

Abstract – Groupe n°7

## **Étude de l'approche multidisciplinaire dans la prise en charge post attaque vasculaire cérébrale chez le sujet âgé**

Mélanie Freiermuth, Jessica Freitas Pereira, Charlotte Houedanou, Estelle Lugon, Claire Perriard

### *Introduction*

L'accident vasculaire cérébral (AVC) touche en Suisse plus de 16'000 personnes par an (1). Cette pathologie est la cause la plus fréquente de handicap (2) chez l'adulte et concerne essentiellement les personnes âgées de plus de 65 ans (1). Parmi tous les cas d'AVC, le quart d'entre eux décède, un autre quart reste sans séquelle et la moitié restante garde des séquelles provisoires ou permanentes.

Après un AVC accompagné de séquelles, un patient peut emprunter différentes voies pour sa phase post-aigue. En effet, il peut séjourner en centre de traitement et de réadaptation (CTR) général ou spécialisé en neuroréhabilitation, aller directement en établissement médico-social (EMS) ou encore rentrer à domicile si les conditions le permettent. Un tel événement a un impact non négligeable sur le cours de vie du patient, d'autant plus lorsque ce dernier est âgé de plus de 65 ans (âge AVS<sup>1</sup>), avec des conditions de vie et de récupération qui ne sont pas toujours optimales. Lorsque ce retour à domicile est envisageable, il est important d'assurer un suivi adéquat de la réadaptation et de l'évolution du patient pour ne pas le perdre de vue. De multiples corps de métier interviennent dans le suivi du patient rentrant à son domicile après une attaque cérébrale. Il semble relevant d'étudier le fonctionnement du réseau mis en place dans le canton de Vaud pour ces patients et d'en étudier la collaboration entre les divers intervenants. A partir de cela, nous nous sommes posé la question : *quels sont les éléments à considérer pour mettre en place un réseau de soin post AVC chez le sujet âgé de plus de 65 ans ?*

Nos objectifs ont été : (i) identifier les besoins en termes de soutien et de structure nécessaires pour le patient, (ii) identifier et décrire le fonctionnement du réseau multidisciplinaire, (iii) investiguer quels sont les barrières et facilitateurs de cette prise en charge.

### *Méthodologie*

Nous avons effectué des recherches de littérature pour identifier l'impact de l'AVC sur la population âgée de plus de 65 ans ainsi que les éléments d'une bonne prise en charge lors d'un retour à domicile. Nous avons également effectué et enregistré treize entretiens semi-dirigés en binômes avec les divers intervenants du réseau. Ces derniers sont : un ergothérapeute, une logopédiste, un physiothérapeute, un médecin généraliste, un médecin spécialisé en neuroréhabilitation, l'association Fragile<sup>2</sup>, l'association Espace Proches<sup>3</sup>, un centre médico-social (CMS), le bureau d'information et d'orientation (BRIO), READOM<sup>4</sup>, l'assurance Groupe Mutuel, l'AVS et une éducatrice thérapeutique pour les AVC. Ces entretiens ont été menés selon une grille d'entretiens préétablies, puis retranscrits. Nous avons ensuite extrait et, finalement, synthétisé les informations les plus pertinentes.

### *Résultats*

Au travers de nos entretiens, nous avons pu mettre en évidence des barrières et des facilitateurs communs ainsi que divergents. En ce qui concerne les barrières communes, nous avons pu constater un problème au niveau de la transmission de l'information pour l'essentiel de nos interlocuteurs. Cette dernière est présente mais doit être recherchée activement par les prestataires de soins, ce qui amène à une perte de temps considérable. Un autre problème relevé est le cloisonnement interinstitutionnel.

---

<sup>1</sup>Assurance vieillesse et survivant

<sup>2</sup>Association Suisse pour les personnes cérébro-lésées et leurs proches

<sup>3</sup>Centre d'informations et de soutien pour les proches et les proches aidants

<sup>4</sup>CMS spécialisé dans la réadaptation à domicile

En effet, chaque acteur a ses propres spécificités et difficultés mais ne prend pas forcément en compte celles des autres intervenants. Ceci amène à une errance thérapeutique, - « il y a énormément de patients perdus dans ce labyrinthe » - et ne favorise pas la coordination du système de soins. Nos principaux interlocuteurs relèvent fréquemment une méconnaissance de la part du médecin, en ce qui concerne le champ d'actions des différents intervenants ainsi que leurs spécificités. Ils mentionnent aussi un manque de connaissance du médecin envers leurs patients, notamment de leur vie quotidienne à domicile. Un autre problème évoqué est le manque de temps des médecins pour répondre à leurs différentes obligations. Les diverses associations rencontrées font toutes les mêmes constats ; les patients rencontrent des difficultés à assimiler toutes les informations qui leur sont données et n'ont pas assez connaissance de toutes les prestations auxquelles ils ont droit. Le cadre légal est également décrit comme problématique. Par exemple, la liste des moyens auxiliaires proposés en âge AVS est réduite de façon drastique par rapport à celle en âge AI<sup>5</sup> ou encore l'absence de remboursement pour les soins indirects<sup>6</sup>. Selon la plupart des intervenants, le contexte socio-économique a un impact sur la réhabilitation des patients. Cependant, la qualité des soins reste inchangée.

Au niveau des facilitateurs, la proximité et les affinités entre les intervenants sont décrites par ces derniers comme éléments positifs dans la prise en charge des patients. Il en ressort également une envie commune de renforcer une prise en charge centrée sur le patient. La plupart des intervenants soulignent un réel potentiel dans le développement d'un réseau plus spécialisé, notamment grâce à la qualité des moyens à disposition. « Je remarque vraiment une volonté d'améliorer les choses ».

La principale disparité constatée réside dans la communication. En effet, à la différence des autres intervenants, le médecin, le CMS et READOM décrivent la communication comme adéquate. Selon la majorité des intervenants, le médecin est perçu comme le leader du réseau. Cependant, ce dernier ne se décrit pas en tant que tel mais reprend son rôle de médecin traitant suite à un AVC.

### *Discussion*

Les principales barrières rencontrées sont : la transmission de l'information, le cloisonnement interinstitutionnel, le manque de connaissance du médecin vis-à-vis de ses patients et des différents intervenants ainsi que leur manque de temps, la surabondance d'informations, le manque de promotion des prestations, le cadre légal et le statut socio-économique. Les facilitateurs mis en évidence sont la proximité, l'affinité, la prise en charge patient-centrée et la volonté d'amélioration des membres du réseau. La principale disparité constatée est la communication. L'analyse de nos entretiens permet également de mettre en évidence des différences au niveau de la prise en charge et des informations données au patient selon son itinéraire de soins, plus précisément son institution de sortie. Cela souligne un besoin évident de procédures standardisées de prise en charge et de suivi.

Nos résultats sont proches de ceux publiés dans la littérature (3) et, un aspect qui en ressort très fréquemment, est la politique de maintien à domicile du canton de Vaud. Cette dernière est très efficace tant au niveau des coûts que du taux d'institutionnalisation. La littérature décrit également une prise en charge encore trop hospitalo-centrée ainsi que le développement important de prestations variées<sup>7</sup>.

Nous nous sommes entretenues avec un seul représentant du corps de métier correspondant. Un biais est alors inévitable dans la transmission de l'information et la perception du réseau de soins.

Une solution serait le développement de case manager pour chaque patient. Il permettrait de gérer la transmission de l'information entre les intervenants et coordonnerait ainsi le réseau. Il est essentiel dans tous les cas de connaître les barrières afin de les surmonter, ainsi que les potentiels pour les renforcer.

### *Références*

1. <http://www.fragile.ch/fr/lesions-cerebrales/causes/attaque-cerebralevc/avc-faits-et-chiffres/>
2. Bossy R, Rapin P-A. Quel itinéraire de neuroréhabilitation pour les patients victimes d'un AVC ou d'un TCC ? RMS n°293 ; volume 7 941-943 ; 2011.
3. Rapport du comité d'experts. Politique cantonale vieillissement et santé. Janvier 2012.

---

<sup>5</sup>Assurance invalidité, pour les moins de 65 ans

<sup>6</sup>Rapports, tests d'évaluation, justifications aux assurances

<sup>7</sup>Unités d'accueil temporaire (UAT), BRIO, différentes associations

# Etude de l'approche multidisciplinaire dans la prise en charge post attaque cérébrale chez le sujet âgé

Mélanie Freiermuth, Jessica Freitas Pereira, Charlotte Houedanou, Estelle Lugon, Claire Perriard

## Introduction

L'AVC touche en Suisse plus de 16'000 nouveaux individus par an (1). Il atteint majoritairement la personne âgée.

Les séquelles l'accompagnant peuvent avoir un impact important sur le retour à domicile. Ce dernier est largement favorisé dans le canton de Vaud.

La collaboration entre les différents intervenants est donc essentielle. C'est pourquoi il paraît relevant de s'intéresser à ce système de soins mis en place.

## Objectifs

- Identifier les besoins en termes de soutien et de structure nécessaires.
- Décrire le fonctionnement du réseau multidisciplinaire
- Investiguer les barrières et facilitateurs de cette prise en charge

## Méthodologie

- Recherche de littérature
- 13 entretiens semi-structurés et enregistrés d'intervenants à domicile et d'associations en duo d'étudiants.
- Retranscription des entretiens et analyse qualitative des résultats

## Barrières

Cloisonnement interprofessionnel

Manque de communication et délais trop importants

Surabondance d'informations reçues par le patient lors du retour à domicile

Cadre légal:  
« Les moyens auxiliaires en âge AVS sont drastiquement réduits. »  
Assurances

Manque de connaissance du médecin traitant vis-à-vis de ses patients et des divers intervenants par manque de temps.

Absence d'un coordinateur central → perte d'information

« il y a énormément de patients perdus dans ce labyrinthe »  
BRIO

« Certains patients échappent aux infirmières de liaison, et donc sont comme lâchés dans la nature à leur sortie de l'hôpital. »  
Fragile

Présence d'associations pour le soutien du patient et des proches

Politique du canton de Vaud promeut le maintien à domicile

Proximité des intervenants autour du patient

« Ce serait parfait que tous les cérébro-lésés aient un 'case manager'... quelqu'un qui a une formation pour gérer les dossiers complexes... »  
Fragile

Prise en charge recentrée sur le patient

« Je remarque vraiment une volonté d'améliorer les choses »  
Physiothérapeute

## Discussion

Nos résultats sont proches de ceux de la littérature (2).

Nous avons relevé que le système de soin mis en place lors du retour à domicile d'un patient avec un AVC est complexe et surtout non-spécifique. En effet, il existe différentes voies de prise en charge possible à la sortie de l'hôpital.

Selon nos résultats, il s'avère que le manque de communication entre les intervenants est un des points capital à relever. Pour y remédier, il nous paraîtrait nécessaire d'introduire un case manager pour chaque individu ayant subi un AVC avec séquelles et rentrant à domicile. Celui-ci aurait la tâche de gérer la transmission d'informations entre les intervenants et coordonnerait ainsi le réseau.

## Références

- (1) <http://www.fragile.ch/fr/lesions-cerebrales/causes/attaque-cerebraleavc/avc-faits-et-chiffres/>
- (2) Rapport du comité d'experts. Politique cantonale vieillissement et santé. Janvier 2012.

Facilitateurs