en charge dans le service. C'est à cette occasion que le mémento pédagogique est remis au patient. Ce mémento apparaît comme un support d'information précieux pour le patient et son médecin traitant mais ne remplace pas la nécessité de mettre en place un véritable programme d'éducation thérapeutique.

Le lien « ville-hôpital » et la communication sur l'hospitalisation du patient nécessitent d'être améliorés. Majoritairement, les médecins généralistes ne sont pas informés de l'hospitalisation ni de la sortie de leur patient. Le délai de transmission du CRH est trop long. Un CRH provisoire manuscrit a été institué pour pallier l'insuffisance de moyens logistiques, et répondre aux critères de qualité requis.

Pour des raisons pragmatiques, les efforts ont été à ce jour centrés sur la phase initiale de la prise en charge de l'AVC. Il convient à présent de les déployer sur l'aval de la filière afin d'assurer le retour à domicile du patient dans les meilleures conditions possibles. Il faut notamment développer un programme d'éducation thérapeutique dédié au patient victime d'un AVC et renforcer le lien « ville-hôpital ».

ANNEXE 1

Questionnaire patient

1/ Pouvez-vous m'expliquer ce qu'est un accident vasculaire cérébral ?

2/ Quels sont vos facteurs de risque cardio-vasculaire ?

3/ Quelle est l'indication de vos nouveaux traitements ?

4/ Quelles sont les modalités de surveillance de vos nouveaux traitements ?

5/ Quels sont les signes cliniques évoquant une récurrence d'AVC (séquence FAST) ?

6/ Avez-vous été informé des différents acteurs et services pouvant intervenir à domicile (kinésithérapeute, infirmier, aide-soignant, aide à domicile, portage des repas, téléalarme...)?

Oui **Non**

7/ L'équipe hospitalière a-t-elle évalué avec vous les besoins humains, matériels et financiers nécessaires au retour à domicile ?

Oui **Non**

8/ Avez-vous été informé des symptômes prévisibles qui peuvent apparaître après la sortie (fatigue, insomnie...)?

Oui **Non**

9/ Avez-vous été informé de l'existence d'associations de malades ?

Oui **Non**

10/ Le projet de retour à domicile a-t-il été élaboré en accord avec vous et votre famille ?

Oui **Non**

11/ Avez-vous rencontré des difficultés lors du retour à domicile ?

Oui **Non**

12/ Le retour à domicile a-t-il été suffisamment préparé et organisé selon vous ?

Oui **Non**

13/ Vous a-t-on remis le memento pédagogique ?

Oui **Non**

14/ Une consultation de suivi à un mois était-elle prévue ?

Oui **Non**

15/ Avez-vous consulté rapidement votre médecin traitant après la sortie ?

Oui **Non**

ANNEXE 2

Questionnaire médecin

Je réalise actuellement ma thèse sur le retour à domicile des patients victimes d'un AVC. Suite à notre entretien téléphonique, veuillez trouver ci-joint un questionnaire concernant votre patient, né le, hospitalisé au mois de pour un AVC dans l'unité neurologique de proximité du Centre Hospitalier Côte de Lumière des Sables d'Olonne.

1/ Avez-vous été informé de l'hospitalisation de votre patient ?

Oui **Non**

2/ Avez-vous été prévenu de la date de sortie de votre patient ?

Oui **Non**

3/ Votre patient vous a-t-il remis le mémento pédagogique ?

Oui **Non**

4/ Si oui, contenait-il les informations nécessaires permettant d'assurer la continuité des soins ?

Oui **Non**

Si non expliquez :

5/ Avez-vous rencontré des difficultés de coordination avec les professionnels de santé intervenant au domicile ou avec l'équipe hospitalière?

Oui **Non**

Si oui expliquez :

6/ Avez-vous rencontré des difficultés concernant la prise en charge sociale ?

Oui **Non**

Si oui expliquez :

7/ Avez- vous reçu le compte-rendu d'hospitalisation définitif dans les huit jours suivant la sortie ?

Oui **Non**

8/ Avez-vous réalisé la demande d'ALD ?

Oui **Non**

9/ Le retour à domicile a-t-il été suffisamment préparé et organisé selon-vous ?

Oui **Non**

ANNEXE 3

Afin de mieux comprendre la démarche effectuée, voici présenté en annexe un exemple de l'analyse des réponses des patients à la question : « Quels sont les signes cliniques évoquant une récurrence d'AVC (séquence FAST) ? ». Les deux infirmières ont analysé séparément les réponses des quinze patients. Elles ont défini si l'objectif d'éducation thérapeutique était ACQUIS, PARTIELLEMENT ACQUIS ou NON ACQUIS. Pour cela elles se sont basées sur les signes de la séquence FAST. Elles ont réparti de façon concordante onze patients (neuf non acquis et deux partiellement acquis) pour l'item correspondant. Leurs réponses se sont avérées divergentes pour quatre des patients. Le discours de ces quatre patients a été réanalysé lors d'une réunion entre les deux infirmières et le Dr Leroux, afin de s'accorder sur une réponse.

La première patiente a répondu : « Je sais comment ça m'a pris, j'étais assise, j'avais un petit malaise et j'avais du mal à bouger mes doigts puis la jambe commençait à se prendre. Si je faisais les mêmes symptômes il me semble que j'appellerais. » Il a été conclu que l'objectif était non acquis.

Le deuxième patient a répondu : « Si je refais la même chose j'appellerai. Je ne pensais pas que ça pouvait être un AVC, comme ça que la vue qui baisse. Je ne me sentais de rien. Je n'avais mal nul part. Le fait de ne plus voir ne m'inquiétait pas alors que si j'avais eu mal à la tête je serais allé voir le médecin tout de suite. J'ai entendu parler par d'autres personnes que si on arrive plus à parler ça peut-être un AVC. C'est grave. Le bras et la jambe peuvent être pris aussi mais on ne connaît pas bien les signes. » Il a été décidé que l'objectif était partiellement acquis.

Le troisième patient a répondu : « Pas vraiment mais je me douterais si je pouvais plus bouger mon bras ou si j'avais la bouche de travers. » Il a été conclu que l'objectif était partiellement acquis.

Le quatrième patient a répondu : « Si on n'arrive pas à parler et ni à bouger ». Il a été décidé que l'objectif était partiellement acquis.

Au final, après analyse des entretiens par les trois intervenants, il est ressorti d'un accord commun que l'objectif était partiellement acquis pour trois d'entre eux et non acquis pour l'un.

ANNEXE 4

Mémento pédagogique remis aux patients au décours de la première consultation.

MOI et MON AVC : livret récapitulatif

- ✱ J'ai été victime d'un **Accident Vasculaire Cérébral** qui a causé une souffrance brutale de mon cerveau. On parle aussi « d'attaque ou congestion cérébrale ».
- ✱ Une artère s'est bouchée / rompue dans mon cerveau.

La **prévention** de la récurrence repose sur des modifications de mon mode de vie et le contrôle de mes facteurs de risque.

Pour protéger mes vaisseaux je prends le traitement suivant :

JE CONTRÔLE MES FACTEURS DE RISQUE

La tension artérielle :

Le traitement que je prends est le suivant :

- ⇒ Mon objectif est une tension artérielle **inférieure à 13 et 9**.
Je la fais contrôler régulièrement par mon médecin traitant.

Le diabète :

Ma glycémie était de g/L, lors de mon hospitalisation.

Je suis diabétique et je prends le traitement suivant :

- ⇒ Mon objectif est une hémoglobine glyquée **inférieure à 7%**.
Je la contrôle tous les 3 mois.

Je ne suis pas diabétique : je surveille ma glycémie plusieurs fois par an.

Le cholestérol :

Mon « mauvais Cholestérol » ou LDL cholestérol était de g/L, lors de mon hospitalisation.

Je prends donc le traitement suivant :

⇒ Mon objectif est un LDL **inférieur à 1g/l** sur les bilans que je réalise 3 fois par an.

Le tabac :

- Je ne fume pas et incite mon entourage à faire de même.
- Si je fume , mon objectif est de **stopper** pour limiter le risque de récurrence.

L'alcool :

Je réduis ma consommation d'alcool à un verre de vin par jour.

Le poids :

Mon poids de sortie de l'hôpital est de Kg.

⇒ Mon objectif est un rapport : poids / taille² **inférieur à 25**.

JE MODIFIE MON MODE DE VIE

Les conseils diététiques :

Je suis maintenant une personne à risque élevé de récurrence d'accident vasculaire, je fais donc attention en réduisant de manière importante la part d'aliments gras de mon alimentation et en augmentant la part de légumes.

Je peux rencontrer une diététicienne, si je le souhaite.

L'exercice physique :

Mon objectif est de pratiquer une activité physique régulière.

Par exemple, je marche dès que possible et à mon rythme, tous les jours si je le peux.

JE COMPOSE VITE LE 15 : L'AVC EST UNE URGENCE

- ⌚ SI MA **BOUCHE** EST DEVIEE
- ⌚ SI UN DE MES **MEMBRES** BOUGE MAL
- ⌚ SI J'AI DU MAL A **PARLER**

JE FAIS LE 15

RECAPITULATIF DES EXAMENS A VENIR

- Ma **glycémie** veineuse à jeûn doit être surveillée 3 à 4 fois par an.
- Si je suis diabétique, je contrôle mon hémoglobine glyquée 3 à 4 fois par an.
- Je surveille mon **cholestérol** 3 à 4 fois par an.
- Si je suis sous AVK mon **INR** doit être surveillé régulièrement.
- Une consultation chez le **cardiologue** avec réalisation d'un ECG de repos est à prévoir tous les ans.
- Un Écho-Doppler **des vaisseaux du cou** est à faire dans un an puis tous les deux ans.
- Une **échographie de l'aorte abdominale** ainsi qu'un **échodoppler des artères des membres inférieurs** devront être réalisés pour vérifier les autres vaisseaux.
- D'autres examens** pourront être réalisés en cas de complications ou pour surveiller l'efficacité et la tolérance des traitements.

A la suite de mon AVC, je dois me présenter devant la **COMMISSION MEDICALE DU PERMIS DE CONDUIRE**, avant de reprendre la conduite automobile.

Nom :	Prénom :												Année :
	Déc	Janv	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	
Glycémie ou HbA1C				X			X			X			X
LDL Cholestérol				X			X			X			X
Consultation Cardiologue							X						
Doppler vaisseaux du cou													X
Échographie aorte abdominale								X					
Echo-doppler artères membres inférieurs								X					
Médecin traitant	X	X	X	X		X						X	
UNP		X											

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Fery-Lemonnier E. La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France : synthèse du rapport à Madame la ministre de la santé et des sports.
Report No : ISR SAN-DHOS/RE-09-2-FR. 2009, 209p.
2. Ministère de la santé et des sports, Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Plan d'actions national « accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 ». 2010.
Consultable à l'URL :
<http://www.sante.gouv.fr/accident-vasculaire-cerebral-avc.html>.
3. Tricone S. Impact de la création d'une unité neurologique de proximité sur la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux : Étude de pratique avant et après. [Thèse d'exercice, DES de médecine générale]. Nantes. 2012, 49p.
4. ANAES. Retour au domicile des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral. Stratégies et organisation. Service des recommandations professionnelles. 2003.
5. ANAES. Préparation de la sortie du patient hospitalisé. Service évaluation des pratiques. 2001.
6. ANAES et SOFMER. Conférence de consensus. Sortie du monde hospitalier et retour à domicile d'une personne adulte handicapée sur les plans moteur et/ou neuropsychologique. 29 septembre 2004.
7. Fédération Alter. Région Franche-comté. Guide pour le retour à domicile du malade en soins palliatifs. V.4. 2009.
8. HAS. Ensemble améliorons les pratiques de prise en charge de l'Accident Vasculaire Cérébral. Bilan 2010.

9. Orientation des patients atteints d'AVC. In : Sofmer-SFNV-SFSGG. Conférence d'experts avec audition publique. 2008. 19p.
10. Éléments pour l'élaboration d'un programme d'éducation thérapeutique spécifique au patient après AVC. In : Sofmer-SFNV. 31 mars 2011.
11. HAS. Éducation thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation. Recommandations. 2007.
12. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé.
Circulaire N°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 (AVC). 2012.
13. Maasland L, Koudstaal PJ, Habbema JD, Dippel DW. Knowledge and understanding of disease process, risk factors and treatment modalities in patients with a recent TIA or minor ischemic stroke. *Cerebrovasc Dis.* 2007 ; 23 : 435-440.
14. Croquelois A, Bogousslavsky J. Risk awareness and knowledge of patients with stroke : results of a questionnaire survey 3 months after stroke. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2006 ; 77 : 726-728.
15. Projet de loi de financement de la Sécurité Sociale-PLFSS. Annexe 1. Programme de qualité et d'efficience « maladie » : 106-107.
16. F Colle, I Bonan, M-C Gellez Leman, N Bradai, A Yelnik. Fatigue après accident vasculaire cérébral. *Ann Readapt Med Phys.* 2006 ; 49 : 272-276.
17. Healthcare Commission. Survey of patients 2006. Caring for people after they have had a stroke. A follow-up survey of patients.

18. S Kripalani, F Lefevre, CO Phillips, MV Williams, P Basaviah, DW Baker. Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians. JAMA. 2007 ; 297 : 831-841.
19. H Rodgers, S Bond, R Curless. Inadequacies in the provision of information to stroke patients and their families. Age and Ageing. 2001 ; 30 : 129-133.
20. Bouvy G. Critères influençant la connaissance des traitements chez les sujets âgés : étude prospective chez 200 patients. Rouen. 2012, 93p.
21. AFSSAPS. Modalités de prescription des anticoagulants et connaissance des patients de leur traitement. Janvier 2004.
22. A Sloma, LG Backlund, LE Strender, Y Skånér. Knowledge of stroke risk factors among primary care patients with previous stroke or TIA : a questionnaire study. BMC Fam Pract. 2010 ; 11 : 47.

NOM : VIAUD

PRENOM : Adeline

Titre de Thèse :

Évaluation du retour à domicile de patients hospitalisés dans une unité neurologique de proximité pour un accident vasculaire cérébral.

RESUME

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est une priorité nationale de santé publique. Le retour à domicile des patients hospitalisés pour un AVC est considéré comme problématique dans le rapport ministériel de 2009. L'objectif de cette étude est d'évaluer les pratiques actuelles d'organisation du retour à domicile des patients victimes d'un AVC hospitalisés dans l'unité neurologique de proximité du Centre Hospitalier Côte de Lumière, créée fin 2011. Son originalité réside dans le mode de recueil des informations auprès des patients, réalisé à leur domicile, sous forme d'interview.

Les patients et leurs médecins traitants s'avèrent majoritairement satisfaits de l'organisation du retour à domicile par l'équipe hospitalière (respectivement 93% et 100%). Notre étude témoigne cependant de certaines insuffisances. Les connaissances du patient sur sa pathologie sont faibles. L'examen des objectifs d'éducation thérapeutique concernant le diagnostic, les facteurs de risque, le traitement et sa surveillance ainsi que les signes cliniques évoquant une récurrence n'est considéré comme acquis pour aucun des patients. La communication avec les médecins généralistes nécessite d'être améliorée. Seuls 47% des médecins sont informés de l'hospitalisation du patient et 33% sont informés de sa sortie. Seulement un médecin sur trois reçoit le compte-rendu d'hospitalisation dans le délai imparti de huit jours.

Jusqu'à présent les efforts ont été centrés sur la phase initiale de la prise en charge de l'AVC. Il convient à présent de les déployer sur l'aval de la filière afin d'assurer le retour à domicile du patient dans les meilleures conditions possibles. Il faut notamment développer un programme d'éducation thérapeutique dédié au patient victime d'un AVC et renforcer le lien « ville-hôpital ».

MOTS-CLES

Accident vasculaire cérébral, Centre Hospitalier Côte de Lumière, éducation thérapeutique, médecin généraliste, retour à domicile, unité neurologique de proximité.