

PRADO, le service d'accompagnement à domicile après hospitalisation

Programme BPCO





Taux de survie des patients BPCO après 1ère hospitalisation pour exacerbation = 80% à 1 an et 40% à 5 ans (1)
taux de mortalité à 5 ans de 17 % pour les stades I, 42 % pour les stades II, 49 % pour les stades III et 73 % pour les stades IV

Ré hospitalisation = facteur aggravant → **34% des patients sont hospitalisés de nouveau dans les 90 jours suivant une première exacerbation** et 95% des ré-hospitalisations sont dues à des cas d'exacerbations (2)

- La littérature scientifique (3) atteste d'un **impact important des programmes de suivi des patients BPCO initiés lors d'une hospitalisation pour exacerbation** :
 - sur le nombre d'hospitalisations pour exacerbation de BPCO (-33 %) et
 - sur le nombre d'hospitalisations toutes causes confondues (-25 %)
- En outre, les exacerbations représentent entre 75% (4) et 90% (5) du coût des hospitalisations

(1) Sprooten and al. « **Five-year follow-up after hospitalisation for acute exacerbation of COPD** ». *Proc Am Thorac Soc* 2006

(2) Roberts and al., « **Audit of acute admissions of COPD: standards of care and management in the hospital setting** ». *European Respiratory Journal*, 2001

(3) 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

(4) Simoens and al., « **Clinical and economic analysis of antimicrobial therapy of chronic obstructive pulmonary disease exacerbations** », 2006

(5) Oostenbrink and al., « **Resource use and risk factors in high-cost exacerbations of COPD.** », *Respiratory Medicine*, 2004



Une population sous-consommante et très souvent ré-hospitalisée

55 729 personnes hospitalisées sont retournées à domicile

43% des patients ré-hospitalisés pour toutes causes confondues dans les 6 mois :

- 18 % pour pathologies respiratoires
- 7 % pour pathologies cardiaques
- 18 % pour toute autre cause

33 % n'ont pas consulté de médecin traitant dans les 7 jours (guide parcours HAS)

71 % n'ont pas consulté de pneumologue dans les 3 mois (guide parcours HAS)

49% n'ont pas bénéficié de soins infirmiers dans les 2 mois (37% dans les 6 mois)

72% n'ont pas bénéficié de soins de kinésithérapie dans les 2 mois (65% dans les 6 mois)

Objectif : Proposer une offre de suivi à domicile suivant l'hospitalisation afin de diminuer les taux de ré-hospitalisation et de mortalité et améliorer la prise en charge

**Estimation à partir de l'algorithme de définition des exacerbation de l'Institut National de Veille Sanitaire : Institut de veille sanitaire Hospitalisations pour exacerbations de BPCO : comment les identifier à partir du PMSI ?*



Objectifs globaux du service PRADO

Permettre au patient de retourner au domicile dès que l'hospitalisation n'est plus nécessaire
(=raccourcir les séjours qui peuvent l'être, répondre à la demande des patients)

Accompagner l'évolution des techniques médicales qui favorisent le développement des pratiques en ambulatoire et des hospitalisations plus courtes

Eviter des organisations d'aval trop coûteuses si elles ne sont pas nécessaires
Adapter les circuits de prise en charge aux besoins du patient

Eviter des ré-hospitalisations liées à une insuffisance de suivi post-hospitalisation

Maternité

Accompagner les mères et leur enfant en accompagnant la réduction de la durée de séjour

Chirurgie

Proposer une prise en charge en ville quand l'équipe médicale estime que l'état du patient ne nécessite pas un séjour en SSR

Pathologies chroniques

Insuffisance cardiaque, BPCO, PAERPA : Eviter des ré-hospitalisations et des décès
Expérimentation AVC : Diminuer les récurrences, les ré-hospitalisations et les décès

Le service PRADO est confirmé dans les priorités de la CNAM pour répondre aux enjeux du virage ambulatoire de la Stratégie Nationale de Santé



Suivi minimal des patients selon le stade de gravité en dehors des exacerbations

Stade I	Stade II	Stades III et IV patient sans OLD*	Stade IV patient sous OLD et/ ou VNI** à l'état stable
---------	----------	------------------------------------	--

À adapter en fonction des besoins

Fréquence des consultations à l'état basal

Médecin généraliste : consultations dédiées à la BPCO 1 ou 2 fois par an
Avis du pneumologue : selon les besoins

Médecin généraliste : tous les 3 mois
Pneumologue : 1 fois par an

Médecin généraliste : tous les mois
Pneumologue : tous les 6 mois
Prestataire : selon le forfait à adapter si besoin

Au décours d'une hospitalisation pour exacerbation

Consultation du médecin généraliste : dans la semaine qui suit la sortie
Consultation du pneumologue : 1 à 3 mois au plus tard avec EFR*** et gaz du sang
Si état de base non atteint : consultations supplémentaires selon l'évolution

Comment prévenir les ré-hospitalisations après une exacerbation de BPCO ?

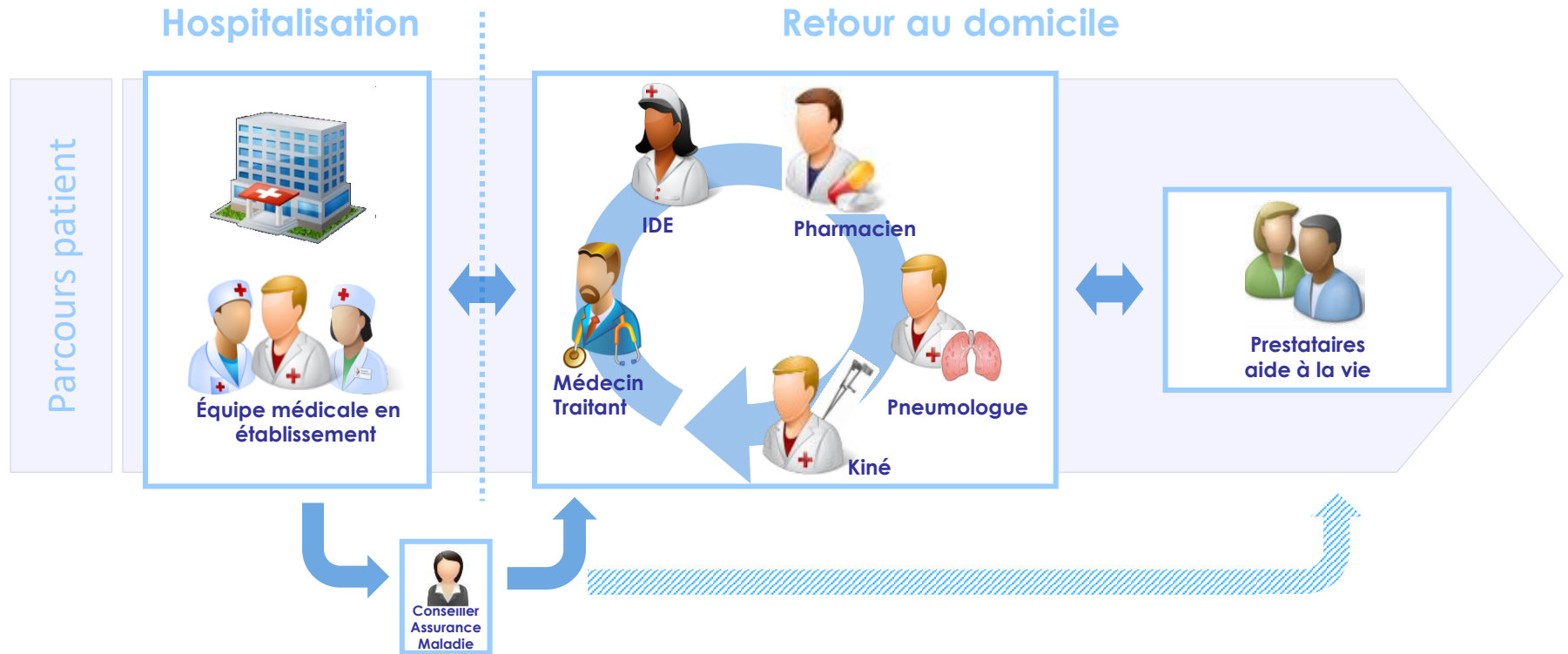
Points clés :

- Education du patient
- Organisation de la sortie
- Coordination du parcours de santé par l'équipe de soins primaire (MT, IDE, MK...)

Comment mettre en œuvre la réhabilitation respiratoire pour les patients ayant une bronchopneumopathie chronique obstructive ?

* OLD :oxygénothérapie de longue durée
** VNI : ventilation non invasive
***EFR : explagation fonctionnelle respiratoire

Cible du service : patient majeur du régime général hors SLM ayant été hospitalisé pour exacerbation de BPCO étant éligible à un service d'accompagnement du retour à domicile BPCO

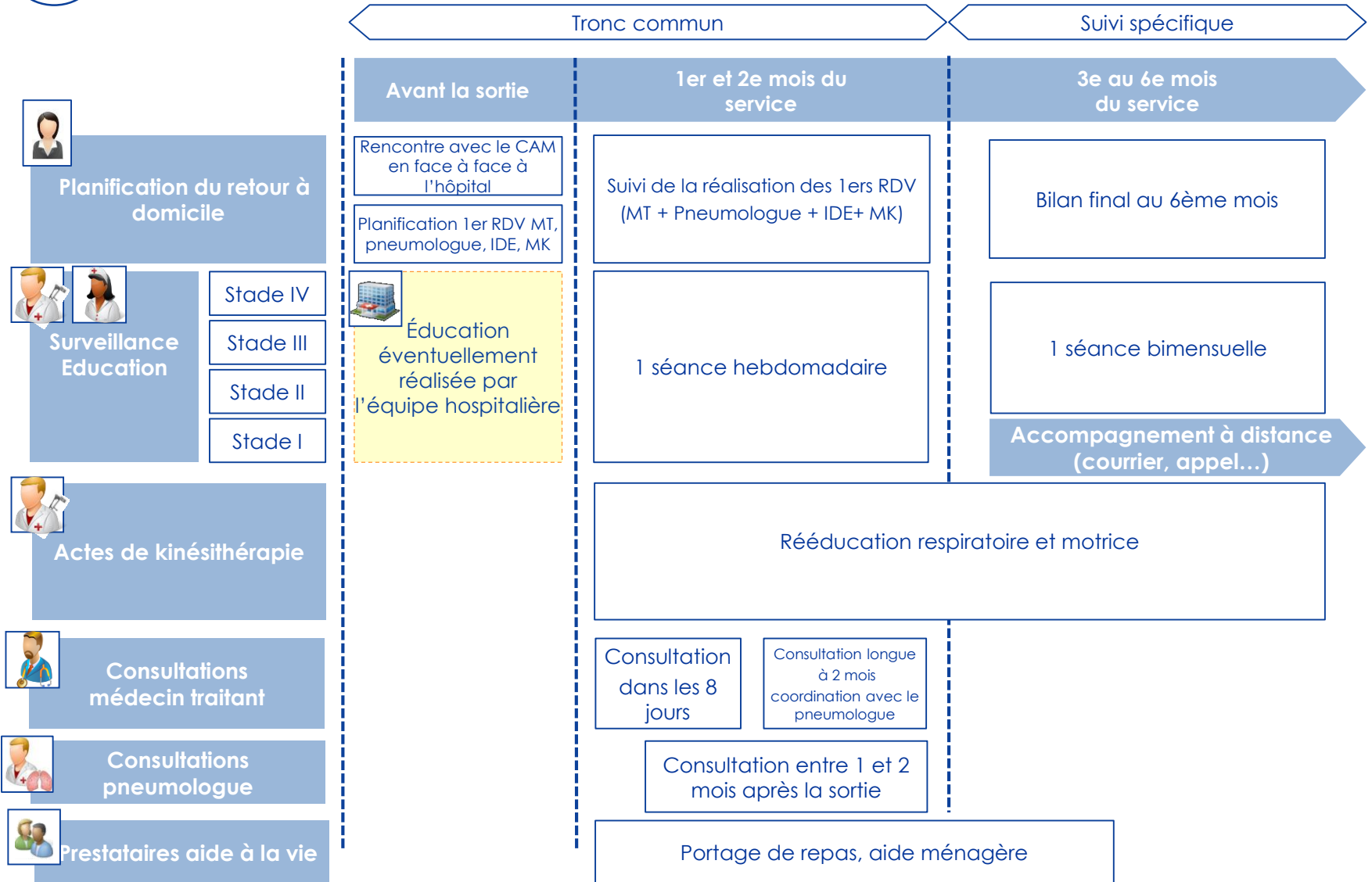


Le conseiller de l'Assurance Maladie est un facilitateur entre les professionnels de santé de ville et le patient pour son retour à domicile : il n'intervient pas dans les décisions médicales

Le service et les outils sont réalisés en partenariat avec la Société Française de Pneumologie de Langue Française, la Fédération Française de Pneumologie et l'UNPS



BPCO : Parcours d'accompagnement en sortie d'hospitalisation



+ Consultations MT et pneumologue en fonction des besoins du patient



Pendant l'hospitalisation

1

Éligibilité du patient au service par l'équipe médicale, demande de l'accord du patient pour visite du CAM et détermination de la date de sortie

2

Information par le CAM et adhésion du patient

3

Prise des rendez-vous par le CAM avec les PS choisis par le patient

4

Initiation de la démarche d'aide à la vie si nécessaire

5

Remise au patient du carnet de suivi par l'équipe médicale

6

Prise en charge par les professionnels de santé (IDE, MK, MT, pneumologue) et les prestataires d'aide à la vie

Sortie d'hospitalisation

De retour à domicile



Le dépliant de présentation permet de présenter le service aux patients

- Informe le patient qu'il peut être accompagné lors de son retour à domicile si les conditions médicales le permettent
- Indique comment bénéficier du service
- Précise le rôle de l'IDE, du MK, du MT, du pneumologue
- Informe de la possibilité de bénéficier d'une aide à la vie (sous conditions)
- Précise le rôle du CAM





Objectif du conseiller de l'Assurance Maladie : Organiser le premier rendez vous du patient avec les professionnels de santé libéraux à sa sortie d'hôpital

- Contacte le médecin pour organiser le 1er rendez-vous dans les 7 jours après la sortie d'hôpital et l'informe de l'adhésion de son patient



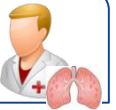
- Contacte l'IDE sélectionné par le patient (disponibilité, planification du premier rendez-vous)



- Contacte le MK sélectionné par le patient (disponibilité, planification du premier rendez-vous)



- Contacte le pneumologue de ville lorsqu'il n'y a pas de rendez-vous fixé avec le pneumologue hospitalier au cours du 2ème mois après la sortie d'hôpital



- Remet le carnet de suivi à l'équipe médicale après avoir renseigné la date des 1ers RDV et ses coordonnées

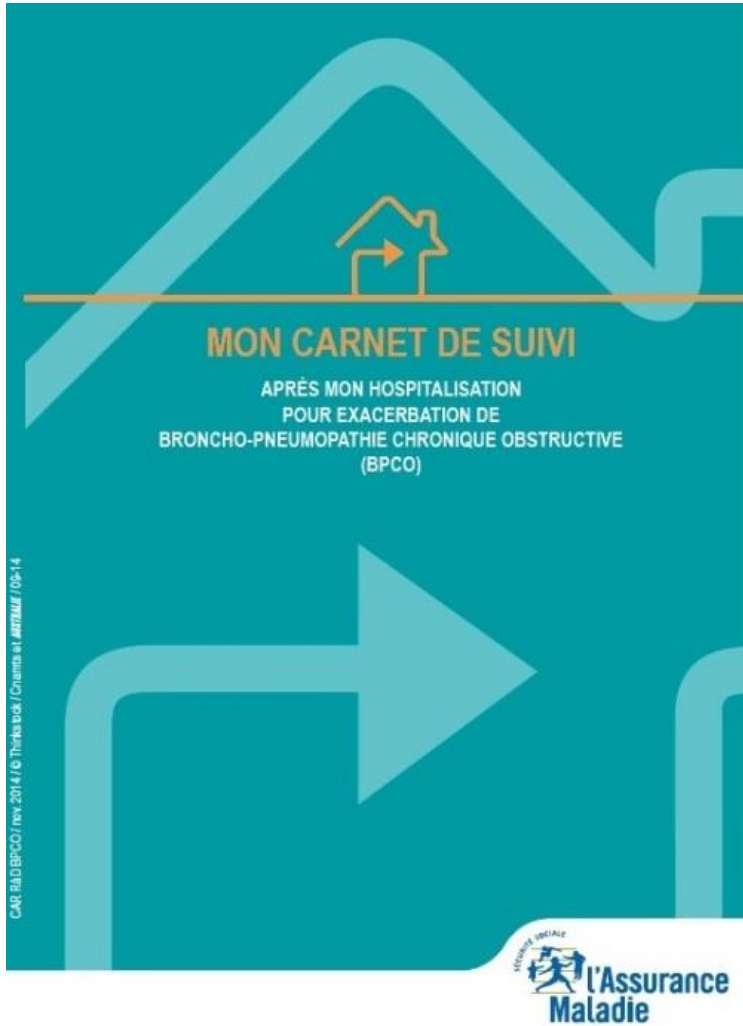


- Signale au Médecin Conseil (MC) le 1er patient inclus de chaque MG



- Visite ou contact téléphonique au 1er patient inclus (avec incitation à consulter Ameli.fr pour les mémos)
- Envoie ou remet le « kit MT »





Mon carnet de suivi

Ce carnet de suivi remis en fin d'hospitalisation, vous donne toutes les informations utiles sur la **broncho-pneumopathie chronique obstructive** pour vous aider à mieux vivre avec cette maladie.

Il est aussi l'outil de coordination entre les professionnels de santé qui interviennent dans la prise en charge de votre broncho-pneumopathie.

Pensez à le présenter à chaque professionnel de santé pour qu'il puisse prendre connaissance de son contenu, y inscrire ses observations et échanger sur votre état de santé. Emportez-le aussi en vacances ou si vous avez à vous rendre aux urgences. Ce sera une aide précieuse pour les professionnels de santé qui vous prendront en charge.

NOM _____

PRÉNOM _____

ADRESSE _____

L'utilisation de ce carnet n'a pas d'incidence sur votre prise en charge par l'Assurance Maladie. Nul ne peut en exiger la présentation. Personnelles et confidentielles, les informations y figurant sont couvertes par le secret professionnel et ne feront l'objet d'aucun traitement informatique. Toute personne appelée à prendre connaissance des renseignements qui y sont inscrits est soumise au secret professionnel.



Le carnet de suivi a deux objectifs :

- **Pour le patient** : l'informe sur sa maladie, son suivi, son traitement et l'aide à l'auto-surveillance
 - **Pour les PS** : facilite le suivi du patient, la coordination et la communication entre les PS
- Il est remis par l'équipe médicale au patient à la sortie d'hospitalisation

Rendez-vous

- Numéros d'urgence
- Coordonnées des professionnels de santé et des services sociaux
- Rendez-vous planifiés des professionnels de santé et des prestataires d'aide à la vie (si nécessaire)

Support d'éducation

- Qu'est-ce que la BPCO ?
- Signes d'alerte
- BPCO et vie quotidienne
- Connaissance du traitement
- Prise de médicaments

Auto-surveillance

- Auto-surveillance des symptômes respiratoires
- Détection des signes d'alerte

Surveillance PS

- Surveillance IDE/MK
- Surveillance médecins /liaison IDE /MK / Pneumologue
- Bilan IDE/MK et médecin des deux premiers mois de suivi



Le carnet de suivi a deux objectifs :

- **Pour les PS** : facilite le suivi du patient, la coordination et la communication entre les PS
 - **Pour le patient** : l'informe sur sa maladie, son suivi, son traitement et l'aide à l'auto-surveillance
- Il est remis par l'équipe médicale au patient à la sortie d'hospitalisation

Rendez-vous

- Numéros d'urgence
- Coordonnées des professionnels de santé et des services sociaux
- Rdv planifiés des professionnels de santé et des prestataires d'aide à la vie (si nécessaire)

MES RENDEZ-VOUS

Grâce au service de retour à domicile de l'Assurance Maladie, je bénéficie d'un accompagnement personnalisé.

Mon conseiller de l'Assurance Maladie inscrit dans les pages suivantes les rendez-vous qu'il a pris pour moi :

- mon 1^{er} rendez-vous avec mon infirmier(e),
- mon 1^{er} rendez-vous avec mon masseur-kinésithérapeute,
- mon prochain rendez-vous avec mon médecin traitant,
- mon prochain rendez-vous avec mon pneumologue.

Je pense à y indiquer les suivants.



6

Mes rendez-vous

avec mon infirmier(e)

Dans le cadre du service de retour à domicile, mon infirmier(e) me rend visite pour le suivi de ma broncho-pneumopathie chronique obstructive.

- une fois par semaine durant les 2 mois suivant la fin de mon hospitalisation ;
- le suivi est ensuite adapté à l'évolution de mon état de santé du 3^e au 6^e mois après ma sortie.

Mon conseiller de l'Assurance Maladie a indiqué ci-dessous la date de la première visite de :

Madame / Monsieur _____

Le _____ à _____ h _____

MON SUIVI INFIRMIER DU 1^{ER} AU 2^E MOIS

Je note la date de mes rendez-vous suivants :

Le _____ à _____ h _____

Le _____ à _____ h _____

Le _____ à _____ h _____

Le _____ à _____ h _____

Le _____ à _____ h _____

Le _____ à _____ h _____

Le _____ à _____ h _____

MES RENDEZ-VOUS

7



Support d'éducation

- Qu'est-ce que la BPCO ?
- Signes d'alerte
- BPCO et vie quotidienne
- Connaissance du traitement
- Prise de médicaments

J'apprends à connaître

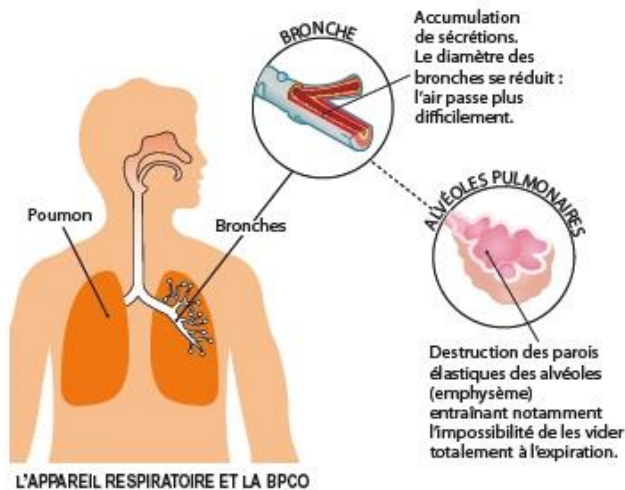
ma maladie

• QU'EST-CE QUE LA BRONCHO-PNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE (BPCO) ?

La broncho-pneumopathie chronique obstructive, désignée sous le sigle BPCO, est une maladie chronique des poumons qui apparaît le plus souvent après 40 ans.

Elle se caractérise par l'apparition progressive de lésions respiratoires avec :

- une inflammation des bronches* qui entraîne leur rétrécissement,
- la destruction d'une partie des alvéoles pulmonaires* qui sont, dans les poumons, les zones d'échange de l'oxygène et du gaz carbonique avec le sang. Cette désagrégation des alvéoles est appelée «emphysème»*.



*voir glossaire page 78.

Je reconnais les signes d'alerte

et les situations d'urgence

Les signes avant-coureurs de l'exacerbation doivent m'alerter.

• J'APPELLE IMMÉDIATEMENT MON MÉDECIN TRAITANT DANS CHACUNE DE CES SITUATIONS :



Contactez immédiatement son médecin ou un service d'urgence (15 ou 112 d'un portable) peut permettre un traitement d'urgence et d'éviter une réhospitalisation. Prévenir tôt et au moindre doute, c'est éviter les complications de la maladie et l'aggravation de mon état.



Auto-surveillance

- Auto-surveillance des symptômes respiratoires
- Détection des signes d'alerte

JE ME SURVEILLE

Dès mon retour à domicile, je surveille particulièrement mon souffle et je me montre attentif à certains changements dans ma forme physique : modification du poids, fatigue, difficultés d'expectoration, fièvre, anomalie de coloration des extrémités, augmentation de la somnolence, troubles inhabituels de l'humeur ou du caractère, pertes de mémoire....

Lors de chaque visite, je communique toutes mes observations à mon infirmier(e), mon masseur-kinésithérapeute et à mon pneumologue et médecin traitant à l'aide de ce carnet.

46



Je me surveille

tous les jours

J'utilise les grilles des pages suivantes pour me surveiller et noter chaque jour les éventuels changements que j'observe concernant **ma respiration, ma toux, mes crachats, ma fatigue ou des gonflements**. Je n'hésite pas à discuter de toute évolution avec mon infirmier(e) et lors de ma prochaine visite chez le médecin.

Et j'appelle immédiatement mon médecin traitant si je constate que j'ai de la fièvre, que je respire plus difficilement que d'habitude ou que mes crachats sont purulents ou davantage purulents.

		Je suis plus essouffé(e)	Je tousse plus	Mes crachats sont inhabituels
lundi	□□□□	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mardi	□□□□	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mercredi	□□□□	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jeudi	□□□□	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vendredi	□□□□	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
samedi	□□□□	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dimanche	□□□□	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

JE ME SURVEILLE

47



Les tableaux de surveillance

par mon infirmier(e) ou mon masseur-kinésithérapeute les 2 premiers mois

UNE VISITE
PAR
SEMAINE

Surveillance PS

- Surveillance IDE/MK
- Surveillance médecins /liaison IDE /MK / Pneumologue
- Bilan IDE/MK et médecin des deux premiers mois de suivi

DATE DE L'EXAMEN	RESPIRATION					SIGNES CARDIOLOGIQUES					
	FRÉQUENCE RESPIRATOIRE cycle/min	DYSPNÉE 0 = absente 1 = diminuée 2 = identique 3 = augmentée 4 = au repos	TOUX 0 = absente P = productive I = inefficace F = fréquente N = nocturne	EXPECTORATIONS 0 = absentes P = purulentes S = sanguinolentes	CYANOSE 0 = absente L = labiale D = digitale	TEMPÉRATURE (en °C)	SATURATION EN O2 (SPO2)	POIDS (en kg)	TENSION ARTÉRIELLE (en mmHg)	POULS (en pulsations/min)	CEDÈMES DES MEMBRES INFÉRIEURS 0 = absence 1 = présence modérée 2 = œdèmes moyens 3 = œdèmes importants
1 ^{re} semaine	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 ^e semaine	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3 ^e semaine	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4 ^e semaine	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ALERTER IMMEDIATEMENT ou à défaut composer le 15						LE MEDECIN TRAITANT (112 depuis un portable) si :					
	Fréquence respiratoire > à 25/min	Majoration de dyspnée	Toux fréquente et inefficace	Expectorations purulentes ou sanguinolentes	Majoration ou apparition de cyanose	Température supérieure à 38,5 °C	SPO2 < 88% au repos selon la valeur à la sortie d'hôpital ⁽¹⁾	+ ou - 5% ou + de 2kg en une semaine	Baisse de la PAS ⁽²⁾ < 90 mmHg ou baisse de la PA symptomatique ⁽³⁾	FC > 110	Apparition ou aggravation d'œdème
AUTRES INFORMATIONS douleurs thoraciques,						DESTINÉES AU MÉDECIN : anxiété, confusion...					
	1 ^{re} semaine		2 ^e semaine			3 ^e semaine			4 ^e semaine		

⁽¹⁾Mesurée dans les mêmes conditions : sous oxygène ou air ambiant; ⁽²⁾Pression artérielle systolique; ⁽³⁾Voie noir, vertiges, lipothymie.



Des fiches pratiques à destination des PS validées par la HAS

Objectif : aider le professionnel de santé dans le suivi de son patient après un épisode d'exacerbation de BPCO



Septembre 2014

RETOUR À DOMICILE APRÈS HOSPITALISATION

Suivi en ville après exacerbation de BPCO⁽¹⁾ Organisation de la prise en charge

i après avis de la HAS⁽²⁾

Le programme de retour à domicile après hospitalisation pour BPCO est destiné au patient qui le souhaite dès que l'hospitalisation n'est plus nécessaire.

Il s'appuie sur la prise en charge du patient, en ville, par le médecin traitant, le pneumologue, l'infirmier(e) libéral(e) et le masseur-kinésithérapeute formés au suivi de la BPCO, ainsi que par le pharmacien.

Il peut aussi comprendre, pour le patient qui en a besoin, un service « d'aide à la vie » (aide-ménagère, portage de repas).

Les visites et consultations dans le cadre de ce programme se déroulent dans le respect du libre choix du patient et s'appuient sur les missions :

- du **médecin traitant** qui coordonne l'ensemble des prises en charge nécessaires ;
- de **l'infirmier(e)** qui prodigue les soins et contrôle la prise des médicaments ;
- du **masseur-kinésithérapeute** qui pratique la rééducation motrice et respiratoire ;
- du **pneumologue** qui évalue le patient dans les deux mois qui suivent le retour à domicile.

Tous les professionnels participent à l'éducation du patient.

Le contenu de ces visites et consultations est détaillé ci-dessous. Leur articulation est récapitulée au verso.

Contenu et périodicité du suivi

Pour l'ensemble des professionnels participant

Éducation du patient et son entourage (échanges et écoute pour encourager chez le patient) :

- arrêt du tabac et suivi des règles hygiéno-diététiques ;
- observance et la gestion du traitement ;
- autonomie et implication par l'auto-surveillance (signes respiratoires...) et gestion des signes de décompensation ;
- activité physique adaptée.

Médecin traitant

Évaluation clinique

- 1^{re} consultation dans les 7 jours suivant la fin de l'hospitalisation ;
- consultation longue 2 mois après le retour à domicile.

Coordination des professionnels de santé dans une approche globale, planification des interventions de soins, d'aides et d'éducation.

Définition de la périodicité de ses consultations et de la nécessité d'avis pneumologique(s) supplémentaires(s).

Plan d'action à élaborer avec :

- bronchodilatateurs (augmentation) ;
- antibiotiques ;
- corticothérapie orale ;
- séances de masso-kinésithérapie.

La prescription est à glisser dans le carnet de suivi, en complétant la page 5.

Adaptation thérapeutique et enseignement de la technique des dispositifs d'inhalation.

Vaccination antigrippale et antipneumococcique.

Infirmier(e) et masseur-kinésithérapeute

Surveillance clinique

- respiration, toux, tension artérielle, poids, fréquence cardiaque ;
- identification des signes d'alerte : majoration de la dyspnée ou de la toux, expectoration, fièvre, cyanose.

Transmissions

- mise à jour régulière du carnet de suivi ;
- réalisation du bilan éducatif à la fin du 2^e mois (p. 64 du carnet de suivi).

Gestion des signes d'alerte

Appel du médecin traitant ou, à défaut, du 15 (112 depuis un portable).

Pour l'infirmier(e)

Vaccination antigrippale et antipneumococcique.

Périodicité des visites à domicile :

- 1^{re} par semaine pendant 2 mois avec 1^{re} visite dans les 7 jours suivant la sortie, puis 2 visites par mois jusqu'au 6^e mois pour le patient en stade II ou + à l'issue des 2 mois.

Pour le masseur-kinésithérapeute

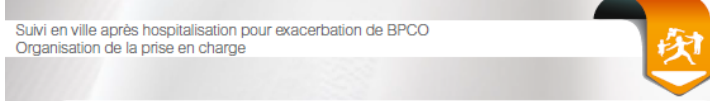
- rééducation respiratoire ;
- rééducation motrice ;
- réentraînement à l'effort sur machine.

Pneumologue

Adaptation du plan d'action en cas d'aggravation aiguë, en lien avec le médecin traitant.

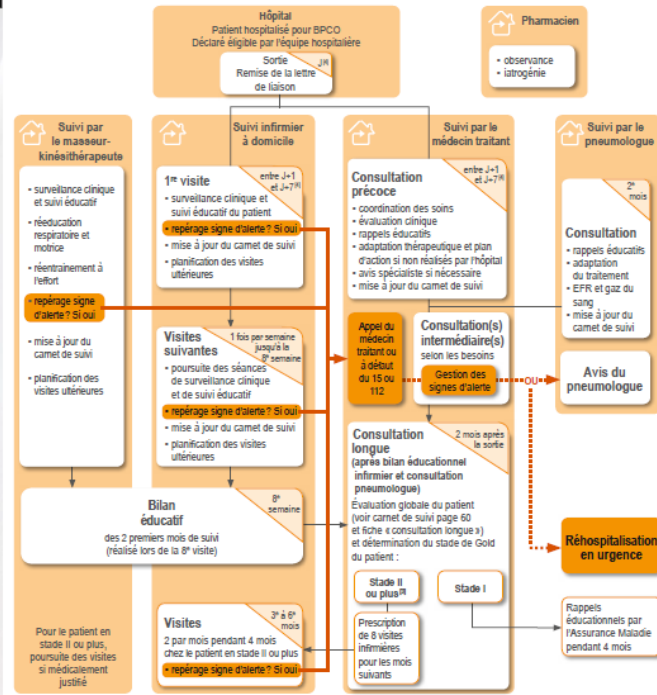
Consultation au cours du 2^e mois suivant la fin de l'hospitalisation. Avis spécialisé lors de situations à risque le nécessitant.

La santé progresse avec vous



Suivi en ville après hospitalisation pour exacerbation de BPCO Organisation de la prise en charge

Articulation des consultations et visites



Sources : HAS, guide du parcours de soins, Bronchopneumopathie chronique obstructive, février 2012.
⁽¹⁾BPCO : broncho-pneumopathie chronique obstructive.
⁽²⁾www.has-sante.fr
⁽³⁾Stade de la BPCO selon la classification spirométrique en stades de sévérité (Gold) :
 Stade I : VEMS/CVF < 70%, VEMS > 80% de la valeur prédite
 Stade II : VEMS/CVF < 70%, 50% < VEMS < 80% de la valeur prédite
 Stade III : VEMS/CVF < 70%, 30% < VEMS < 50% de la valeur prédite
 Stade IV : VEMS/CVF < 70%, VEMS < 30% de la valeur prédite ou VEMS < 50% de la valeur prédite avec insuffisance respiratoire chronique.
 J+1 = jour de la sortie de l'hôpital,
 J+1 = lendemain de la sortie de l'hôpital,
 J+7 = 7^e jour suivant la sortie de l'hôpital.

La santé progresse avec vous





Objectif : favoriser le retour à domicile des patients nécessitant temporairement un soutien à la vie quotidienne en participant au financement

Cible

- Les patients avec besoin d'aide à la vie sont identifiés par l'équipe médicale dans la grille d'éligibilité et signalés au service social par le CAM

Contenu

- Aide ménagère (ménage, repas, courses) et/ou portage de repas sous forme d'un nombre d'heures modulable jusqu'à 20h/mois

Durée

- 1 mois renouvelable (maximum 3 mois)

Modalités

- Prestation sous conditions de ressources
- Le service social de la CARSAT/CPAM assure le suivi à domicile (vérification de la mise en route du dispositif, visite à domicile en cas de renouvellement)

Outils

Le dossier « demande d'accompagnement à la sortie d'hospitalisation » (commun CNAV/CNAMTS)

Le barème de ressources (commun CNAV/CNAMTS)

A noter que les patients peuvent souvent aussi bénéficier de telles prestations via leur complémentaire