

Parcours de soins en MPR « le patient après AVC »

Groupe SOFMER-FEDMER

Le présent document fait partie des documents élaborés par la Société Française (SOFMER) et la Fédération Française de Médecine Physique et de Réadaptation (FEDMER) dont l'objectif est d'apporter des arguments dans les discussions concernant la future tarification à l'activité en structures de Soins de Suite et de Réadaptation (SRR), en proposant d'autres modes d'approche, complémentaires de la tarification à l'acte. Ces documents appelés « parcours » décrivent globalement : les besoins des patients par typologies, les objectifs d'un parcours de soins en MPR et proposent les moyens humains et matériels à mettre en œuvre. Ils sont volontairement courts pour être aisément lus et utilisables.

Pour autant le Parcours de Soins n'est pas qu'un simple outil pouvant être utile à la tarification, il est bien plus que cela : il participe à définir le véritable contenu des champs de compétence de notre spécialité. Pour chaque pathologie abordée, les patients sont d'abord groupés en grandes catégories selon la sévérité de leurs déficiences, puis chaque catégorie est déclinée selon la Classification Internationale du Fonctionnement, en fonction de différents paramètres personnels ou environnementaux susceptibles d'influencer la réalisation du parcours de base «optimum».

Pour les AVC, il avait été envisagé de partir des typologies PMSI des AVC en secteur aigu mais les 4 grandes catégories de gravité qui sont effectuées à partir de chaque Groupe Homogène de Malades ne semblent pas correspondre à des catégories de gravité pertinentes en MPR et, surtout, le classement des patients dans ces catégories PMSI est réalisé à posteriori et n'est pas basé, aux yeux mêmes des médecins DIM, sur des critères précis.

Nous proposons 4 parcours de soins différents pour les patients atteints d'AVC. Ceux-ci tiennent compte de la sévérité des déficiences, du pronostic fonctionnel et des facteurs contextuels selon le modèle de la Classification Internationale du Fonctionnement :

- *Catégorie 1* : une seule déficience, autonomie de marche, pas de besoin d'évaluation écologique : paralysie d'un bras (déficit moteur brachio-facial), trouble du langage isolé sans trouble de compréhension (aphasie motrice pure), trouble de la vision (Hémianopsie Latérale Homonyme), trouble isolé et incomplet de la sensibilité (ataxie thalamique discrète)... ;
- *Catégorie 2* : plusieurs déficiences (hémiplegie complète et/ou aphasie et/ou négligence spatiale et/ou troubles de déglutition transitoires...) ou déficit moteur du membre inférieur interdisant la marche, potentiel de récupération, projet d'autonomie probable. Il s'agit d'AVC unilatéral;
- *Catégorie 3* : Plusieurs déficiences dont au moins des troubles des fonctions cognitives (troubles de mémoire, du langage ou des fonctions exécutives) et / ou troubles du comportement, potentiel de récupération limité, projet d'autonomie partielle ou impossible. Il s'agit d'AVC hémisphériques totaux, bilatéraux ou multiples ;
- *Catégorie 4* : accident gravissime; multiples déficiences associées (paralysies massives, troubles de l'éveil et de la communication, déficience respiratoire), aucun projet d'autonomie envisageable. Il s'agit d'états cliniques de locked-in-syndrome et d'état végétatifs ou pauci-relationnels (EVC-EPR) secondaires à des AVC bi-hémisphériques ou du tronc cérébral.

- Chaque catégorie de patients sera analysée selon 6 paramètres personnels ou environnementaux de complexité qui justifieront des compétences spécifiques, parfois seulement du temps supplémentaire, entraîneront des surcoûts et pour lesquels des indicateurs seront nécessaires dans le futur programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) : nécessité d'adaptation (purement matérielle) de l'environnement ; inadéquation ou insuffisance du réseau médical et paramédical ; difficultés sociales et psychosociales ; pathologies médicales associées ayant une incidence fonctionnelle ; pathologies psychiatriques associées ayant une incidence fonctionnelle.

Ainsi chaque catégorie peut être déclinée de 6 façons :

a : déficiences sans difficulté ajoutée ;

b : nécessité d'adaptation (purement matérielle) de l'environnement ;

c : inadaptation ou insuffisance du réseau médical ;

d : difficultés sociales et psychosociales ;

e : pathologies médicales associées ayant une incidence fonctionnelle ;

f : pathologies psychiatriques associées ayant une incidence fonctionnelle.

Catégorie 1 : une seule déficience, autonomie de marche, pas de besoin d'évaluation écologique : paralysie d'un bras (déficit moteur brachio-facial), trouble du langage isolé sans trouble de compréhension (aphasie motrice pure), trouble de la vision (Hémianopsie Latérale Homonyme), trouble isolé et incomplet de la sensibilité (ataxie thalamique discrète)...

1-a Déficiences sans difficulté ajoutée

* en Unité Neurovasculaire (UNV) :

Objectifs :

- avis d'orientation et sur les besoins de rééducation et réadaptation ;
- prescription de la rééducation ultérieure ;
- bilan par les rééducateurs concernés et rééducation.
- préparation du retour domicile

Moyens :

- une consultation par le médecin MPR
- kinésithérapie, orthophonie et ergothérapie quotidiennes, selon besoins ;

* 1.a.1. Retour au domicile + rééducation

en secteur libéral

- Possible si 1 seul rééducateur nécessaire (kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste) ;
- Rééducation 3 à 5 fois par semaine ;
- Bilan par le rééducateur à 3 mois ;
- Durée de la rééducation : 1 à 3 mois ;
- Consultation bilan MPR à 3 mois selon besoin ;
- Eventuelle poursuite de la rééducation selon bilan ;
- Relais de la suite des soins par le médecin traitant ;

1.a.2. domicile + Hôpital de Jour (HDJ) de MPR

- si plus de 1 type de rééducation est nécessaire (kiné + ergo, ergo + ortho) ou rééducation longue et spécialisée ;
- fréquence de la rééducation: 3 à 5/semaine en HDJ seule ou HDJ + libéral
- Durée : un mois ;
- Bilan de sortie MPR et de rééducateurs ; synthèse de fin d'HDJ ;
- Suite de rééducation : en libéral selon besoin, 2 à 3/semaine pendant 2 à 6 mois ;
- Bilan MPR de fin de programme et relais de la suite des soins par médecin traitant.

1-b nécessité d'adaptation (purement matérielle) de l'environnement :

Cette situation ne devrait pas exister par définition puisque déficit léger et autonomie de marche.

1-c inadaptation ou insuffisance du réseau médical :

L'absence de possibilité de rééducation en HDJ peut imposer un allongement de la durée de l'hospitalisation complète en secteur aigu (MCO) ou le transfert en SSR-MPR notamment en cas de trouble isolé mais sévère du langage.

1-d difficultés sociales et psychosociales :

Hospitalisation complète en SSR, spécialisé (système nerveux MPR ou Sujet âgé polypathologique) ou non selon les besoins du patient.

Il faut trouver les indicateurs de dimension sociale pour valoriser le séjour.

Durée dépendant de la résolution des problèmes sociaux

1-e pathologies médicales associées ayant une incidence fonctionnelle :

Hospitalisation complète en SSR, spécialisé ou non selon les besoins du patient ;

Durée 1 mois à 2 mois probable puis retour à domicile, sans ou avec HDJ MPR (cf supra).

1-f pathologies psychiatriques associées ayant une incidence fonctionnelle :

Evaluation psychiatrique nécessaire dès l'UNV ;

Hospitalisation complète SSR système nerveux avec psychiatre et psychologue ou service de post-cure psychiatrique avec MPR ; durée de séjour selon besoins psychiatriques ; sortie à domicile avec l'appui de structure psychiatrique de secteur éventuellement renforcée par HDJ MPR (cf supra).

Proposition dans tous les cas d'une consultation de MPR 3 à 6 mois après l'ictus notamment pour évaluation neuropsychologique, évaluation des besoins de rééducation et vérification de la faisabilité du projet social et professionnel.

Catégorie 2 : plusieurs déficiences ou déficit moteur du membre inférieur interdisant la marche, potentiel de récupération, projet d'autonomie probable. Il s'agit d'AVC unilatéral (hémiparésie complète et/ou aphasie et/ou négligence spatiale et/ou troubles de déglutition transitoires...)

2-a déficiences sans difficulté ajoutée

* en UNV :

Objectifs :

- avis d'orientation et sur les besoins de rééducation et réadaptation ;
- prescription de la rééducation ultérieure ;
- bilan par les rééducateurs concernés et rééducation.
- éventuels traitements précoces de complications (spasticité)

Moyens :

- une consultation par le médecin MPR
- kinésithérapie, orthophonie et ergothérapie quotidiennes, selon besoins ;

* Puis hospitalisation complète en SSR système nerveux MPR.

Objectifs :

- préparation du retour au domicile ;
- dépistage et traitement des complications médicales ;
- rééducation intensive pour récupération maximale et réadaptation pour adaptations aux déficiences et limitations d'activité restantes.

Durée : 1 à 4 mois

Surveillance médicale quotidienne, soins infirmiers spécialisés pluriquotidiens (...)

Soutien psychologique pour patient et entourage ;

Besoin de service social spécialisé, visites à domicile par l'équipe...

Plateau technique de rééducation et réadaptation spécialisé (personnel et équipements) nécessaire :

- rééducation multi-intervenants quotidiens > ou = à 2h/j (kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, neuropsychologues, voire psychomotriciens) ;
- besoins spécifiques en neuro-orthopédie (notamment traitements de la spasticité), neuro-psychologie, neuro-urologie, appareillage ;
- équipements de rééducation et évaluation du mouvement de toute structure SSR spécialisée MPR à orientation neurologique ;

*Puis retour à domicile, le processus de réadaptation étant suivi selon les besoins :

- Soit en HDJ de MPR :

Objectifs : poursuite d'un gain sur la récupération et l'autonomie quotidienne, poursuite de traitements spécifiques (spasticité, douleur), conduite automobile, réinsertion professionnelle, reconditionnement à l'effort...

Besoins de compétences de rééducation non disponibles en libéral ou de plusieurs de ces compétences et d'une coordination du projet de réadaptation.

Exemple de patients : sujet en activité professionnelle, hémiparésie avec déficiences sensitives ou cognitives,

Fréquence 3 à 5/semaine / 1 à 3 mois, soit en HDJ seule soit en HDJ + rééducation en libéral (kinésithérapie et orthophonie), puis rééducation en libéral (kinésithérapie et/ou orthophonie). L'auto-entretien est appris et encouragé.

- Soit équipe mobile de réadaptation ou Hospitalisation à Domicile (HAD) de réadaptation.

- Soit rééducation en secteur libéral à domicile.

- Patients dont les besoins peuvent être couverts par les professionnels libéraux (kinésithérapie et orthophonie).

- La durée de la rééducation motrice est le plus souvent inférieure à un an (3/semaine) mais peut nécessiter une durée supérieure selon certains besoins spécifiques (récupération différée, forte spasticité, troubles orthopédiques...) ; la durée de la rééducation de l'aphasie (2 à 3/semaine) nécessite souvent un voire deux ans. L'auto-entretien est appris et encouragé.

* Suivi MPR en consultations après hospitalisation complète ou de jour : 1 à 3 mois systématiquement après la sortie d'hospitalisation puis selon besoins. Les structures assurant le suivi spécialisé en externe au long cours doivent être identifiées avec moyens spécifiques.

2-b nécessité d'adaptation (purement matérielle) de l'environnement :

Idem 2a, le temps nécessaire à la réalisation de travaux au domicile ou de changement de logement peut imposer l'allongement du séjour en SSR spécialisé ou le passage en SSR polyvalent selon l'organisation de la filière.

2-c inadaptation ou insuffisance du réseau médical :

Le manque de possibilité de réponse aux besoins médicaux et rééducatifs impose l'allongement de la durée d'hospitalisation en SSR spécialisé ou le passage en SSR polyvalent selon l'organisation de la filière.

2-d difficultés sociales et psychosociales :

idem 2b,

Il faut trouver les indicateurs de dimension sociale pour valoriser le séjour.

Il y a un manque aigu de structures d'hébergement pour personnes en situation de vulnérabilité et présentant des handicaps moteurs ou cognitifs.

La durée nécessaire à la réponse aux problèmes sociaux peut nécessiter le passage en SSR polyvalent selon l'organisation de la filière et même dans un certain nombre de cas devrait pouvoir se faire en séjour « hôtelier pur » avec service social et rééducation en secteur libéral (type de prise en charge à créer !).

L'isolement social peut conduire à une sortie en structure d'hébergement pour personne handicapée ou maison de retraite médicalisée selon l'âge.

2-e pathologies médicales associées ayant une incidence fonctionnelle :

Selon la gravité des questions médicales conditionnant l'application du programme de MPR :

* Idem 2a : 1 à 3 mois supplémentaires en hospitalisation complète SSR système nerveux MPR peuvent être nécessaires, durée quotidienne de rééducation moindre au début, coût supérieur en consultations médicales spécialisées, actes et traitements.

puis retour à domicile idem 2a.

* SSR sujet âgé polyopathologique selon âge et état antérieur.

* éventuel autre SSR spécialisé selon besoin.

2-f pathologies psychiatriques associées ayant une incidence fonctionnelle :

Evaluation psychiatrique nécessaire dès l'UNV ;

Hospitalisation complète SSR système nerveux MPR avec psychiatre et psychologue ou service de post-cure psychiatrique avec implication de l'équipe pluridisciplinaire de MPR ; durée de séjour selon besoins psychiatriques ; sortie à domicile avec l'appui de structure psychiatrique de secteur éventuellement renforcée par HDJ MPR cf 2-a.

Dans tous les cas (2-a à 2-f) :

* Consultation MPR de bilan entre 6 et 12 mois.

* Au-delà de 2 ans : bilan pluridisciplinaire de MPR en HDJ ou hospitalisation complète de semaine ; reprise éventuelle de rééducation, prescriptions d'appareillage et de médicaments...

Catégorie 3 : Plusieurs déficiences dont au moins des troubles des fonctions cognitives (troubles de mémoire, du langage ou des fonctions exécutives) et / ou troubles du comportement, potentiel de récupération limité, projet d'autonomie partielle ou impossible. Il s'agit d'AVC hémisphériques totaux, bilatéraux ou multiples ;

3-a déficiences sans difficulté ajoutée

*** en UNV :**

Objectifs :

- avis d'orientation selon les recommandations SOFMER SFNV SFG
- avis sur les besoins de rééducation et de réadaptation ;
- prescription de la rééducation ultérieure ;
- bilan par les rééducateurs concernés et rééducation.
- éventuels traitements précoces de complications (spasticité)

Moyens :

- une consultation par le médecin MPR et/ou Gériatre
- kinésithérapie, orthophonie et ergothérapie quotidiennes, selon besoins ;

*** Hospitalisation complète en SSR système nerveux MPR (pour les patients dont les besoins et l'état justifient une hospitalisation dans ce secteur).**

Objectifs :

- préparation du projet de vie et du projet de sortie (retour au domicile direct ou après passage en hébergement transitoire ; orientation en institution Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM), Maison d'accueil Spécialisée (MAS) ou Etablissement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) selon l'âge) ;
- dépistage et traitement des complications médicales ; nursing et alimentation ; besoins spécifiques si craniectomie décompressive.
- rééducation intensive pour récupération maximale et réadaptation pour adaptations aux déficiences et limitations d'activité restantes.

Durée : 2 à 6 mois,

Surveillance médicale quotidienne, soins infirmiers spécialisés pluriquotidiens (...)

Soutien psychologique pour patient et entourage ;

Besoin de service social spécialisé, visites à domicile par l'équipe...

Plateau technique de rééducation et réadaptation spécialisé (personnel et équipements) nécessaire :

- rééducation multi-intervenants quotidiens > ou = à 2h/j (kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, neuropsychologues, voire psychomotriciens) ;
- besoins spécifiques en neuro-orthopédie (notamment traitements de la spasticité), neuro-psychologie, neuro-urologie, appareillage ;
- équipements de rééducation et évaluation du mouvement de toute structure SSR spécialisée MPR à orientation neurologique ;

***Puis Retour à domicile lorsque possible :**

- Rôle des Service d'Accompagnement Médico-social pour adulte handicapé (SAMSAH), Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), HAD de réadaptation ; importance de la coordination par le médecin traitant ;
- Rééducation en secteur libéral à domicile. Patients dont les besoins (...) peuvent être couverts par les professionnels libéraux (kinésithérapie et orthophonie). La durée de la rééducation motrice est habituellement inférieure ou égale à un an mais peut nécessiter une durée supérieure selon certains besoins spécifiques (récupération différée, forte spasticité, troubles orthopédiques...) ; la rééducation de l'aphasie nécessite souvent une durée supérieure à un voire deux ans.

*** Suivi MPR**

- en consultations : 1 à 3 mois systématiquement après la sortie d'hospitalisation puis selon besoins. Les structures assurant le suivi spécialisé en externe au long cours doivent être identifiées avec moyens spécifiques.
- HDJ ou hospitalisation de semaine de MPR pour bilans ou traitements ponctuels.

* Au-delà de 2 ans : bilan pluridisciplinaire de MPR en HDJ ou hospitalisation complète de semaine ; reprise éventuelle de rééducation, prescriptions d'appareillage et médicamenteuses... Besoins de séjours de répit en SSR polyvalent ou spécialisé.

3-b nécessité d'adaptation (purement matérielle) de l'environnement :

Idem 3a, le temps nécessaire à la réalisation de travaux au domicile ou de changement de logement peut imposer l'allongement du séjour en SSR spécialisé ou le passage en SSR polyvalent selon l'organisation de la filière.

3-c inadaptation ou insuffisance du réseau médical :

Le manque de possibilité de réponse aux besoins médicaux et rééducatifs impose l'allongement de la durée d'hospitalisation en SSR spécialisé ou le passage en SSR polyvalent selon l'organisation de la filière.

3-d difficultés sociales et psychosociales :

L'institutionnalisation sera nécessaire ; saisine rapide de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) pour avis d'orientation.

Il faut trouver les indicateurs de dimension sociale pour valoriser le séjour.

Il y a un manque aigu de structure d'hébergement pour personnes en situation de vulnérabilité et présentant des handicaps moteurs ou cognitifs.

La durée nécessaire à la réponse aux problèmes sociaux peut nécessiter le passage en SSR polyvalent selon l'organisation de la filière.

3-e pathologies médicales associées ayant une incidence fonctionnelle :

Selon la gravité des questions médicales conditionnant l'application du programme de MPR :

* Idem 3a : 1 à 3 mois supplémentaires en hospitalisation complète SSR système nerveux MPR peuvent être nécessaires, durée quotidienne de rééducation moindre au début, coût supérieur en consultations médicales spécialisées, actes et traitements.

puis retour à domicile idem 3a.

* SSR sujet âgé polypathologique selon âge et état antérieur.

3-f pathologies psychiatriques associées ayant une incidence fonctionnelle :

L'institutionnalisation sera très certainement nécessaire.

L'hospitalisation complète SSR devra être appuyée par un suivi psychiatrique.

Dans tous les cas (3-a à 3-f) :

* Consultation MPR de bilan entre 6 et 12 mois.

Catégorie 4 : accident gravissime; multiples déficiences associées (paralysies massives, troubles de l'éveil et de la communication, déficience respiratoire), aucun projet d'autonomie envisageable. Il s'agit d'états cliniques de locked-in-syndrome et d'état végétatifs ou pauci-relationnels (EVC-EPR) secondaires à des AVC bi-hémisphériques ou du tronc cérébral.

4-a déficiences sans difficulté ajoutée (hypothèse peu probable) :

* en UNV :

Objectifs :

- avis d'orientation selon les recommandations SOFMER SFNV SFG
- avis sur les besoins de rééducation et de réadaptation ;
- prescription de la rééducation ultérieure ;
- bilan par les rééducateurs concernés et rééducation.
- éventuels traitements précoces de complications (spasticité)

Moyens :

- une consultation MPR et/ou gériatrique
- kinésithérapie quotidienne, éventuelle ergothérapie (locked-in-syndrome) ;

* Idéalement suivi de séjour en secteur de Soins de Rééducation Post-Réanimation (SRPR)

Objectifs : assurer les soins médicaux et paramédicaux en préservant les chances fonctionnelles et préparer l'orientation selon l'évolution

Eléments déterminants de l'orientation : état cognitif ; déficiences respiratoires (nécessitant une trachéotomie, une ventilation assistée discontinuée, autonomie ventilatoire troubles de déglutition sévères (alimentation entérale par gastrostomie ou jéjunostomie) ;

2 Grandes catégories :

- Locked in syndrome
- Etat végétatif ou pauci-relationnel (EVC-EPR)

- Locked in syndrome :

Transfert en structure SSR spécialisée MPR. Les objectifs sont :

- préparation du projet de vie et du projet de sortie : dans le meilleur des cas retour au domicile direct ou après passage en hébergement transitoire ; sinon orientation en institution (FAM, MAS ou EHPAD selon l'âge) ;
- dépistage et traitement des complications médicales ; nursing et alimentation ; fonction respiratoire, trachéotomie ; fonctions urinaires...
- rééducation intensive pour récupération maximale et réadaptation pour adaptations aux déficiences restantes.

Durée : 6 à 12 mois,

Surveillance médicale quotidienne, soins infirmiers spécialisés pluriquotidiens (trachéotomie, gastrostomie, nursing...);

Soutien psychologique pour patient et entourage ;

Besoin de service social spécialisé, visites à domicile par l'équipe...

Plateau technique de rééducation et réadaptation spécialisé (personnel et équipements) nécessaire :

- rééducation multi-intervenants quotidiens 1 à 2h/j (kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes) ;
- besoins spécifiques en domotique, aides à la communication, neuro-orthopédie (notamment traitements de la spasticité), neuro-urologie ;
- équipements de rééducation de toute structure SSR spécialisée MPR à orientation neurologique ;

- Etat végétatif ou pauci-relationnel

Transfert en unité SSR spécialisée.

Séjour de durée indéterminée, sauf exception pas de projet de retour domicile.

Surveillance médicale régulière, soins infirmiers spécialisés pluriquotidiens (trachéotomie, gastrostomie, nursing...);

Soutien psychologique pour patient et entourage ;

Plateau technique de rééducation et réadaptation spécialisé (personnel et équipements) nécessaire :
- rééducation multi-intervenants quotidiens 1 h/j (kinésithérapeutes, éventuels ergothérapeutes)
;
- besoins spécifiques en neuro-orthopédie (notamment traitements de la spasticité), neuro-urologie ;

La gravité des déficiences ici rencontrées enlève de la pertinence aux différentes catégories.

4-b nécessité d'adaptation (purement matérielle) de l'environnement : c'est le minimum que l'on puisse rencontrer : pour un Locked in Syndrome, contrôle d'environnement, interface homme machine, domotique, fauteuil roulant électrique avec commande mentonnaire ou palpébrale, adaptation complète du domicile.

4-c inadaptation ou insuffisance du réseau médical : c'est la règle, l'éventuel retour à domicile ne peut s'envisager, pour un Locked in Syndrome par exemple, qu'avec le soutien d'une HAD de réadaptation bien trop peu développée.

4-d difficultés sociales et psychosociales : insuffisance de structures accueillant des patients de cette catégorie, trachéotomisés voire nécessitant une ventilation discontinue.

4-e pathologies médicales associées :

Selon la gravité des questions médicales, coût supérieur en consultations médicales spécialisées, actes et traitements.

Orientation en SSR sujet âgé polypathologique selon âge et état antérieur.

4-f pathologies psychiatriques associées :

Pour un Locked in Syndrome les soins devront être appuyés par un suivi psychiatrique.

Références :

Recommandations et textes officiels :

- ANAES décembre 2003 Retour au domicile des patients atteints d'accident vasculaire cérébral. Recommandations
- Circulaire DHOS/DGS/DGAS 2003-517 du 03/11/2003 relative à la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC).
- Circulaire DHOS/04 2007-108 du 22/03/2007 relative à la place des unités neuro-vasculaires dans la prise en charge des patients présentant un accident vasculaire cérébral.
- HAS Guide Affection de longue durée « Accident Vasculaire Cérébral » mars 2007
- HAS Programme AVC 2008-2014 « ensemble améliorons les pratiques de prise en charge de l'AVC » Bilan 2010 étape 2 « la phase hospitalière » et étape 3 « la première année après l'AVC ». http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_677868/programmes-pilotes?cid=c_677868
- Ministère de la Santé. Plan d'actions national « accidents vasculaires cérébraux 2010-2014» <http://www.sante.gouv.fr/documentation.3919.html>
- Critères de prise en charge en MPR, groupe Rhône Alpes et FEDMER décembre 2008. http://www.sofmer.com/download/sofmer/criteres_pec_mpr_1208.pdf
- Orientation des patients atteints d'AVC. Conférence d'Experts avec Audition Publique Recommandations SOFMER-SFNV-SFGG 22 octobre 2008. Pelissier J The management of stroke patients. Conference of experts with a public hearing. Mulhouse (France). Ann Phys Rehabil Med. 2010;53:124-47.

Littérature scientifique :

- 1 - Ancheta J, Husband M, Law D et al. Initial functional independence measure score and interval post stroke help assess outcome, length of hospitalization, and quality of care." Neurorehabil Neural Repair 2000 ;14:127-134.
- 2 - Anderson C, Ni Mhurchu C, Brown PM, Carter K. Stroke rehabilitation services to accelerate hospital discharge and provide home-based care: an overview and cost analysis. Pharmacoeconomics 2002;20:537-552.
- 3 - Daviet JC, Quet F, Stuit A, Verdié-Kessler C, Hoang CN, Salle JY, Dudognon P. Beds dedicated to stroke patients in postacute care units. Are national guidelines followed? Ann Readapt Med Phys. 2006;49:632-9.
- 4 - Daviet JC, Verdié-Kessler C, Stuit A, Popielarz S, Sinzakaraye A, Munoz M, et al. Early prediction of functional outcome one year after initial unilateral hemispheric stroke Ann Readapt Med Phys. 2006;49:49-56.
- 5 - Fisher RJ, Gaynor C, Kerr M, Langhorne P, Anderson C, Bautz-Holter E, et al. A consensus on stroke: early supported discharge. Stroke 2011;42:1392-7.
- 6 - Heinemann A. W., Roth E.J., Cichowski K., Betts H.B. Multivariate analysis of improvement and outcome following stroke rehabilitation: Arch Neurol 1987;44:1167-1172
- 7 - Hu MH, Hsu SS, Yip PK, Jeng JS, Wang YH. Early and intensive rehabilitation predicts good functional outcomes in patients admitted to the stroke intensive care unit. Disabil Rehabil. 2010;32:1251-9.
- 8 - Kalra L., Langhorne P. Facilitating recovery: evidence for organized stroke care. J Rehabil Med 2007;39:97-102
- 9 - Kwakkel G, Kollen B, Twisk J. Impact of time on improvement of outcome after stroke. Stroke 2006;37:2348-2353.
- 10 - Langhorne P, Taylor G, Murray G, Dennis M, Anderson C, Bautz-Holter E, et al. Early supported discharge services for stroke patients: a meta-analysis of individual patients' data. Lancet 2005;365:501-506.
- 11 - Langhorne P, Holmqvist LW; Early Supported Discharge Trialists. Early supported discharge after stroke. J Rehabil Med 2007;39:103-108.
- 12 - Ottenbacher KJ, Smith PM, Illig SB. Trends in length of stay, living setting, functional outcome, and mortality following medical rehabilitation. JAMA 2004;292:1687-1695.
- 13 - Paolucci S. Early versus delayed inpatient stroke rehabilitation: a matched comparison conducted in Italy: Arch Phys Med Rehabil 2000;81:695-700

14 - Rousseaux M, Daveluy W, Kozlowski R.

Value and efficacy of early supported discharge from stroke units.

Ann Phys Rehabil Med. 2009;52:224-33. Review.

15 - Salter K., Foley N., Teasell R. Specialized stroke services: A meta-analysis comparing three models of care : Cerebrovasc Dis.2006;23:194-202

16 - Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient care for stroke review: Cochrane 2007 CD000197