

## **L'Assurance Maladie lance l'expérimentation du programme d'accompagnement du retour à domicile (Prado) pour les patients hospitalisés pour bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)**

### ***Un objectif : améliorer la prise en charge des patients et éviter les réhospitalisations***

Dans les 6 mois suivant une hospitalisation pour bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), **43% des patients sont réhospitalisés** (18% pour pathologies respiratoires, 7% pour pathologies cardiaques et 18% pour toute autre cause<sup>1</sup>). Or, de nombreuses études<sup>2</sup> ont démontré qu'une prise en charge à domicile renforcée permet de réduire ces ré-hospitalisations.

Suite à l'analyse de la consommation de soins de près de 56 000 patients hospitalisés pour BPCO en 2011, menée à partir des données Sniiram, il a par ailleurs été établi que **33% des patients n'avaient pas consulté leur médecin traitant dans les 7 jours qui suivent leur sortie d'hôpital, que 71 % n'avaient pas consulté de pneumologue dans les 3 mois et que 49% et 72% des patients n'avaient pas bénéficié de soins infirmiers et de kinésithérapie dans les deux mois.**

Ces constats ont conduit l'Assurance Maladie à lancer une nouvelle expérimentation de son programme d'accompagnement du retour à domicile (Prado) auprès des patients hospitalisés pour exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive.

L'objectif de ce programme est **d'améliorer la prise en charge de ces patients après hospitalisation et de réduire les risques de ré-hospitalisations**. Comme tous les programmes Prado, il a vocation à fluidifier le parcours hôpital - ville, essentiel dans la prise en charge optimale des patients en sortie d'hospitalisation.

### ***Une expérimentation menée sur une année, sur la base des recommandations de la HAS***

Cette expérimentation s'appuie sur les recommandations publiées en 2012 par la Haute Autorité de santé (HAS) sur le parcours de soins du patient BPCO, qui précisent les modalités de suivi minimal requis pour les patients, selon le stade de gravité de leurs exacerbations.

Prévue sur une durée d'un an, elle se déroulera dans **13 établissements<sup>3</sup> répartis dans 11 départements**. Ceux-ci ont été sélectionnés en collaboration avec la Société de pneumologie de langue française (SPLF), au regard du potentiel de patients éligibles au service.

A ce stade, **3 000 patients sont potentiellement concernés**, sur une année pleine d'inclusion.

### ***Un accompagnement du parcours de soins sur une durée-soj de 2 mois***

En pratique, **c'est l'équipe médicale de l'établissement qui décide de l'éligibilité** du patient et de sa date de sortie.

Le service d'accompagnement du retour à domicile repose ensuite **sur la mise en relation, via un conseiller de l'Assurance Maladie, des patients avec les professionnels de santé libéraux qu'ils ont choisis (médecin traitant, masseur-kinésithérapeute...)** et qui les prennent en charge à domicile, à l'issue de leur hospitalisation.

1 Données PMSI (Sniiram 2011) - Système National d'Information Inter-Régime d'Assurance Maladie - base de données nationale dont les objectifs sont de contribuer à une meilleure gestion de l'Assurance Maladie et des politiques de santé, d'améliorer la qualité des soins et de transmettre aux professionnels de santé les informations pertinentes sur leur activité. Son périmètre, ses finalités, son alimentation et l'accès aux données sont définis par un arrêté pris par le ministère des affaires sociales et de la santé. La Cnamts est chargée de la gestion du Sniiram. Le Sniiram centralise également les données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

2 Jean Bourbeau et al., « Reduction of Hospital Utilization in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease : A Disease-Specific Self-management Intervention » - Arch Intern Med. 2003;163(5):585-591.

3 CHU de Nancy (54), CHRU de Lille (59), CHU de Rouen, CHU d'Amiens (80), Clinique Europe Amiens (80), Clinique Pasteur de Toulouse (31), les hôpitaux privés de Metz (57), CH de St Lô, CH d'Epinal, le centre médico-chirurgical Foch (92), le centre hospitalier R.Ballenger d'Aulnay (93), le groupe hospitalier Saint-Joseph et certains établissements de l'AP-HP (75).

La prise en charge à domicile s'articule par la suite autour d'une **durée socle de 2 mois** ; celle-ci comprend **une consultation chez le médecin traitant dans les 8 jours suivant la sortie, une consultation de suivi par un pneumologue, une séance hebdomadaire avec l'infirmier et autant de soins de kinésithérapie que nécessaire.**

Si l'équipe médicale juge que le patient a besoin d'une aide à domicile, les conseillers de l'Assurance Maladie pourront également mobiliser **les aides sociales nécessaires** pour faciliter le retour à domicile du patient avec des services d'aide à la vie, tels que le portage de repas.

### **Des outils pour les équipes hospitalières, les patients et les professionnels de santé**

Afin d'accompagner au mieux l'ensemble des parties prenantes dans cette expérimentation, **plusieurs outils ont été développés** en collaboration avec la SPLF, la Fédération Française de Pneumologie et les professionnels libéraux de l'Union Nationale des Professionnels de Santé (UNPS) :

- **Pour l'équipe hospitalière : une grille d'éligibilité** afin d'aider à la sélection des patients répondant aux critères du programme ;
- **Pour le patient : un dépliant d'information ainsi qu'un carnet de suivi.** Le carnet de suivi lui sera remis en sortie d'hospitalisation par l'équipe hospitalière. Il est utile à la planification des rendez-vous avec les professionnels de santé libéraux, à l'éducation des patients sur le sujet et permet la coordination entre les différents professionnels ;
- **Pour les professionnels de santé : un mémo présentant l'organisation générale du programme et des mémos de bonnes pratiques** portant sur l'amélioration de la prise en charge du patient après un épisode d'exacerbation de BPCO.

**A l'issue de cette première phase, un bilan de l'expérimentation sera réalisé. Au regard des résultats, une généralisation du programme sera ensuite décidée.**

---

### **Présentation générale du programme Prado**

Lancé en 2010 par l'Assurance Maladie, le programme Prado a pour objectif d'anticiper les besoins du patient liés à son retour à domicile après une hospitalisation, notamment avec un accompagnement par des professionnels de ville, et de fluidifier la coordination hôpital-ville. Ces enjeux sont confortés dans le cadre de la stratégie nationale de santé, le service contribuant à structurer les soins de ville.

Les 3 volets déjà existants de ce programme (Maternité, Orthopédie et Insuffisance cardiaque) continuent de rencontrer une forte adhésion (supérieure à 80% sur l'ensemble des volets) et un niveau élevé de satisfaction de la part des patients concernés.

Leur développement se poursuit sur l'ensemble du territoire et des extensions sont prévues pour permettre à de nouveaux patients de bénéficier du service. Suite aux recommandations de la HAS publiées en mars 2014, le programme offert aux jeunes mamans va être étendu aux accouchements par césarienne et proposé progressivement pour les sorties précoces après un accouchement par voie basse (dans les 72 heures suivant l'accouchement).

Outre les sorties d'hospitalisation pour BPCO, Prado va également être testé pour les sorties d'hospitalisation pour les plaies chroniques, afin d'améliorer l'efficacité de la prise en charge. Une coordination avec l'expérimentation « *Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie* » (Paerpa) est également en cours.

---

### **A propos de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés**

La Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés (Cnamts) gère, au niveau national, les branches Maladie et Accidents du travail / Maladies professionnelles du régime général de Sécurité sociale qui permet à chaque assuré de se faire soigner selon ses besoins, quel que soit son âge ou son niveau de ressources.

Assureur solidaire en santé, l'Assurance Maladie concourt, par les actions de gestion du risque ou les services en santé qu'elle met en œuvre, à l'efficacité du système de soins et au respect de l'Ondam qui s'est élevé en 2013 à 173,8 milliards d'euros. Elle participe également à la déclinaison des politiques publiques en matière de prévention et informe chaque année près de 60 millions d'assurés pour les aider à devenir acteurs de leur santé.

Pour conduire ses missions, l'Assurance Maladie s'appuie essentiellement sur 101 Caisses primaires d'Assurance Maladie (Cpam) en France métropolitaine, 4 Caisses générales de sécurité sociale (CGSS) dans les départements d'outre-mer, 1 Caisse commune de sécurité sociale (CCSS), et les 20 Directions régionales du Service médical (DRSM). Enfin, les 16 Carsat (Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail) ont des missions bien spécifiques en matière de retraite\*, de tarification et de prévention des risques professionnels et d'action sociale.

*\*A l'exception de la Cramif Île-de France, qui ne gère pas les pensions de retraite, ces champs relevant de la Caisse nationale d'Assurance Vieillesse.*

### **Contact presse**

[presse@cnamts.fr](mailto:presse@cnamts.fr)

Amélie Gherinick - 01 72 60 18 29

Lucie Hacquin - 01 72 60 17 64

Céline Robert-Tissot - 01 72 60 13 37