

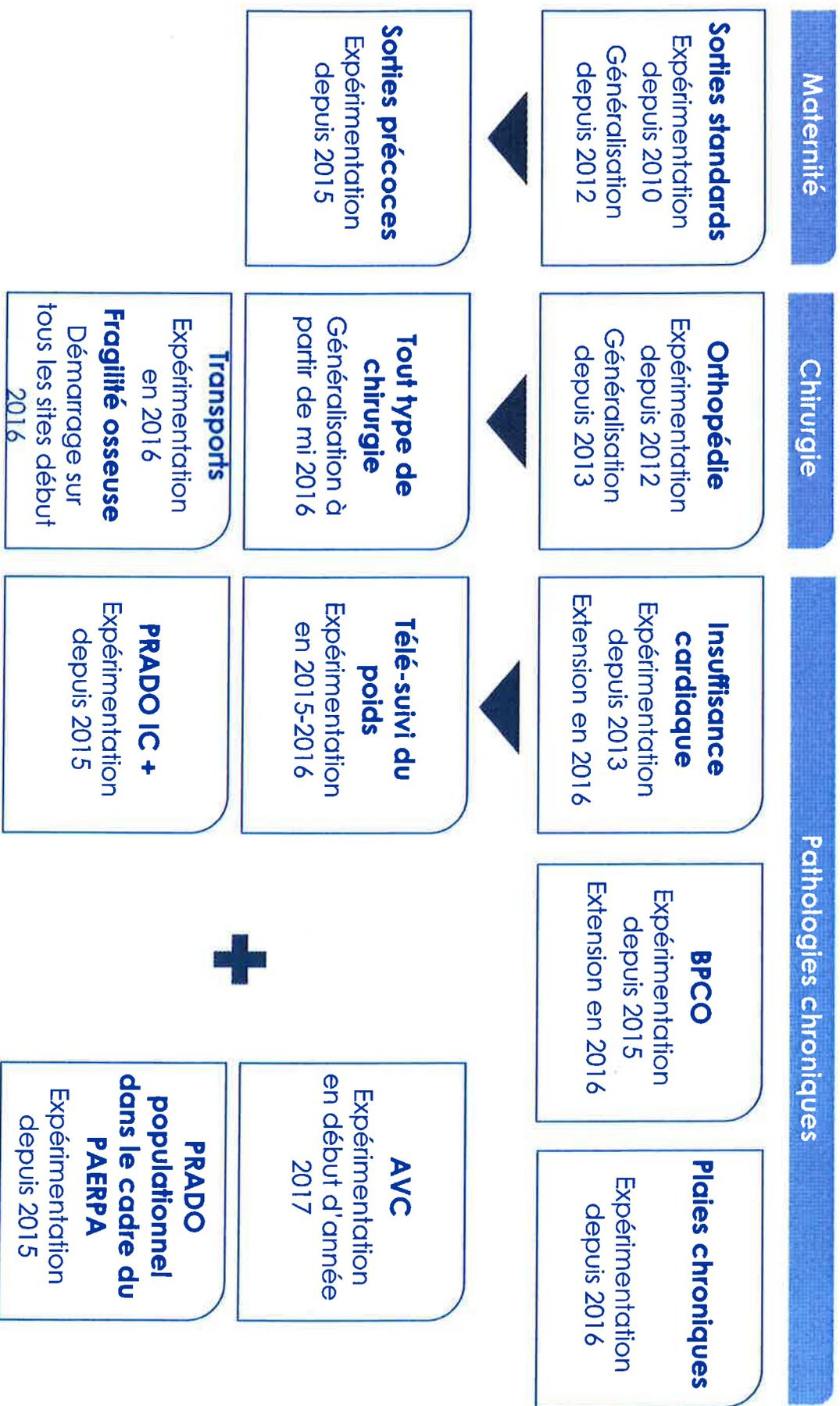
# PRADO, le programme de retour à domicile



Comité de suivi PRADO – 24/06/2016



## Une vue d'ensemble du programme





## PATHOLOGIES CHRONIQUES

Insuffisance cardiaque : état des lieux, actualités (télé-suivi du poids...)

BPCO : état des lieux de l'expérimentation

Plaies chroniques : état des lieux de l'expérimentation

AVC : travaux de développement en cours

## CHIRURGIE

### Orthopédie :

- Etat des lieux
- Actualités (transports, fragilité osseuse, extension chirurgie...)
- Éléments complémentaires d'évaluation

## MATERNITE

### Maternité

- Etat des lieux
- Actualités (sorties précoces...)
- Éléments complémentaires d'évaluation



### Insuffisance cardiaque

- Généralisation sur l'ensemble du territoire
- Extension à 4 autres territoires de l'expérimentation du télé-suivi du poids
- Evaluation à l'automne du PRADO IC+ (suivi téléphonique infirmier par une plateforme en relais du face à face infirmier) en vue d'une généralisation en 2017

### BPCO

- Extension à de nouveaux territoires (une dizaine initialement et une soixante supplémentaires en 2016)
- Création d'une rémunération spécifique pour les MK (rééducation respiratoire et motrice) financée de manière dérogatoire sur le FNPEIS

Inscription de l'acte RAD (surveillance et éducation du patient) à la nomenclature pour les IDE en cours

### Plaies chroniques

- Suivi de l'expérimentation et premier bilan en fin d'année

### AVC

- Finalisation de l'offre PRADO AVC : process et outils
- Lancement de l'expérimentation sur quelques territoires

### Personnes âgées

- Adaptation du process de l'expérimentation PRADO/PAERPA
- Lancement sur une dizaine de territoires

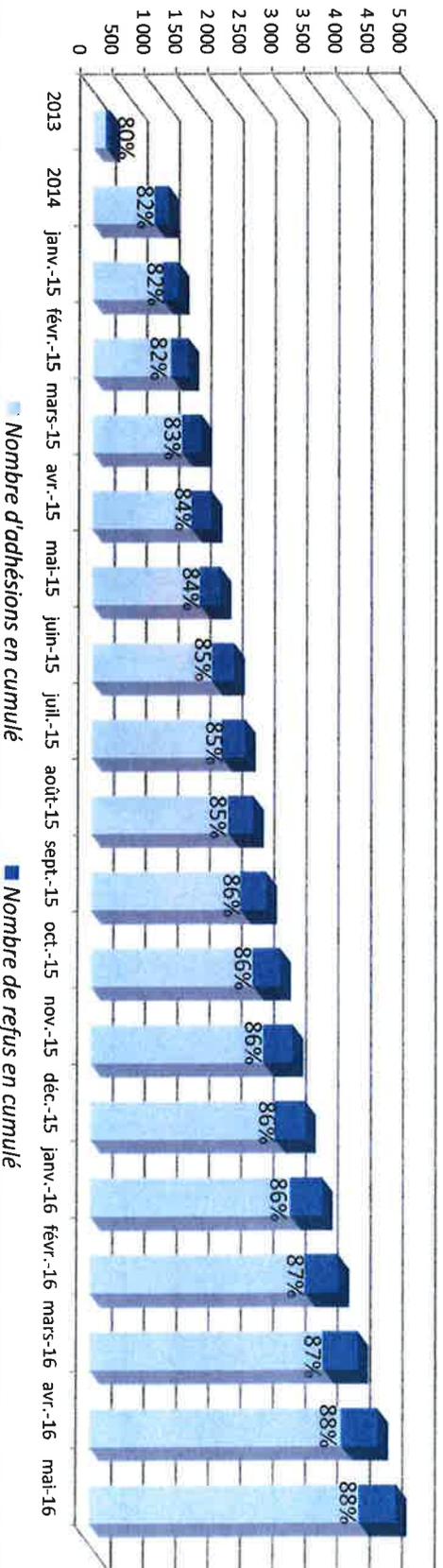
Intégration de pages « état de santé du patient » dans le carnet de suivi avec les antécédents, pathologies intercurrentes et autres traitements



## Insuffisance cardiaque

# Plus de 1 300 patients déjà accompagnés en 2016

### Évolution du programme depuis son lancement jusqu'à fin mai 2016



Plus de 4 760 patients ont bénéficié de la présentation de l'offre

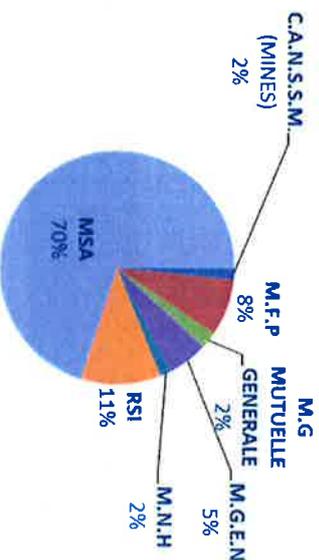
Près de 4 190 patients ont adhéré au programme

2 813 IDEL formées depuis mai 2013 et environ 4 000 MT et cardiologues ont participé au programme

### Zoom 2016

Plus de 1 300 patients ont adhéré au PRADO  
Taux d'adhésion de 92%

Plus de 200 adhésions mensuelles en moyenne sur l'année 2016



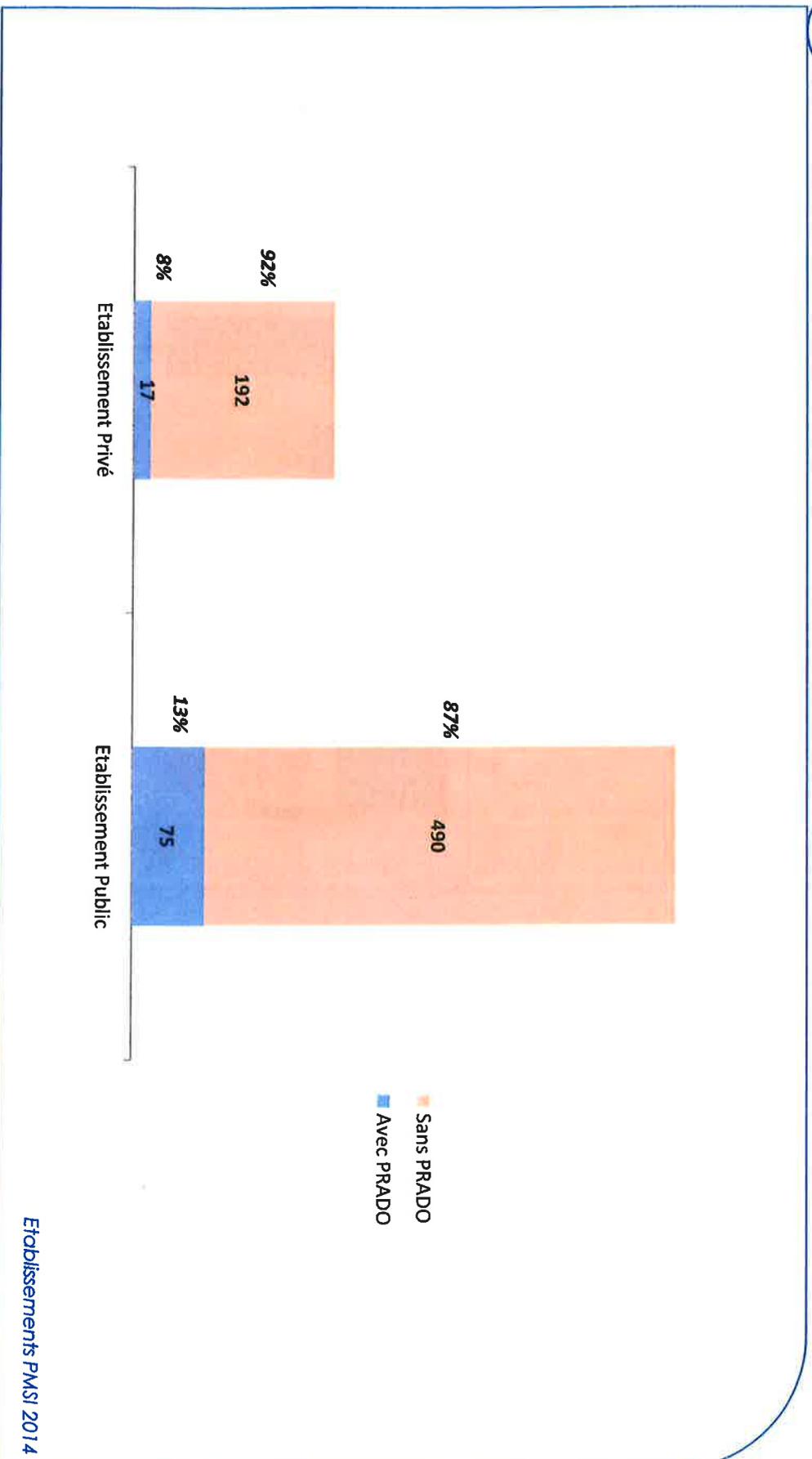
- Plus de **125 adhésions** recensées pour l'inter-régimes (hors RG)
- SLM** : déploiement selon accords des sections locales mutualistes
- CANSSM** (Mines) et **ENIM** (marins) : signature d'une convention 2ème trimestre 2016





## PRADO IC : répartition des établissements publics/privés

Insuffisance cardiaque



Une représentation plus importante des établissements publics due au potentiel de patients éligibles dans ces établissements.



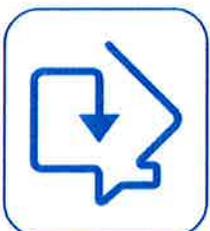
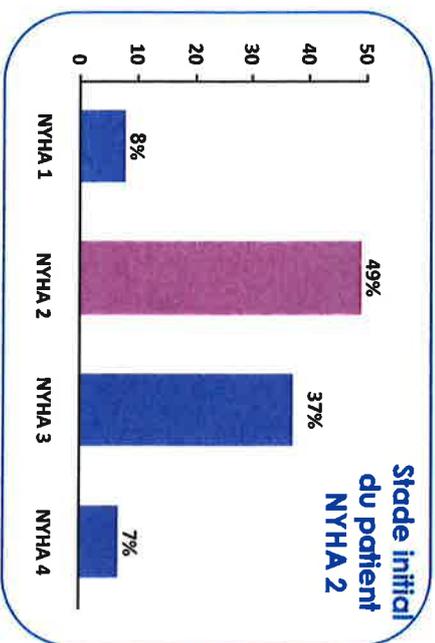
## Insuffisance cardiaque

# Profil type du patient adhérent au PRADO en 2016

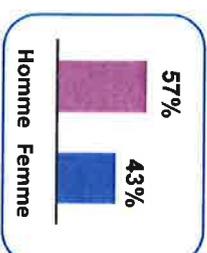
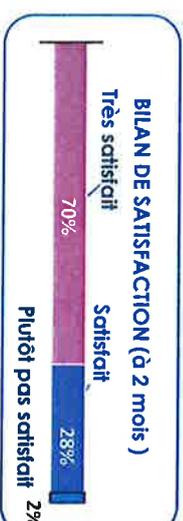
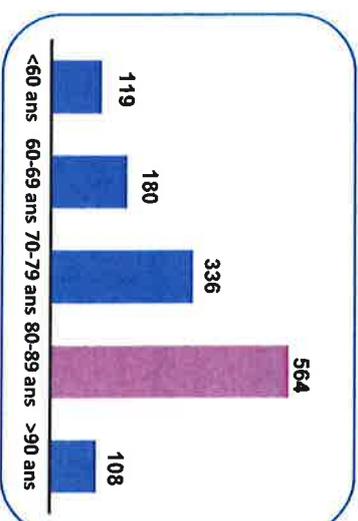
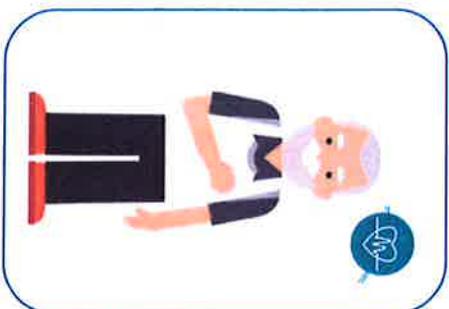
fin mai 2016



6% des patients bénéficient de l'aide à la vie



77 ans



### Télé suivi du poids

Pour les 4 sites expérimentateurs, 56 adhésions sont recensées :

- ➔ Gironde
- ➔ Meurthe et Moselle
- ➔ Rouen-Elbeuf-Dieppe
- ➔ Bas-Rhin



## Insuffisance cardiaque

## Rappel : synthèse de l'évaluation 2013-2014

Un meilleur respect du parcours recommandé pour les patients inclus dans le programme

▪ Le **décali de la 1ère prise en charge** par l'infirmier(ère) et le médecin généraliste est **plus court** pour les patients PRADO IC que ceux de la population témoin et la **consultation avec le cardiologue est retardée** conformément aux recommandations de la HAS

▪ La **proportion des patients ayant vu un(e) infirmier(ère), un médecin généraliste et un cardiologue** dans les 3 mois suivant l'hospitalisation est **significativement plus élevée** dans la population PRADO que dans la population témoin

▪ Les **patients PRADO IC consomment plus de soins infirmiers et de consultations avec le médecin généraliste** dans les 3 mois suivant l'hospitalisation que la population témoin

## Consommation de soins

▪ Dans les établissements PRADO, le **% de patients PRADO IC ni ré-hospitalisés, ni décédés est plus important** que ceux de la population témoin (mais différence statistiquement non significative)

▪ Ce critère combiné (ré-hospitalisation/décès) est positif et permettra de se comparer aux autres études scientifiques

▪ Dans les établissements PRADO, les **taux de ré-hospitalisation toutes causes** des patients PRADO sont **identiques** à ceux de la population témoin, en 2013 et 2014

▪ **Pas de différence significative au niveau des ré-hospitalisations en urgence** et avec passage par une unité de soins intensifs de cardiologie (USIC)

▪ **Des taux de décès inférieurs** pour les patients PRADO que ceux de la population témoin (mais statistiquement non significatif)

## Ré-hospitalisation et décès

Evaluation réalisée sur 532 patients PRADO avec un diagnostic principal d'insuffisance cardiaque (sur les 976 inclus PRADO 2013-2014)



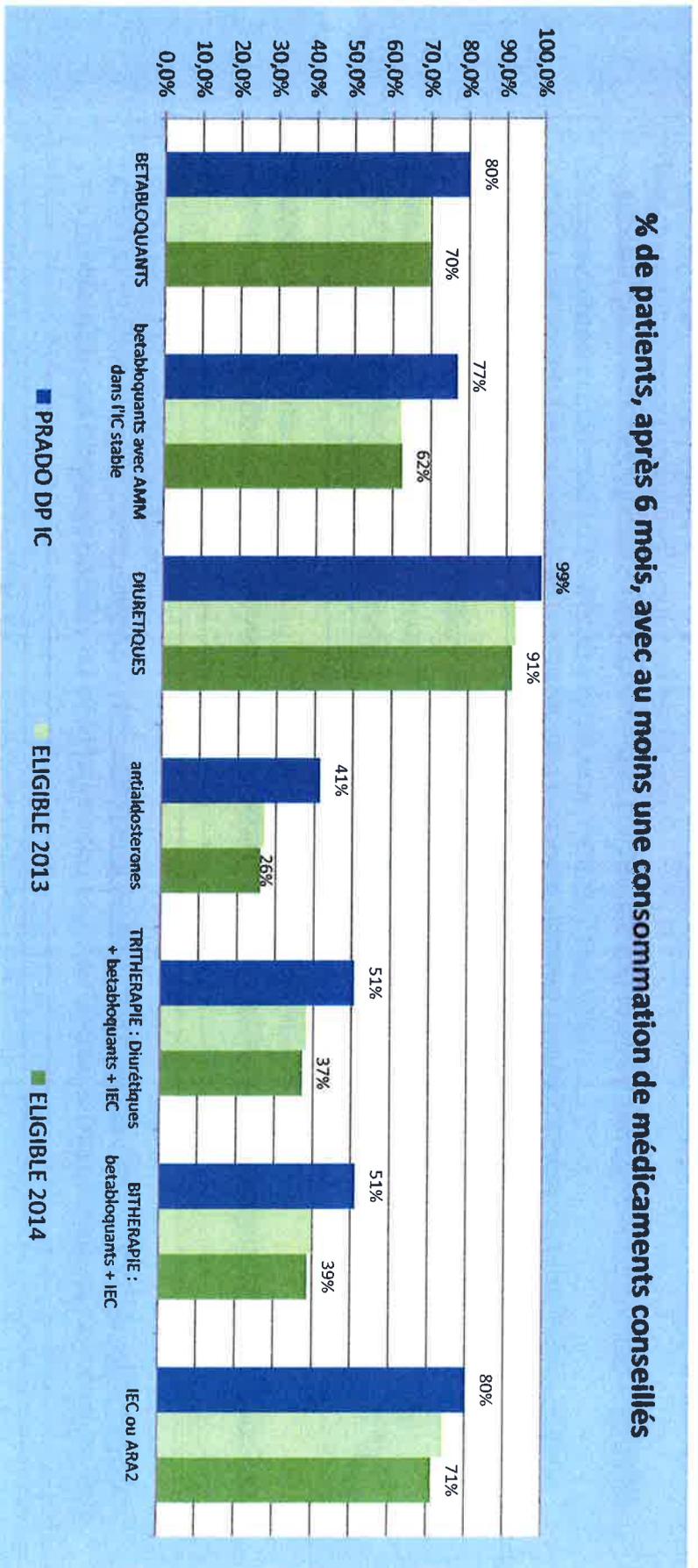
Insuffisance cardiaque

## Une meilleure prise en charge médicamenteuse à 6 mois

Pour les patients non décédés à 6 mois

A 6 mois - Comparaison  
France entière : PRADO vs éligibles

**% de patients, après 6 mois, avec au moins une consommation de médicaments conseillés**



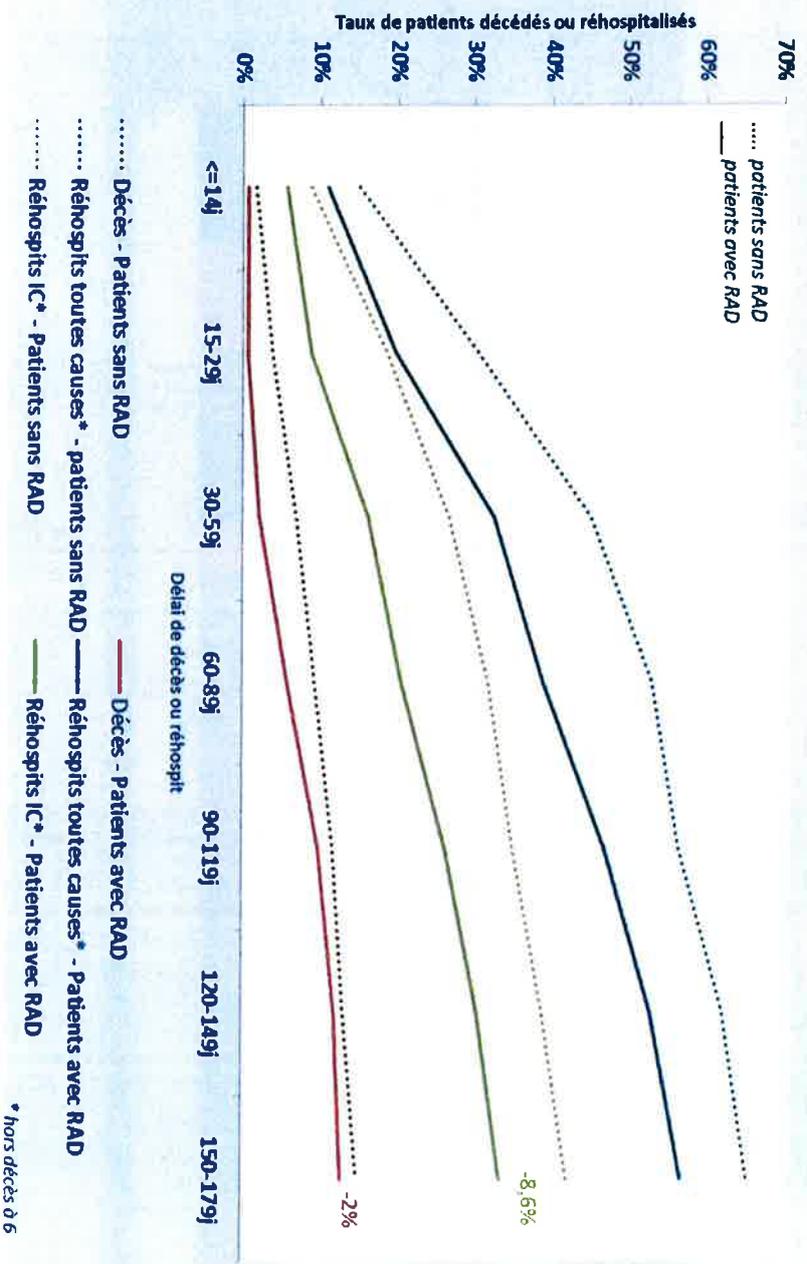
Une prise en charge globalement améliorée pour les patients PRADO, notamment concernant les taux de trithérapie et bithérapie



## Baisse des taux de ré hospitalisation et de décès chez les patients avec respect du protocole (RAD)

### Evolution des taux de décès et réhospitalisation entre 0 et 6 mois Pour les patients PRADO (DP IC ou Autres) avec / sans RAD

Rmq : calculs sans redressement  
La baisse n'est pas significative au niveau du taux de décès.



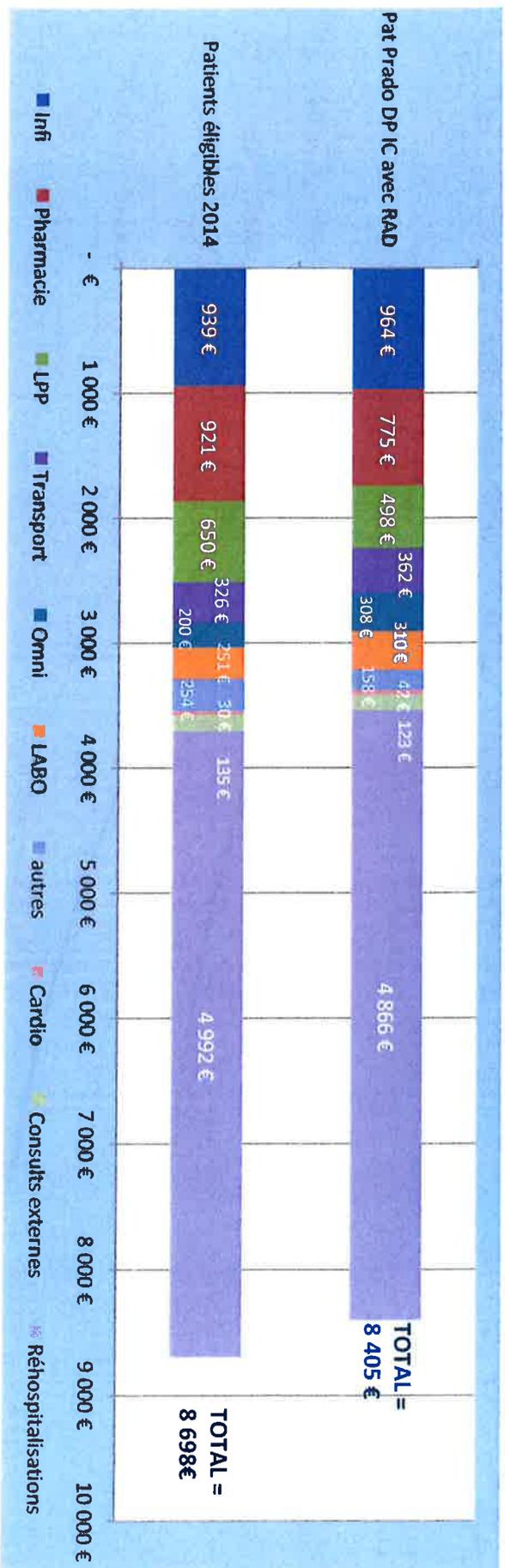
- -13,6% pour les ré hospitalisations toutes causes
- -20,6% pour les ré hospitalisations IC
- -13,2% pour les décès (NS)



## Parcours médico économique à 6 mois après l'hospitalisation

Inclus consultations externes en éta.b. Public

Par patient ayant au moins un remboursement en ville et non décédé à 6 mois

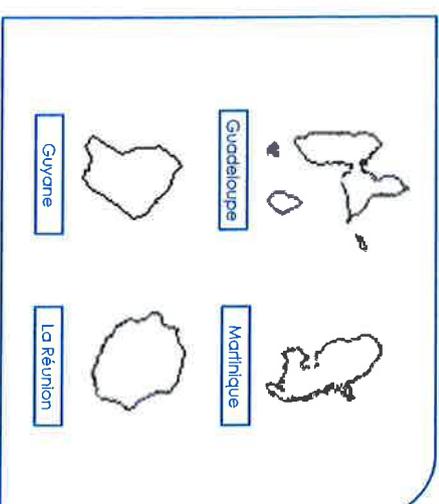
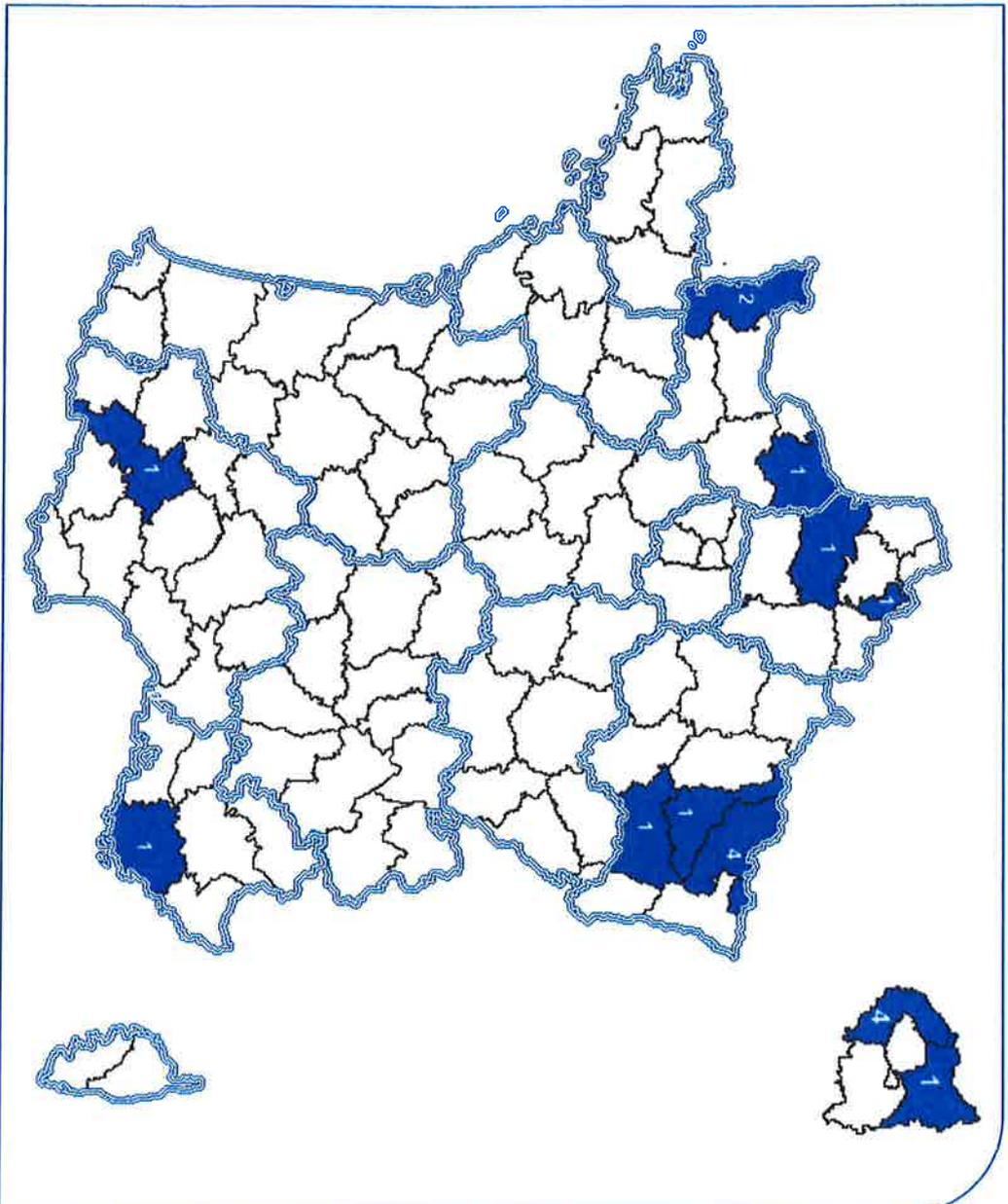




**BPCO**

## Etat du déploiement de l'expérimentation

A fin mai, l'offre de service est proposé dans 18 établissements : près de 200 patients en 2016 (85 en 2015)

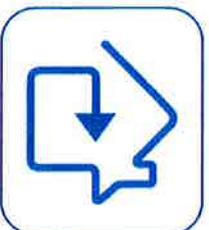




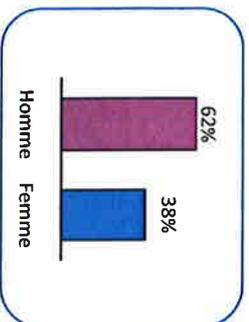
BPCO

# Profil du patient adhérent au PRADO BPCO en 2016

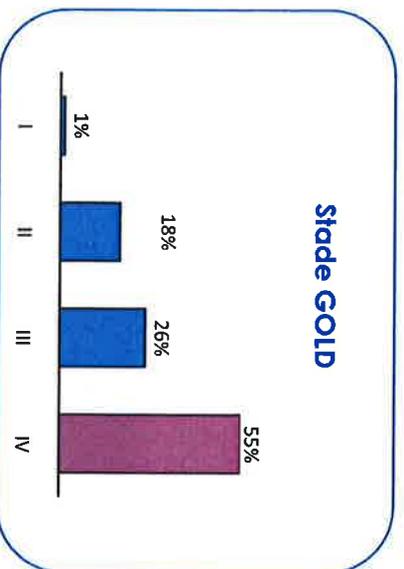
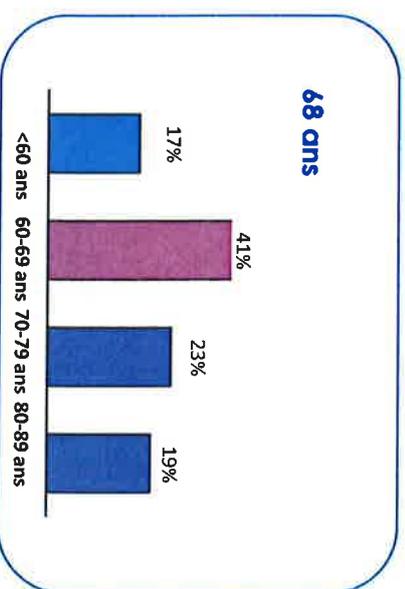
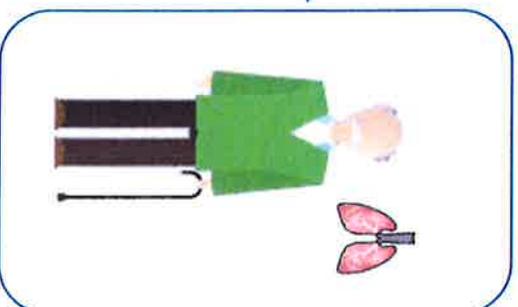
Profil réalisé sur les 190 patients adhérent fin mai 2016



des patients bénéficiant de l'aide à la vie



Stade initial du patient GOLD 4





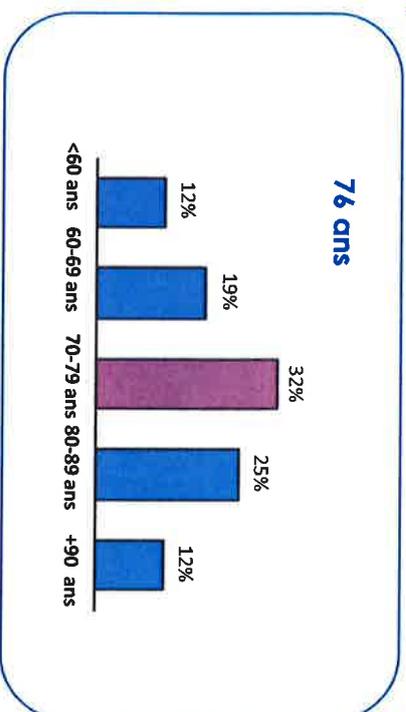
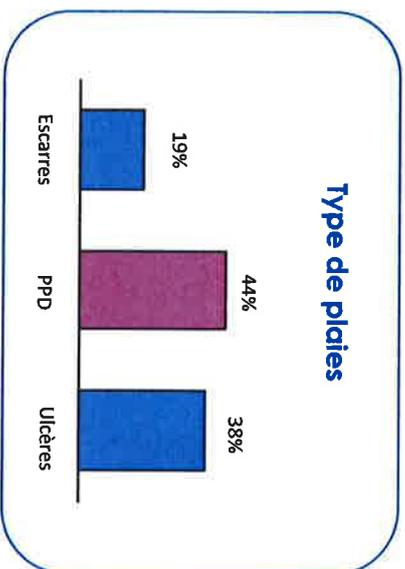
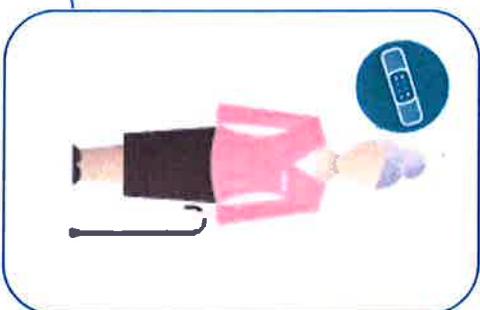
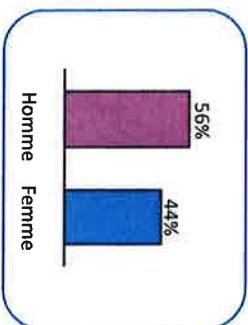
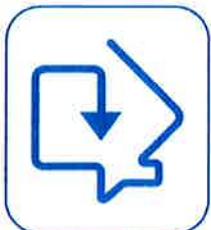


# Profil du patient adhérent au PRADO Plaies chroniques en 2016

Profil réalisé sur les 16 patients adhérent fin mai 2016



des patients bénéficient de l'aide à la vie





## Plaies chroniques

Application  
« e-mémo plaies  
chroniques »

Application téléchargeable gratuitement à destination des professionnels de santé sur la prise en charge des plaies chroniques (escarres, ulcères de jambe et plaie du pied diabétique)

- **Android** : 3 581 téléchargements au 14/06
- **Apple** : 2 420 téléchargements au 14/06

Application sélectionnée pour le prix Galien volet « e-santé » 2016



Expérimentation locale

Expérimentation mise en place par le site de Toulouse pour inclure le pharmacien dans le process

- ➔ Le CAM contacte la pharmacie pour le patient et lui adresse l'ordonnance
- ➔ Les syndicats nationaux ont été informés et l'information des syndicats locaux est en cours



AVC

## AVC : Proposition 5 du rapport Charges & Produits 2016

« Eviter ou diminuer les récidives en prenant mieux en charge les patients pendant et après l'hospitalisation »

AIT

**Prévention secondaire** → Amélioration de l'exploration et prise en charge médicamenteuse en ville (renforcement de l'information patients et MT)

AVC

**Renforcer la coordination entre les acteurs de ville et d'améliorer la prise en charge pluridisciplinaire**  
→ parcours de soins optimisé en sortie d'hospitalisation

Un programme PRADO qui intègre les recommandations de la HAS sur les soins de ville après un AVC\*

Optimiser le taux de recours aux structures d'aval

- Faciliter le retour à domicile des patients présentant un faible déficit

Limiter le handicap

- Rééducation adaptée après la phase aiguë hospitalière (SSR, HAD, domicile, EHPAD)

Diminuer les récidives

- Après un AIT en évaluant et améliorant le contrôle des facteurs de risque (risque élevé de survenue d'un AVC ischémique après un AIT : 2,5-5 % à 48 heures, 5-10 % à 1 mois, 10-20 % à 1 an )

Améliorer le suivi médical

- Coordination PS de ville et prise en charge pluridisciplinaire
- Assurer un suivi médical pendant les premières années :
  - **en neurologie** : visite à 3 mois et à 1 an
  - **en MPR** : visite à 6 mois, à 1 an, puis tous les 2 ans
- Dépister la régression des acquis, la démence, la dépression du patient, l'épuisement et la dépression de l'aidant

\*HAS: « Ensemble, améliorons les pratiques de prise en charge de l'Accident Vasculaire Cérébral » Bilan 2010, Étape 3: La première année après l'AVC

HAS: « Retour au domicile des patients adjuvés atteints d'accident vasculaire cérébral », ANAES, p. 10, 2003

HAS: « Prise en charge diagnostique et traitement immédiat de l'accident ischémique transitoire de l'adulte », ANAES, p.8, 2004



AVC

## AVC : Un programme qui s'inscrit dans le plan AVC

- **Axe 2** : « organiser une meilleure prise en charge au sein d'une filière AVC territoriale coordonnée »
- **Action 13 du Plan AVC**: « assurer la sensibilisation des médecins traitants aux recommandations de la HAS pour améliorer le suivi de l'AVC par les médecins libéraux »

*Plan AVC 2010-2014: « La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France ». Synthèse du rapport, p. 11, 2009  
Les actions du plan d'actions national AVC 2010-2014 et leur niveau de pilotage: « extrait du plan d'actions national AVC 2010-2014 », 2010*

**...et qui s'inspire des parcours de soins proposés par le groupe SOFMER-FEEDMER\***

**4 parcours de soins AVC identifiés selon la sévérité des déficiences et le pronostic fonctionnel...**

**... et modulés en fonction de facteurs contextuels selon le modèle de la classification internationale de fonctionnement (CIF)**

**→ Description d'un parcours optimisé MCO, SRR, ville (acteurs, durée et fréquence)**

*\* Parcours de soins en MPR « le patient après AVC » Groupe SPFMER-FEDMER, 2011*



## Un motif fréquent d'hospitalisation

Sources : PMSI MCO et SSR 2013 / patients tous régimes > 18 ans / Détail du mode de sélection en annexe

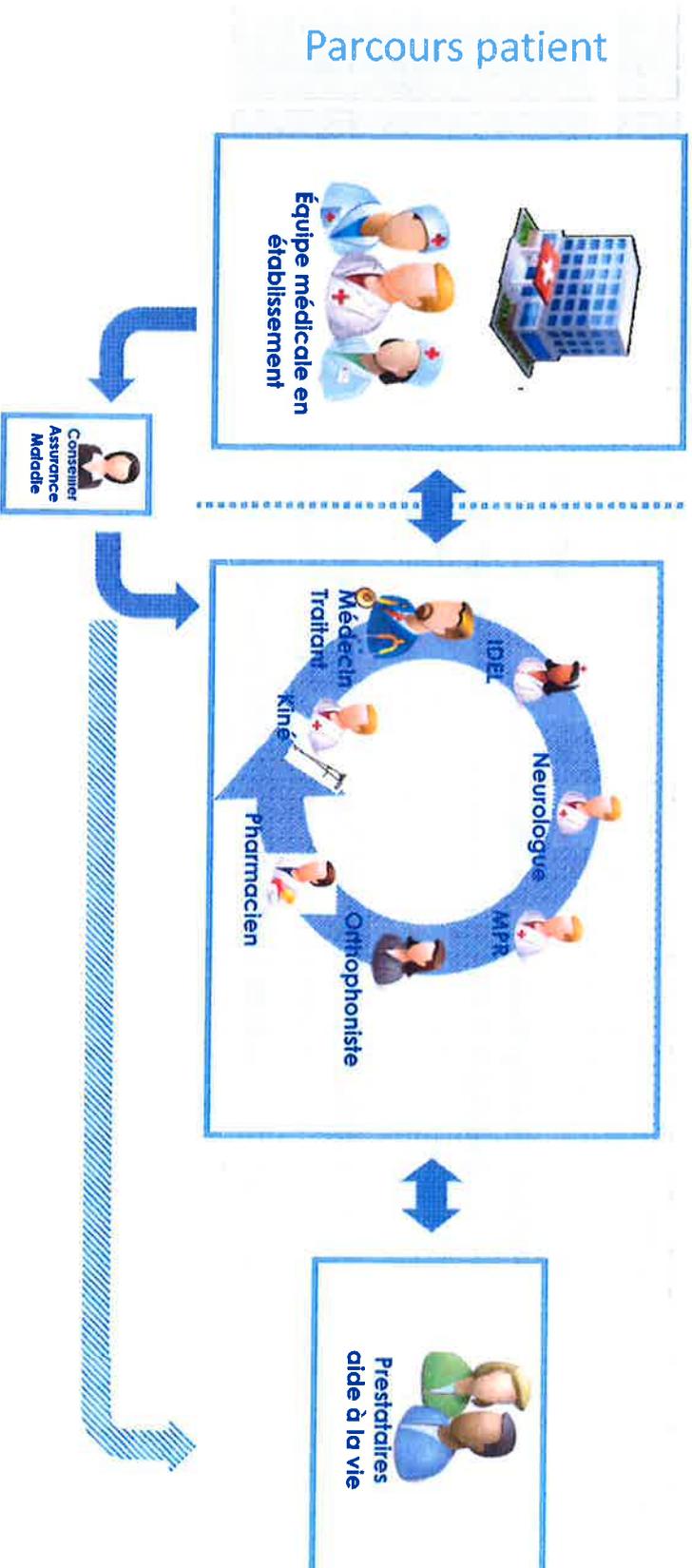
Séjours AVC/AIT	165 371 séjours <b>146 371 patients</b>
Dont patients primo-AVC/AIT	<b>126 361 patients</b> (86,3%)
Dont patients primo-AVC	<b>96 173</b>
Dont patients primo-AIT	Taux de décès hospitaliers: 13,2% (12 730 patients) <b>30 188</b>
Taux de recours au SSR	Taux de décès hospitaliers: 0,5% (1 60 patients)
Taux de passage par une UNV au cours du séjour MCO	<b>31,4%</b> hors patients AIT et hors décès hospitaliers
Durée moyenne de séjour MCO	<b>36%</b>
Durée moyenne de séjour SSR	<b>9,8 jours</b>
	<b>45,3 jours</b>



AVC

# Une prise en charge coordonnée autour du patient post AVC

Parcours de soins PRADO AVC





AVC

## AVC : travaux en cours avec les experts

### Groupe de travail

SFNV, DGOS, SFGG, SOFMER, CMG, HAS et PS d'expérimentations AVC : IDE, MK, neurologue

France AVC

### Process

#### Process pour les 2 parcours post MCO identifiés :

- Parcours PRADO AIT /AVC sans déficience visible en post MCO
- Parcours PRADO AVC en post MCO avec une seule déficience ou deux déficiences légères (catégories 1 et 2 légère, SOFMER)

- **Articulation** bien identifiée entre **consultation** pluri professionnelle **post AVC** (plan AVC) / **consultation MT** / **consultation spécialisée** (neurologue , MPR et gériatre)

- Mémos de bonnes pratiques : consultation MT dans le 1<sup>er</sup> mois, CAT en cas de récidive, prévention secondaire après AVC ou AIT, iatrogénie
- Mémo d'organisation générale

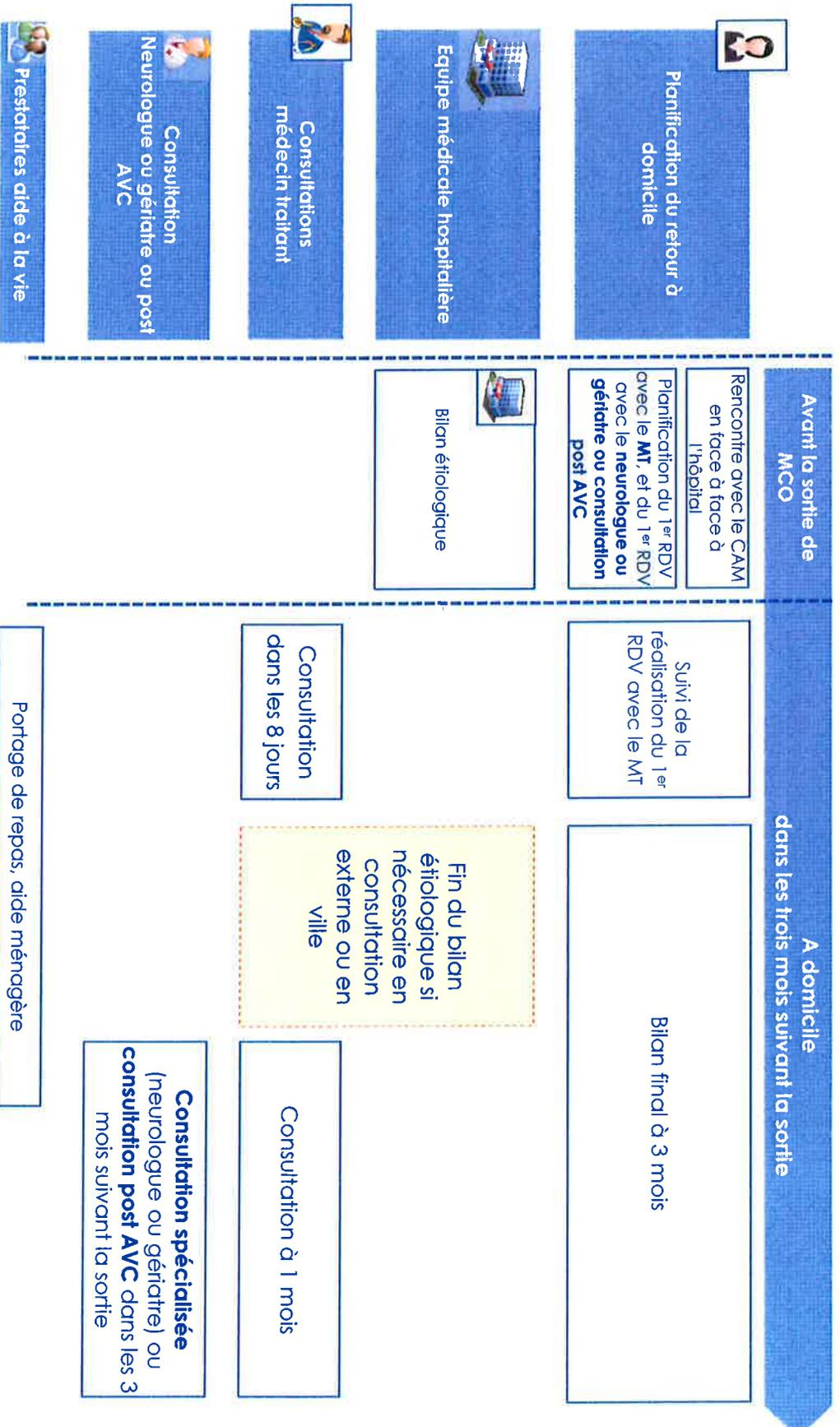
### Outils

Lancement de l'action prévu au début de l'année 2017

# AIT/AVC sans déficience : parcours d'accompagnement en sortie d'hospitalisation MCO

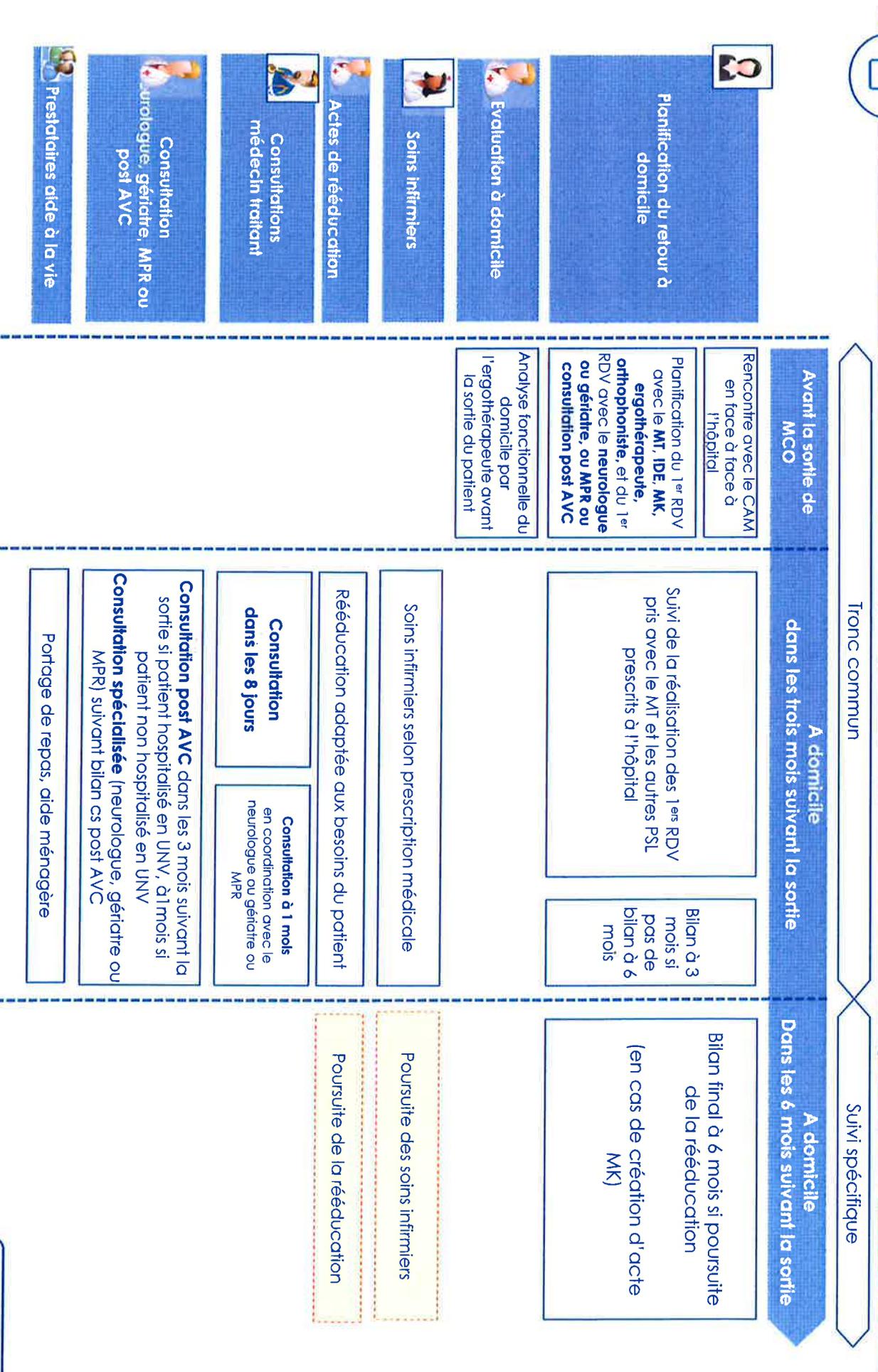


Tronc commun





# AVC avec une ou deux déficiences légères : parcours d'accompagnement en sortie d'hospitalisation MCO





## PATHOLOGIES CHRONIQUES

**Insuffisance cardiaque** : état des lieux, actualités (télé-suivi du poids...)

**BPCO** : état des lieux de l'expérimentation

**Plaies chroniques** : état des lieux de l'expérimentation

**AVC** : travaux de développement en cours

## CHIRURGIE

### Orthopédie :

- Etat des lieux
- Actualités (transports, fragilité osseuse, extension chirurgie ...)
- Éléments complémentaires d'évaluation

## MATERNITE

### Maternité

- Etat des lieux
- Actualités (sorties précoces ...)
- Éléments complémentaires d'évaluation



## Chirurgie

### Les enjeux de l'année 2016

#### Fragilité osseuse

- Déploiement au sein du PRADO chirurgie orthopédie, France entière
- Premier bilan de l'action en fin d'année

#### Expérimentation de la prise en charge des frais de transports

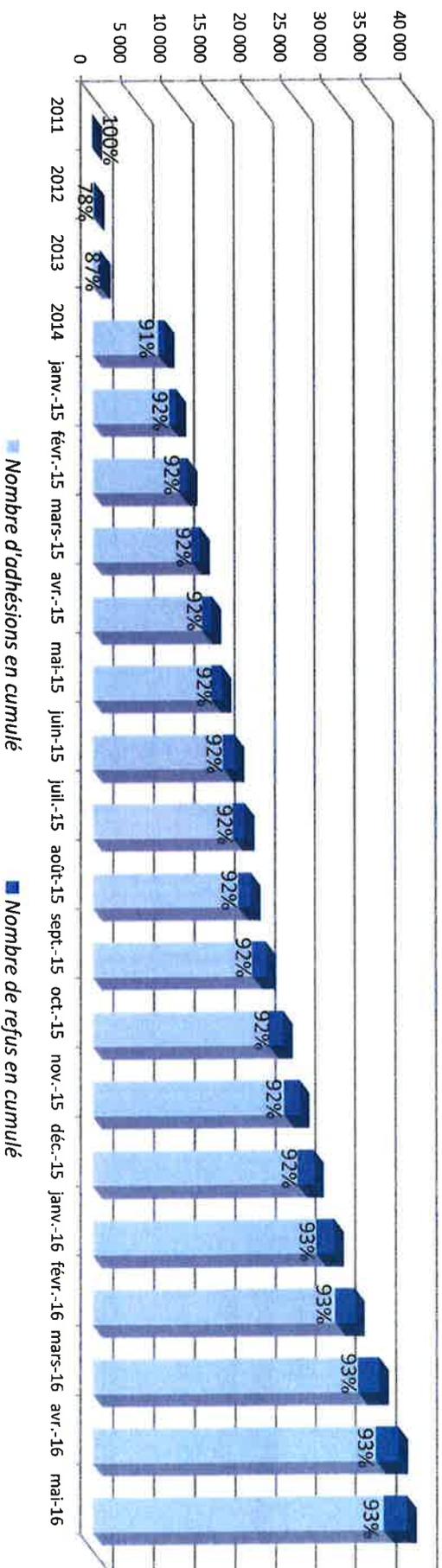
- Expérimentation de la prise en charge des frais de transports dans le cadre du PRADO chirurgie orthopédie pour les patients du régime général et du régime agricole
- Premier bilan de l'action en fin d'année

#### Extension tout type de chirurgie

Travaux réalisés avec le **G**roupe Francophone de **R**éhabilitation **A**méliorée après **C**hirurgie (**GRACE** / Pr Slim) et le **C**onseil **N**ational **P**rofessionnel de **C**hirurgie **V**iscérale et **D**igestive (**CNPCVD** / Pr Collet) pour un lancement 2<sup>ème</sup> semestre 2016



Évolution du programme depuis son lancement jusqu'à fin mai 2016



Plus de **38 940 patients** ont bénéficié de la présentation de l'offre

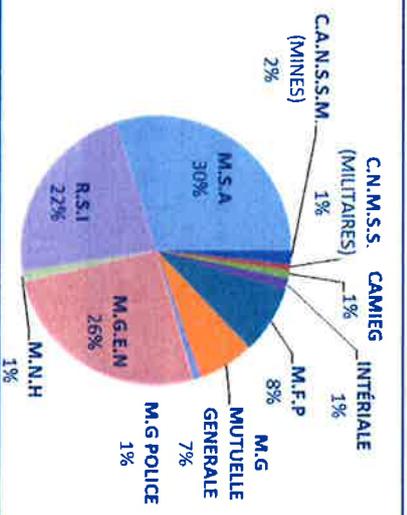
Près de **36 050 patients** ont adhéré au programme

Zoom 2016

Près de **10 680 patients** ont adhéré au PRADO  
Taux d'adhésion de 93%

Plus de **2 100 adhésions mensuelles** en moyenne sur l'année

**42% des patients** se sont pré-inscrits



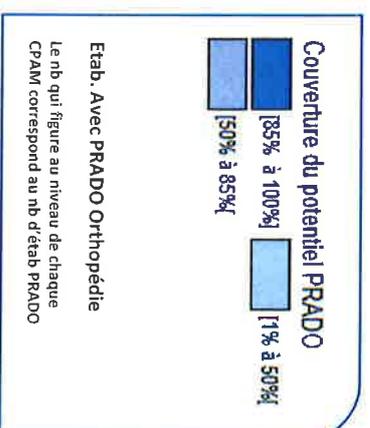
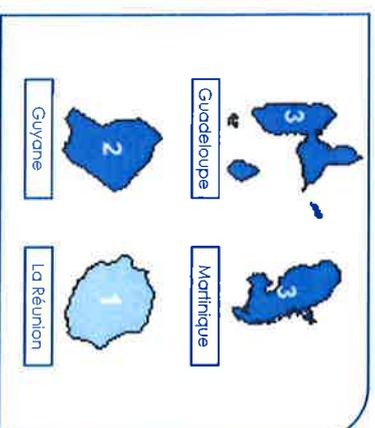
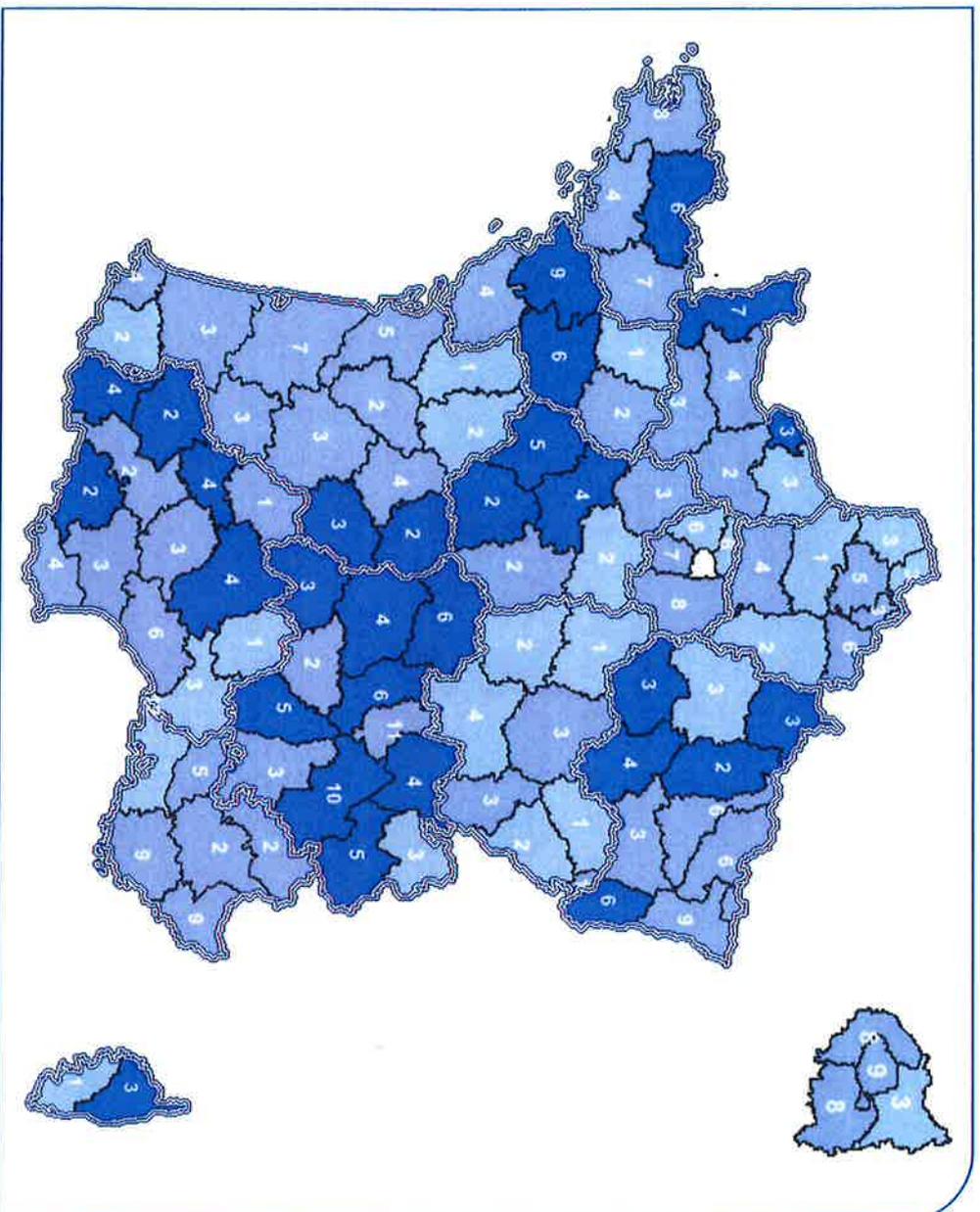
- Près de **1 150 adhésions** pour l'inter-régimes
- **CANSSM** (Mines) et **ENIM** (marins) : signature d'une convention 2ème trimestre 2016



# Déploiement généralisé sur l'ensemble du territoire

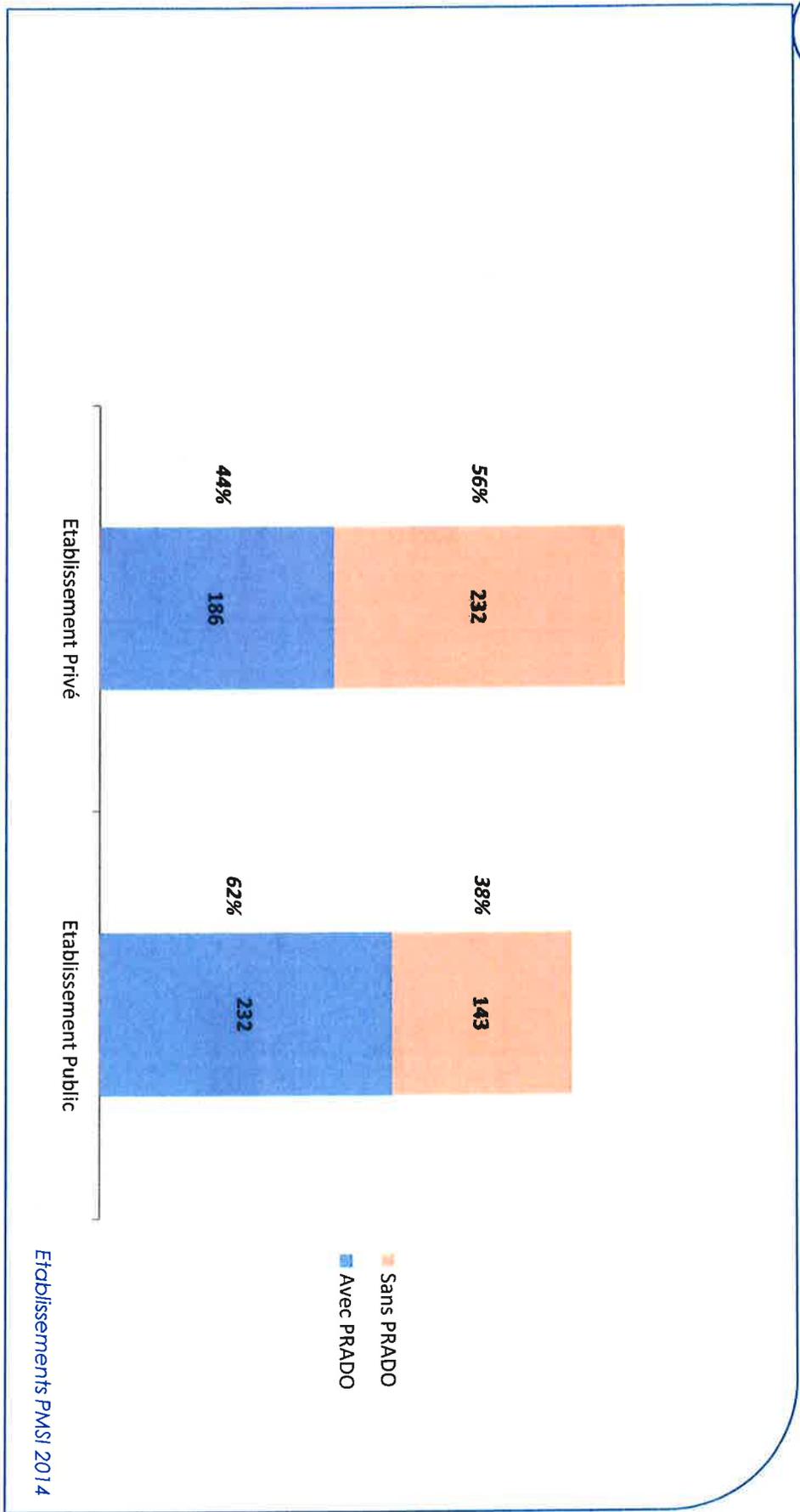
Le service est disponible dans la totalité des départements\*

A fin octobre, l'offre de service est proposé dans 425 établissements





# Répartition des établissements publics/privés



Sur représentation des établissements publics conventionnés sur le PRADO chirurgie orthopédie



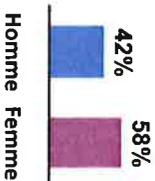
# Profil type du patient adhérent au PRADO Orthopédie en 2016 (fin mai)

Statistiques issues de la saisie des CAM (bilan à J+15)

Taux global de recours aide à la vie : 8%

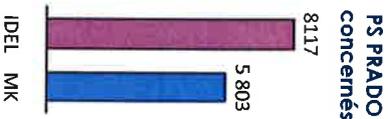
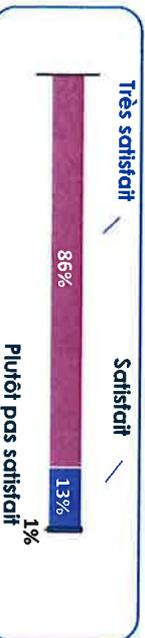
## CHIRURGIE DE L'ÉPAULE 9% des adhésions PRADO

Nombre adhérents	Age Moyen	Recours aide à la vie	Nombre pré-inscriptions		
985	60 ans	99	11%		
61	113	330	160		
<40 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	70-80 ans	>80 ans



## CHIRURGIE DU GENOU 29% des adhésions PRADO

Nombre adhérents	Age Moyen	Recours aide à la vie	Nombre pré-inscriptions		
3 101	62 ans	175	37%		
348	192	448	941		
<40 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	70-80 ans	>80 ans



## CHIRURGIE DU RACHIS 5% des adhésions PRADO

Nombre adhérents	Age Moyen	Recours aide à la vie	Nombre pré-inscriptions		
542	56 ans	42	5%		
74	115	122	120		
<40 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	70-80 ans	>80 ans

## CHIRURGIE DE LA HANCHE 33% des adhésions PRADO

Nombre adhérents	Age Moyen	Recours aide à la vie	Nombre pré-inscriptions		
3 590	68 ans	243	39%		
90	161	513	1 188		
<40 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	70-80 ans	>80 ans

## FRACTURES DE MEMBRES/INTERVENTIONS TENDINEUSES (hors genou et épaule) 23% des adhésions PRADO

Nombre adhérents	Age Moyen	Recours aide à la vie	Nombre pré-inscriptions		
2 465	60 ans	256	8%		
345	298	476	573		
<40 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	70-80 ans	>80 ans



Contact téléphonique  
avec l'URPS  
pharmaciens de  
Lorraine

- Echange sur le service PRADO et le programme de **Suivi Intégré de l'Ostéoporse par URPS-X (SIOUX)** qui associe les médecins et les pharmaciens : programme d'éducation thérapeutique, débuté en janvier 2013
- 3 ans sur les 3 départements : Moselle, Meurthe et Moselle et Meuse
- Premiers résultats encourageants
- En attente des résultats d'évaluation prévue en fin d'année 2018

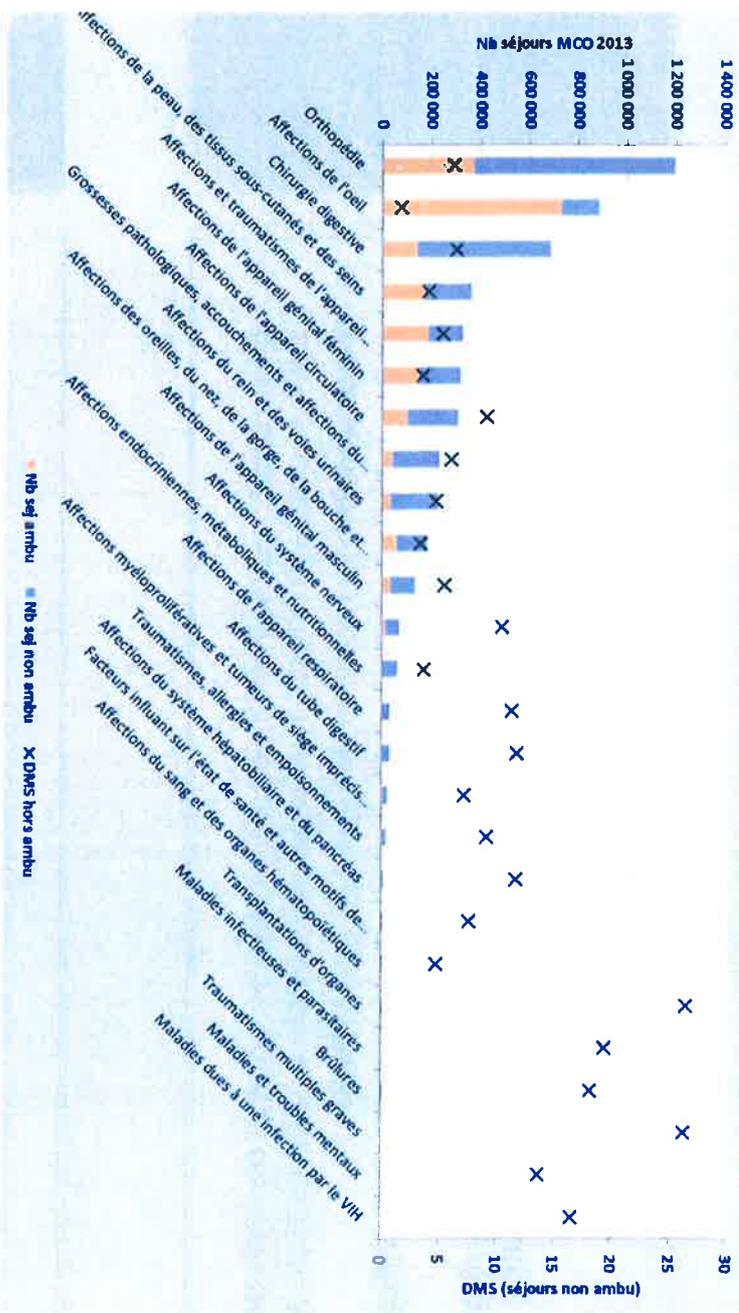
Expérimentation de  
prise en charge des  
frais de transport dans  
le cadre du PRADO  
chirurgie orthopédie

- Pour rappel : expérimentation de la prise en charge des frais de transports dans le cadre du PRADO chirurgie orthopédie en lien avec la MSA
- **Financement** de manière dérogatoire sur le **FNASS**
- 5 sites ont démarré les inclusions (Tulle, Rennes, Dijon, Loire Atlantique, Limoges)
- 4 sites doivent démarrer prochainement (Roubaix, Le Mans, Bordeaux, Maine et Loire) → 23 établissements visés par l'expérimentation
- 18 inclusions à mi mai 2016
- Résultats de l'évaluation disponibles fin d'année 2017



## Chirurgie

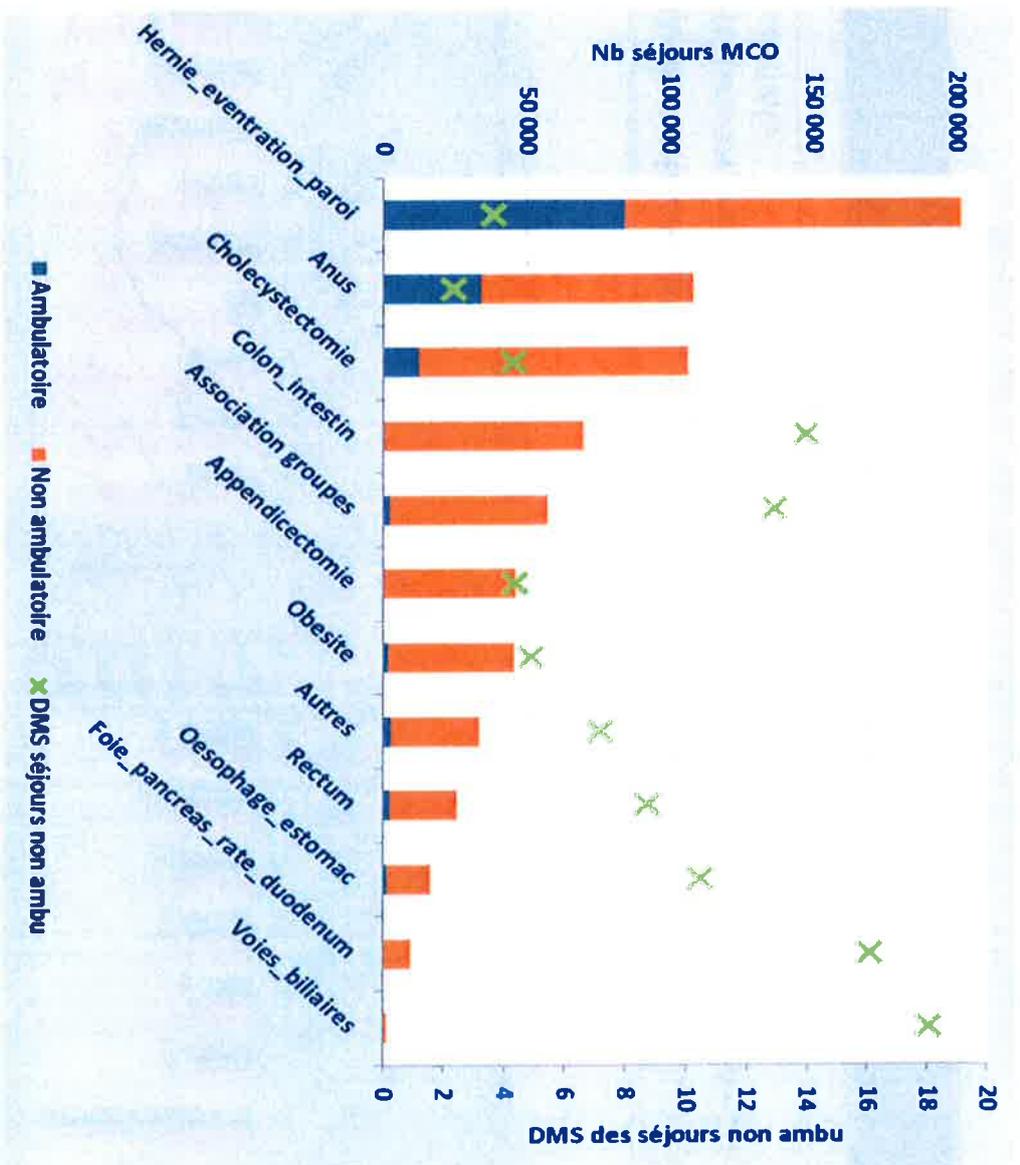
# Extension en 2016 à l'ensemble de la chirurgie nécessitant un accompagnement en ville



### Effectifs et DMS MCO des séjours de chirurgie par CMD

En 2013

- **5 124 010 séjours** de chirurgie (ensemble des séjours du PMSI MCO avec GHM en « C »)
  - Dont 11,2% effectués en urgence (574 697)
  - **¼ des séjours réalisés en ambulatoire** (23,5%)
    - DMS hors ambulatoire de 7,3 jours
- **Chirurgie orthopédique** représente **¼ des séjours** (1 194 029, soit 23%), puis la chirurgie digestive (si on exclut les « affections de l'œil » /essentiellement cataracte)

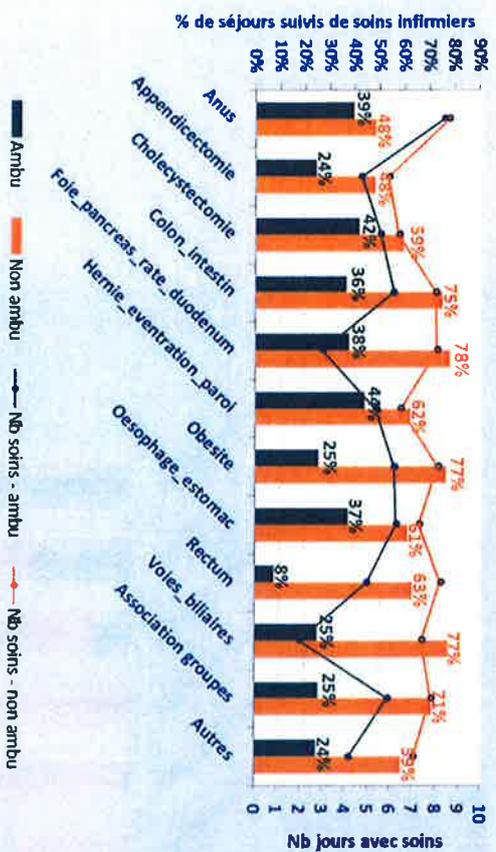


- 720 111 séjours MCO au total
- 19,5% réalisé en ambulatoire
- DMS moyenne hors actes ambulatoires : 6,7 jours



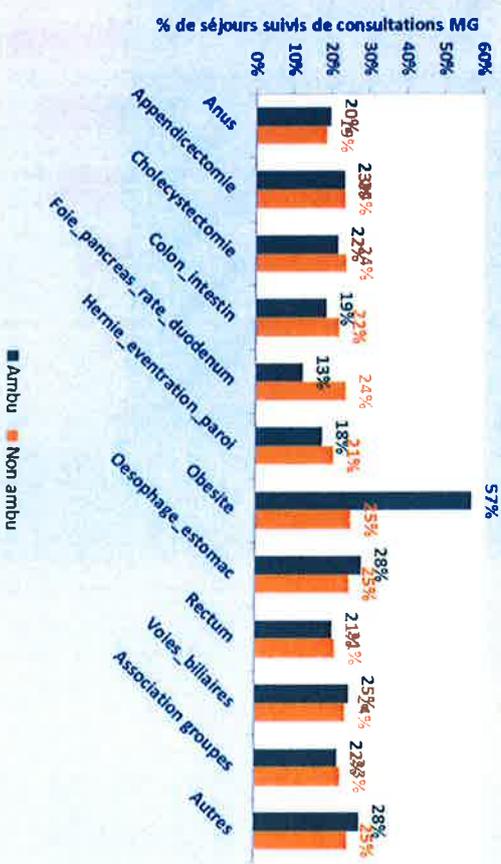
Soins infirmiers

Part des séjours avec mode de sortie domicile suivis de soins infirmiers dans les 10 jours après la sortie



Consultations MG

Part des séjours avec mode de sortie domicile suivis de consultations MG dans les 10 jours après la sortie



- **Actes réalisés en ambulatoire** : 41,2% suivis de soins infirmiers et 19,4% d'une consultation MG
- **Actes non réalisés en ambulatoire** : près de 2/3 (62%) suivis de soins infirmiers et 22,3% de consultation de MG

Un besoin de soins en post-chirurgie réel mais à cibler



## Chirurgie

# Volumétrie potentielle chirurgie digestive : près de 194 000 patients/an

	Nb de séjours avec mode de sortie domicile	% séj patient de 75 ans et +	% séj suivis soins IDE dans les 10j (- 75 ans)	% séj suivis de MG dans les 10j (- 75 ans)
Hernie éventration paroi	197 528	17%	44%	16,4%
Anus	107 359	3%	44%	18,5%
Cholécystectomie	102 585	13,6%	48,2%	21%
Colon intestin	55 918	23,7%	58,1%	18,4%
Associations groupes	49 025	16,2%	58,1%	20,1%
Appendicectomie	45 257	3,8%	45,2%	22,9%
Obésité	44 955	0%	74,5%	26,7%
Autres	31 035	8,8%	49,7%	23,4%
Rectum	23 009	18,6%	47%	18,1%
Œsophage estomac	14 393	9,1%	53,4%	23,8%
Foie pancréas rate duodenum	7 999	12,3%	68,2%	22,1%
Voies biliaires	836	27%	57,4%	19,5%

### Critères de calcul du potentiel :

- 100% des patients de 75 ans et plus : 83 178
- 25% des patients avec soins infirmiers (<75 ans) : 84 603
- 10% des patients sans soins infirmiers (<75 ans) : 25 831

→ **Potentiel total : 193 612 patients soit 28% des séjours** (données PMSI 2013)



## Chirurgie

## Volumétrie potentielle des autres groupes de chirurgie : 230 000 patients/an

	Nb de séjours avec mode de sortie domicile	% séj patient de 75 ans et +	% séj suivis soins IDE dans les 10j (- 75 ans)	% séj suivis de MG dans les 10j (-75 ans)
Chirurgie gynécologique	223 807	8,7%	50,4%	26,5%
Autres chirurgies	176 592	19,2%	40,1%	23,5%
Chirurgie des reins et des voies urinaires	131 360	28,5%	22,0%	22,2%
Chirurgie de l'appareil circulatoire	70 578	30,5%	46,0%	23,5%
Chirurgie de l'appareil génital masculin	35 379	15,1%	60,0%	26,6%
Chirurgie du système nerveux	35 793	7,7%	58,3%	27,2%
Chirurgie pulmonaire	20 519	13,6%	65,0%	30,9%
ORL	18 234	12,7%	24,2%	21,6%

### Critères de calcul du potentiel :

- 100% des patients de 75 ans et plus : 125 669
- 25% des patients avec soins infirmiers (<75 ans) : 76 156
- 10% des patients sans soins infirmiers (<75 ans) : 28 197

→ **Potentiel total : 230 022 patients soit 32% des séjours (données PMSI 2013)**



# Lancement de l'extension toute chirurgie

Cible : Tout acte de chirurgie pour lequel un accompagnement par les PS au retour à domicile semble pertinent à l'équipe médicale hospitalière

Adaptation des outils d'accompagnement existant à tout type de chirurgie

Dépliant de présentation



Grille d'éligibilité



Mémos PS



Fiche de pré-inscription



Extension à partir du 2ème semestre 2016



## Synthèse de l'évaluation 2014 sur plus de 4 600 patients

Recours au SSR

- **taux de recours au SSR qui baisse France entière** (-1 point de %) et qui baisse autant pour les établissements PRADO qui partaient de plus haut

DMS

- **DMS qui baisse plus fortement pour les établissements PRADO** que France entière (6,28 jours à 5,93 jours entre 2013 et 2014)

### Zoom hanche

Recours au SSR

- **Taux de recours au SSR qui baisse plus fortement pour les établissements PRADO** que France entière (-2 points vs - 4 points de %)

Âge des patients

- **Âge comparable patients PRADO / retour à domicile mais plus jeunes que ceux orientés en SSR** (67,5 ans vs 72,3 ans)

DMS

- **Plus faible pour les établissements PRADO / DMS France entière** (en 2013) et qui baisse de 6 points entre 2013 et 2014
- **Plus faible de 2,8 points pour les patients PRADO** que celle des patients éligibles au programme (la tendance DMS patients éligibles diminue entre 2013 et 2014)

Délai d'intervention des PSL

- **Réduction du délai d'intervention des professionnels de santé libéraux** après la sortie de l'hôpital ;  
MKL : 2,7 jours pour les patients PRADO vs 5,7 jours pour les éligibles

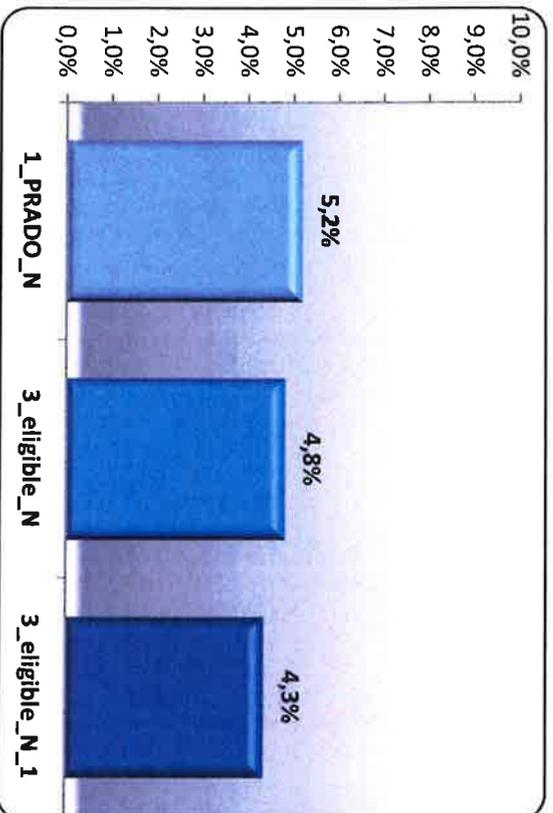
# Part de patients « précaires » dans le service PRADO



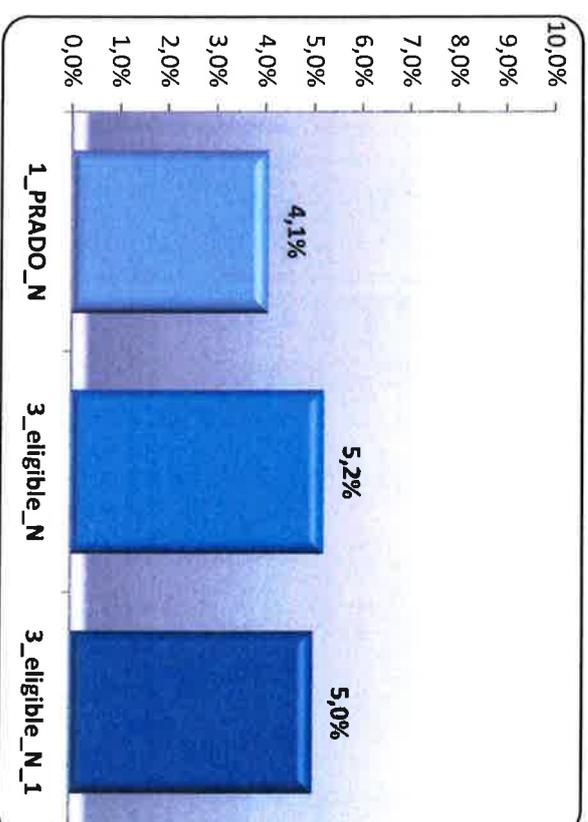
## Chirurgie orthopédique

Pourcentage des patients bénéficiant de la CMU, CMU C ou ACS dans l'année de leur hospitalisation et jusqu'à 6 mois après la sortie de l'établissement

### HANCHE



### PROTHESE DE GENOU

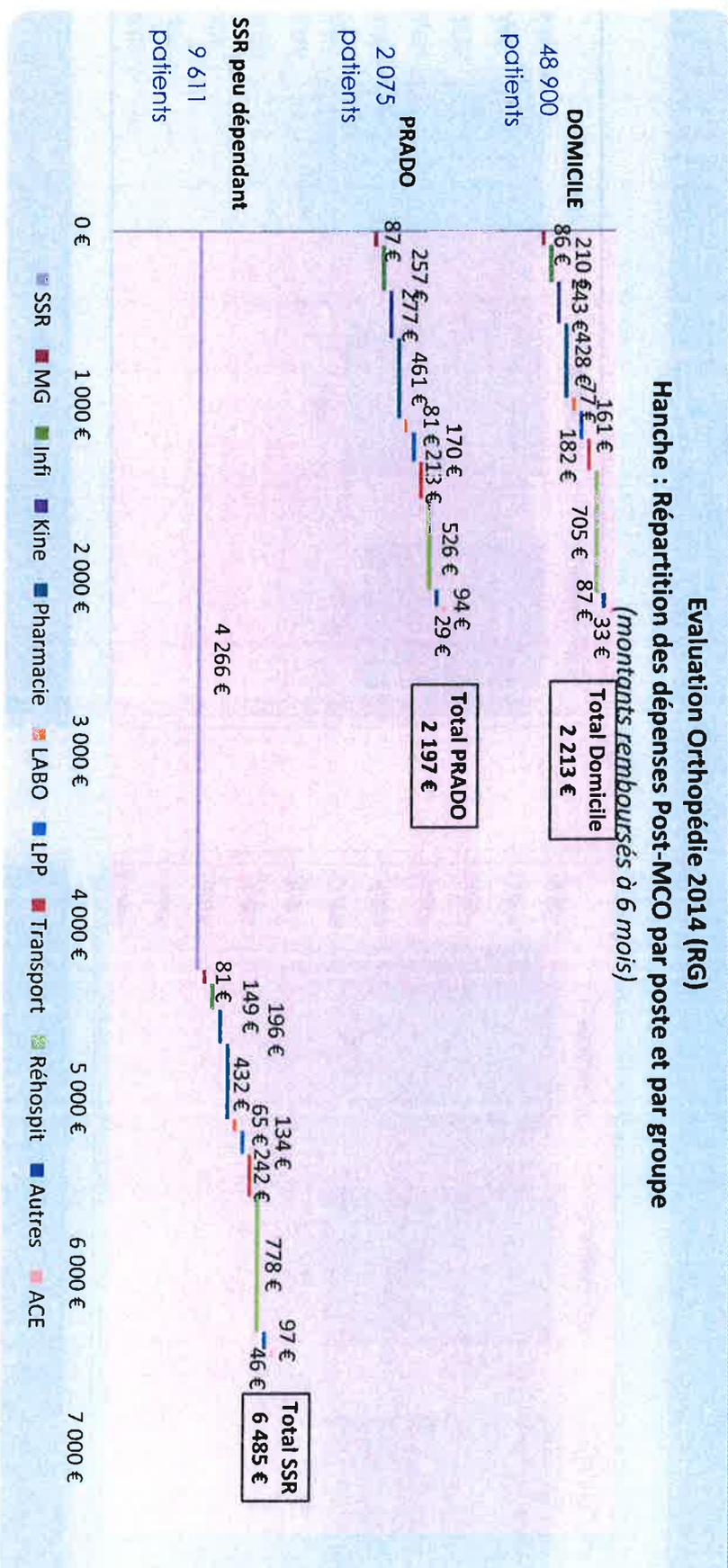


Pas de différence statistiquement significative



# Parcours médico-économique pour la hanche à 6 mois

Parcours médico économique pour les patients PRADO et les au programme éligibles opérés de la hanche en 2014 dans les 6 mois suivant l'hospitalisation



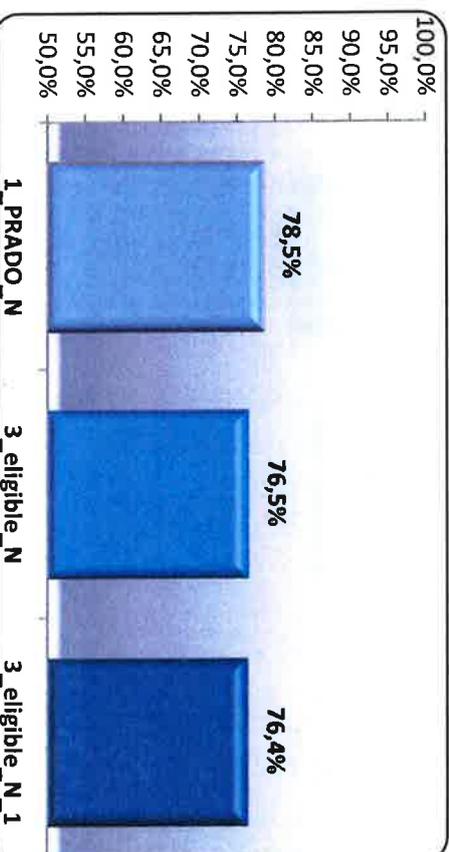
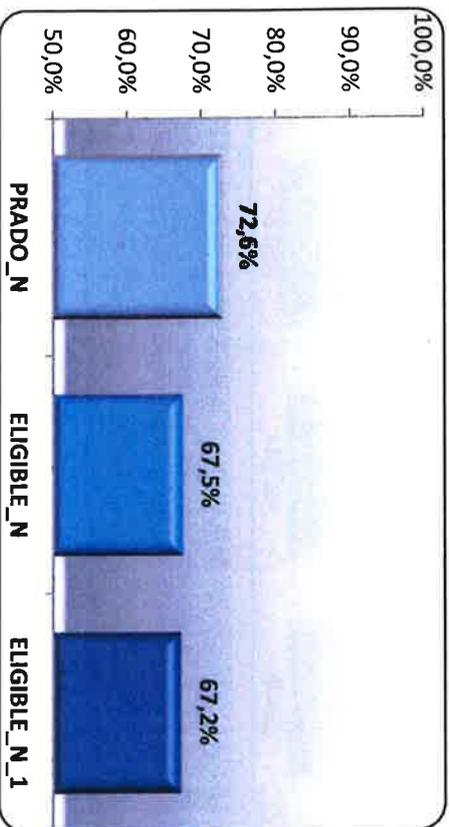
Un écart d'environ 4000€ entre le parcours ville et le parcours hôpital



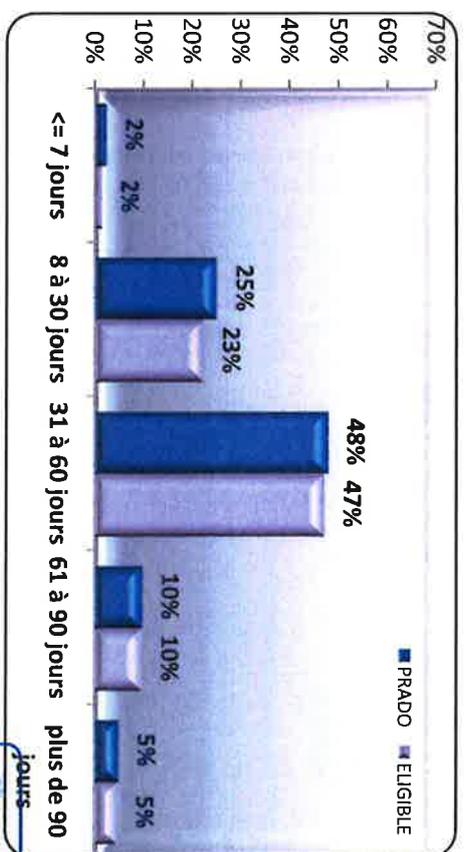
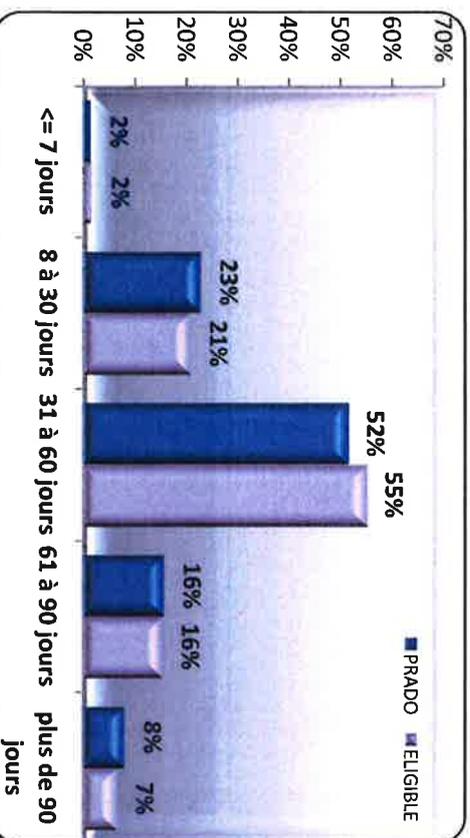
## HANCHE

## PROTHESE DE GENOU

Pourcentage des patients avec au moins un contact avec un chirurgien dans les 6 mois qui suivent la sortie de l'hospitalisation



## Distribution du délai de premier contact avec un chirurgien

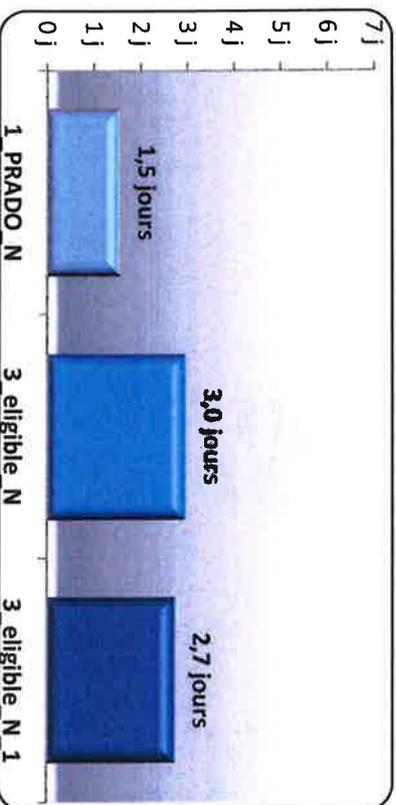




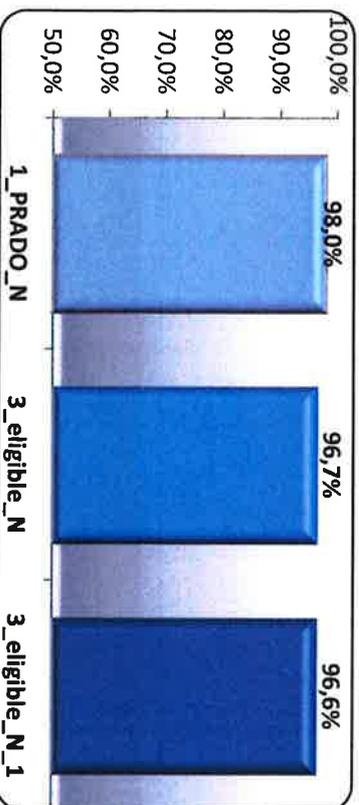
## Chirurgie orthopédique

# Zoom promesse de genou :

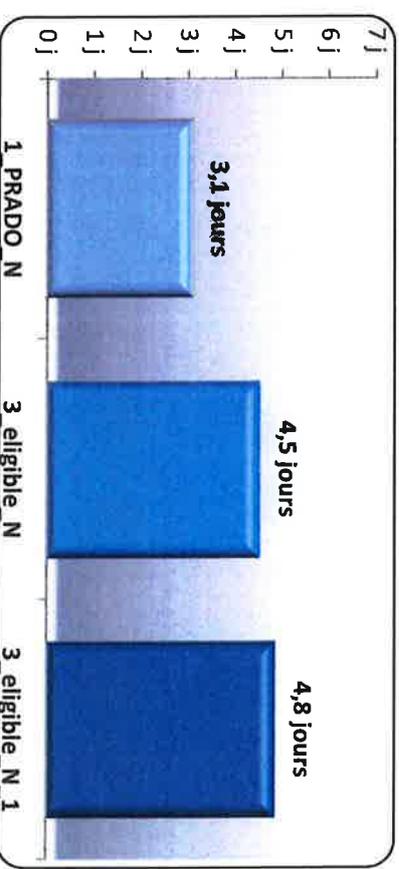
Délai moyen de premier contact avec un kinésithérapeute



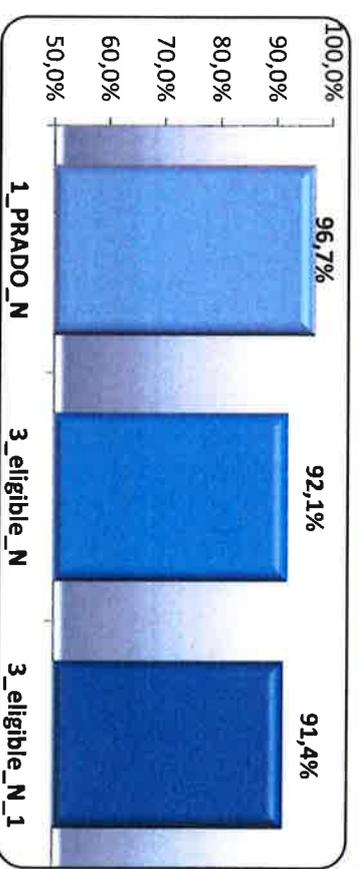
Pourcentage des patients avec au moins un contact avec un kinésithérapeute



Délai moyen de premier contact avec une infirmière



Pourcentage des patients avec au moins un contact avec une infirmière

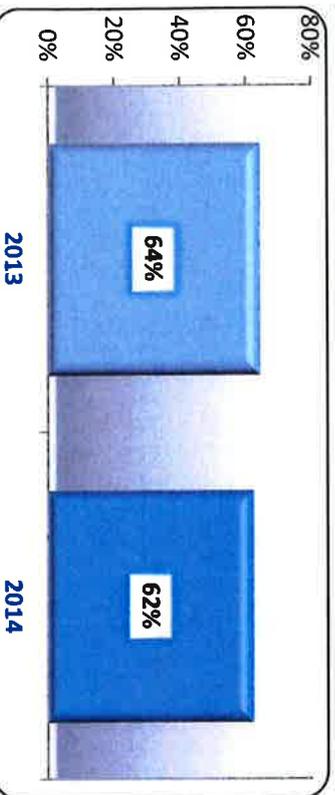




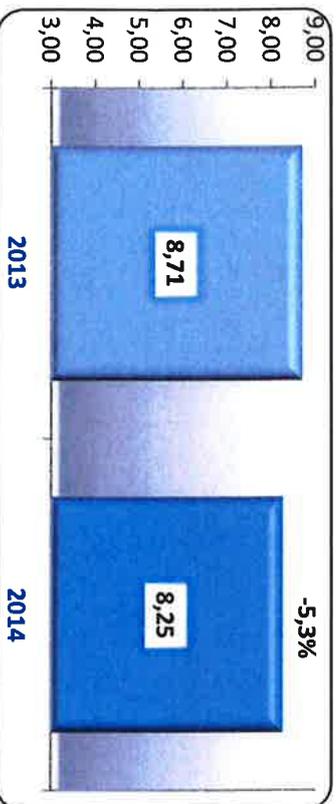
## Chirurgie orthopédique

## Zoom prothèse de genou : Indicateurs SSR et DMS

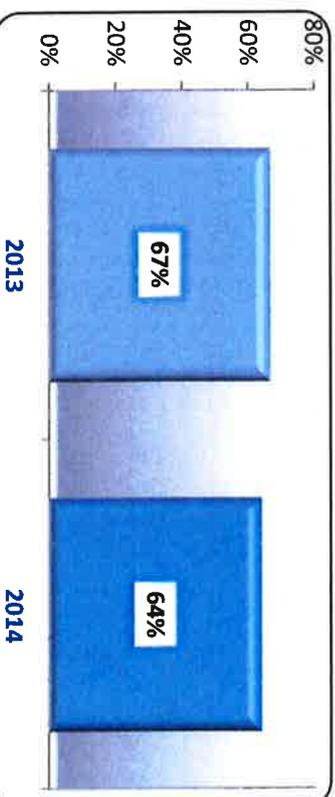
Taux de recours SSR France entière



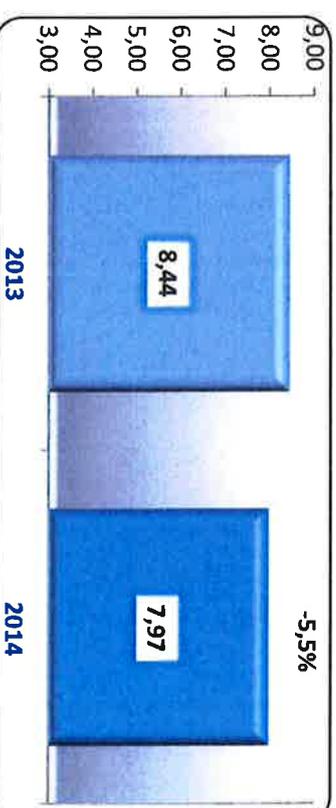
DMS (en nombre de nuits) France entière



Taux de recours SSR établissements PRADO



DMS (en nombre de nuits) PRADO

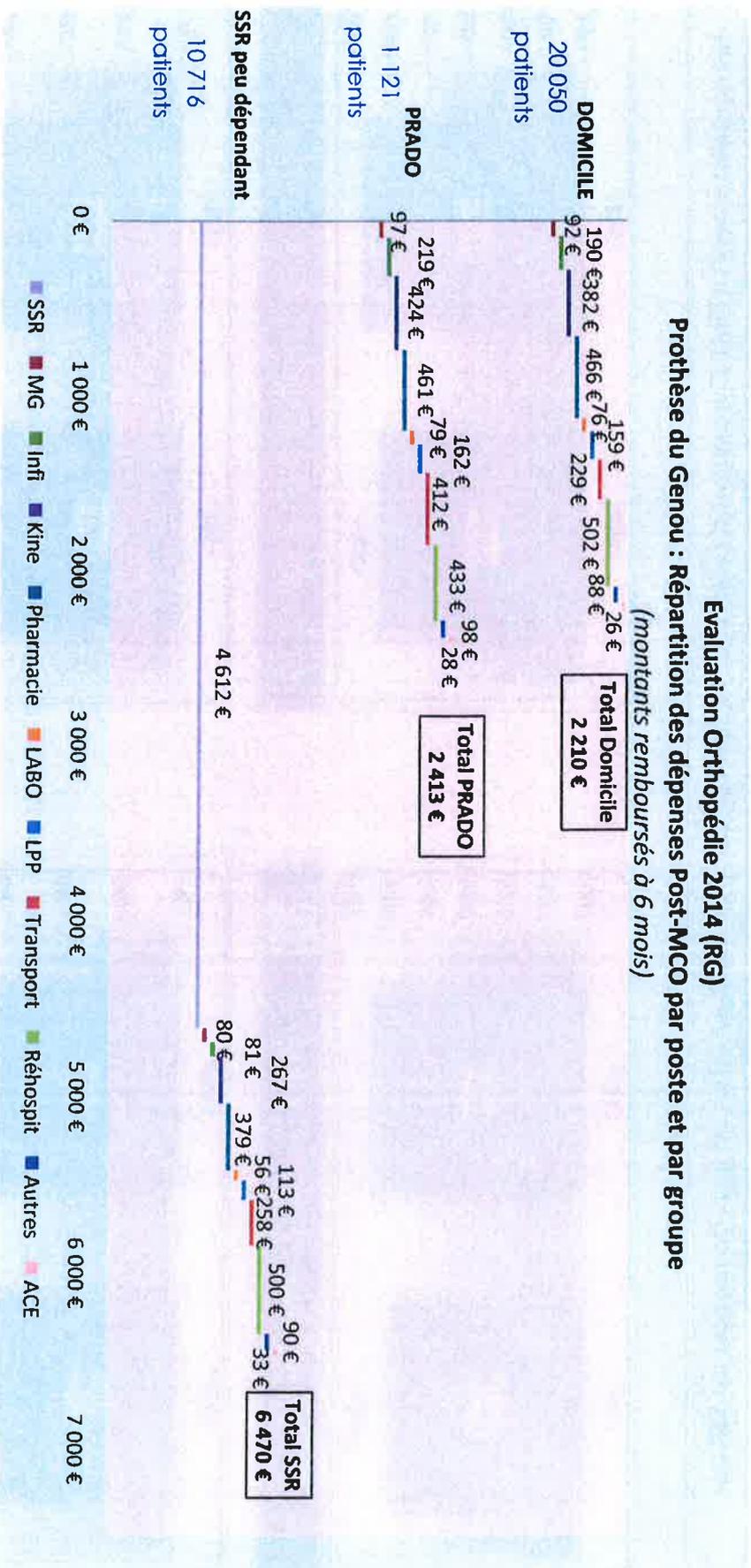


- Les établissements « PRADO » partent d'un taux de recours au SSR plus élevé en 2013: un taux de **recours au SSR** qui **baisse** légèrement plus pour les établissements PRADO que France entière pour la prothèse de genou
- Une **DMS** pour les établissements PRADO **plus faible** que la DMS France entière pour la prothèse de genou en 2013 et qui baisse de plus de 5 points entre 2013 et 2014



# Parcours médico-économique pour le genou à 6 mois

Parcours médico économique pour les patients PRADO et les au programme éligibles opérés du genou en 2014 dans les 6 mois suivant l'hospitalisation



Un écart d'environ 4000€ entre le parcours ville et le parcours hôpital



## PATHOLOGIES CHRONIQUES

**Insuffisance cardiaque** : état des lieux, actualités (télé-suivi du poids...)

**BPCO** : état des lieux de l'expérimentation

**Plaies chroniques** : état des lieux de l'expérimentation

**AVC** : travaux de développement en cours

## CHIRURGIE

**Orthopédie** :

- Etat des lieux
- Actualités (transports, fragilité osseuse, extension chirurgie ...)
- Éléments complémentaires d'évaluation

## MATERNITE

**Maternité**

- Etat des lieux
- Actualités (sorties précoces ...)
- Éléments complémentaires d'évaluation



### Sorties précoces

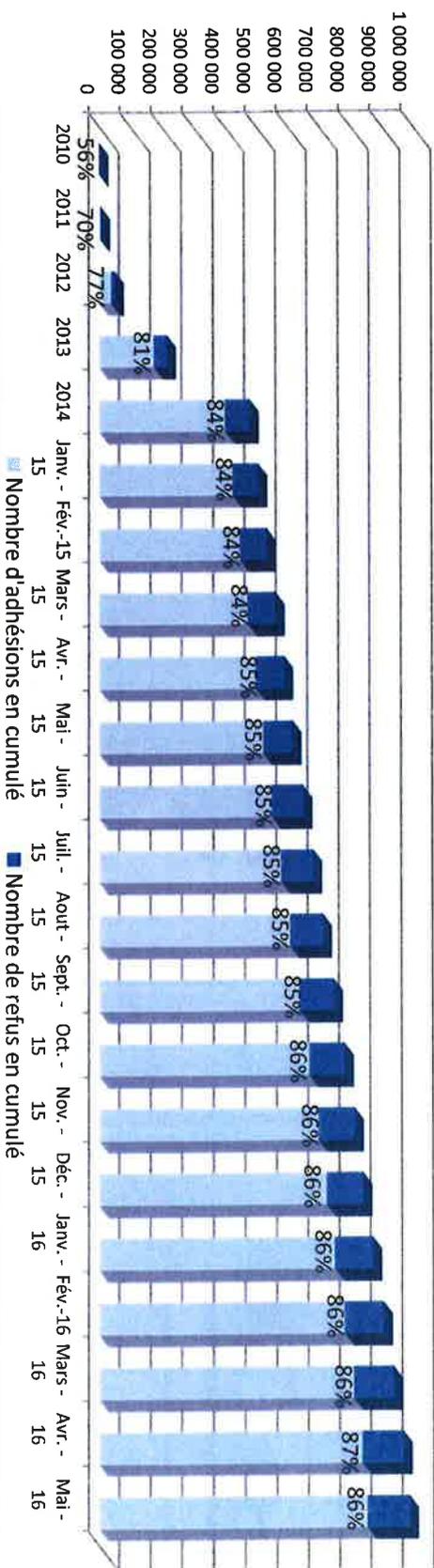
- Suivi de l'expérimentation et premier bilan en fin d'année

### ePRADO

- ePRADO : Application reposant sur l'utilisation d'une tablette numérique au sein des établissements pour matérialiser l'éligibilité, voire l'adhésion et le choix de la SF
- Expérimentation « ePRADO » sur une dizaine de territoires



Évolution du programme depuis son lancement jusqu'à fin mai 2016



Plus de 985 270 femmes ont bénéficié de la présentation de l'offre

Plus de 852 000 femmes ont adhéré au programme

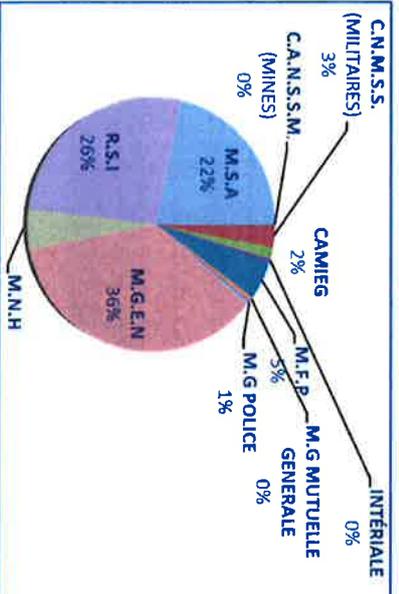
Zoom 2016

Près de **130 000 femmes** ont adhéré au PRADO

Taux d'adhésion : 89%

Près de **26 000 adhésions** par mois en moyenne sur l'année 2016

**10 177** préinscriptions enregistrées depuis le début l'année



- Plus de **14 850 adhésions** recensées pour l'inter-régimes
- CNMSS** : extension à d'autres territoires (en cours)
- CANSSM** (Mines) et **ENIM** (maritins) : signature d'une convention 2ème trimestre 2016

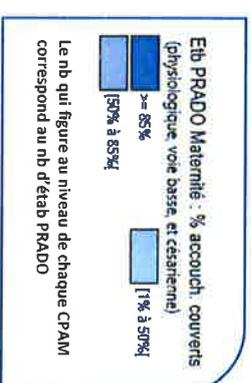
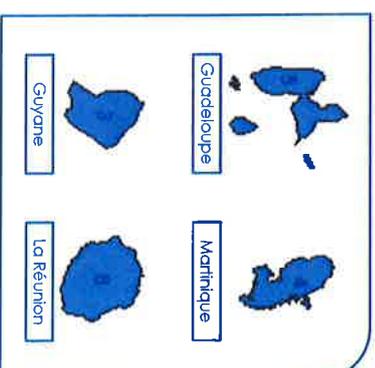
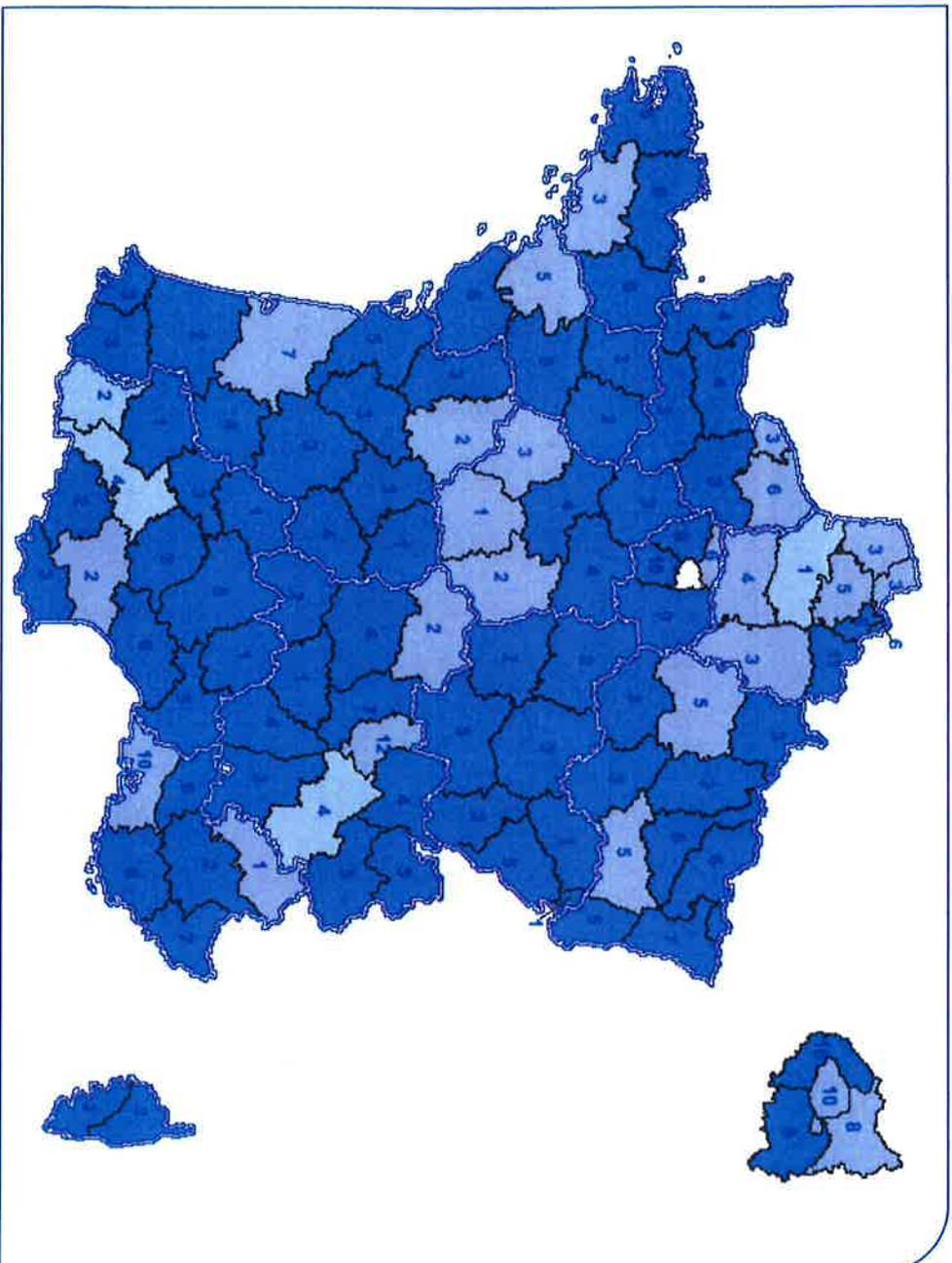


## Maternité

# PRADO Maternité : un déploiement généralisé sur l'ensemble du territoire

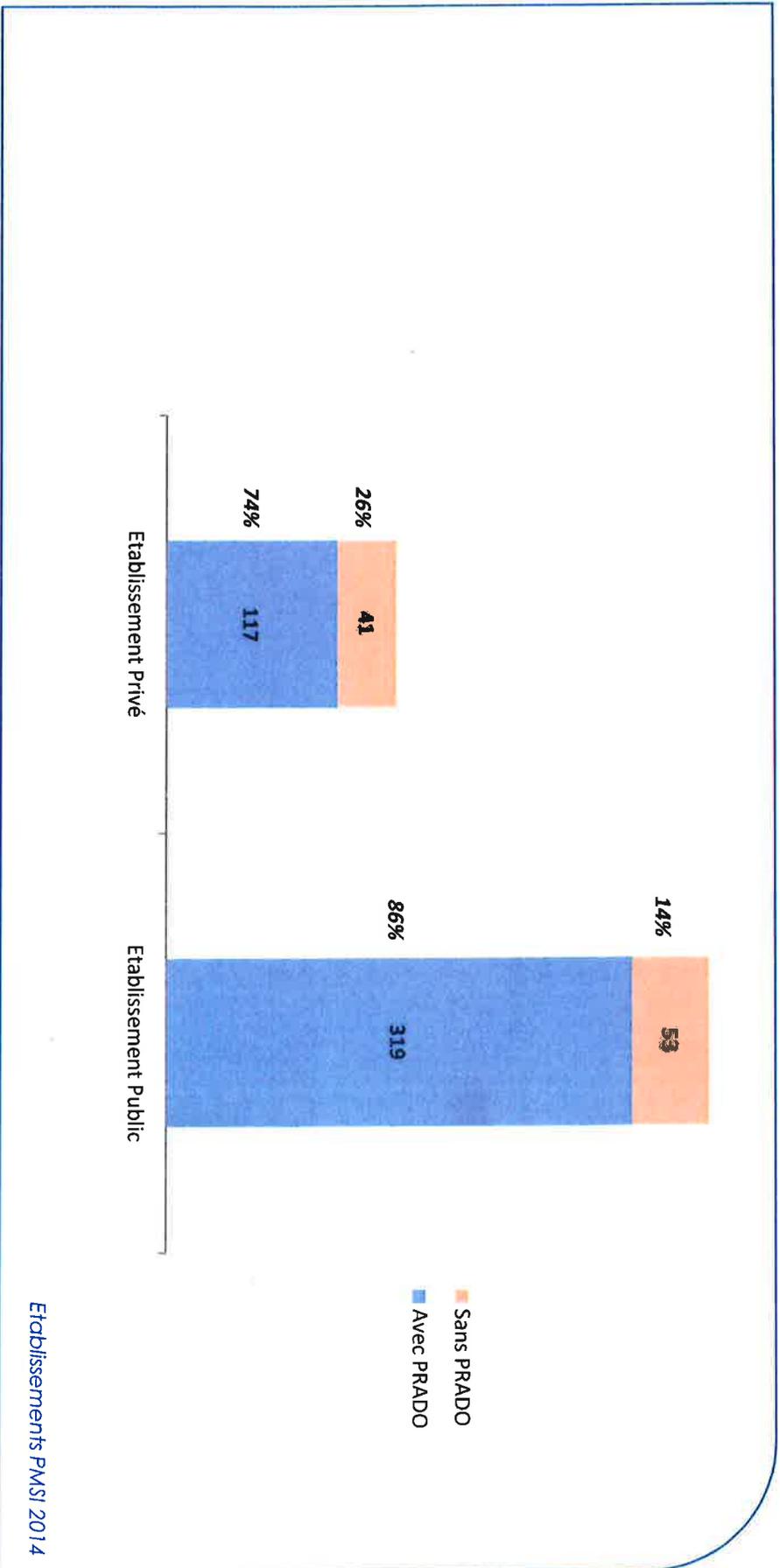
Le service est disponible dans la totalité des départements

L'offre de service est proposée dans 454\* établissements qui couvrent plus de 85% des accouchements France entière





## PRADO Maternité : répartition des établissements publics/privés



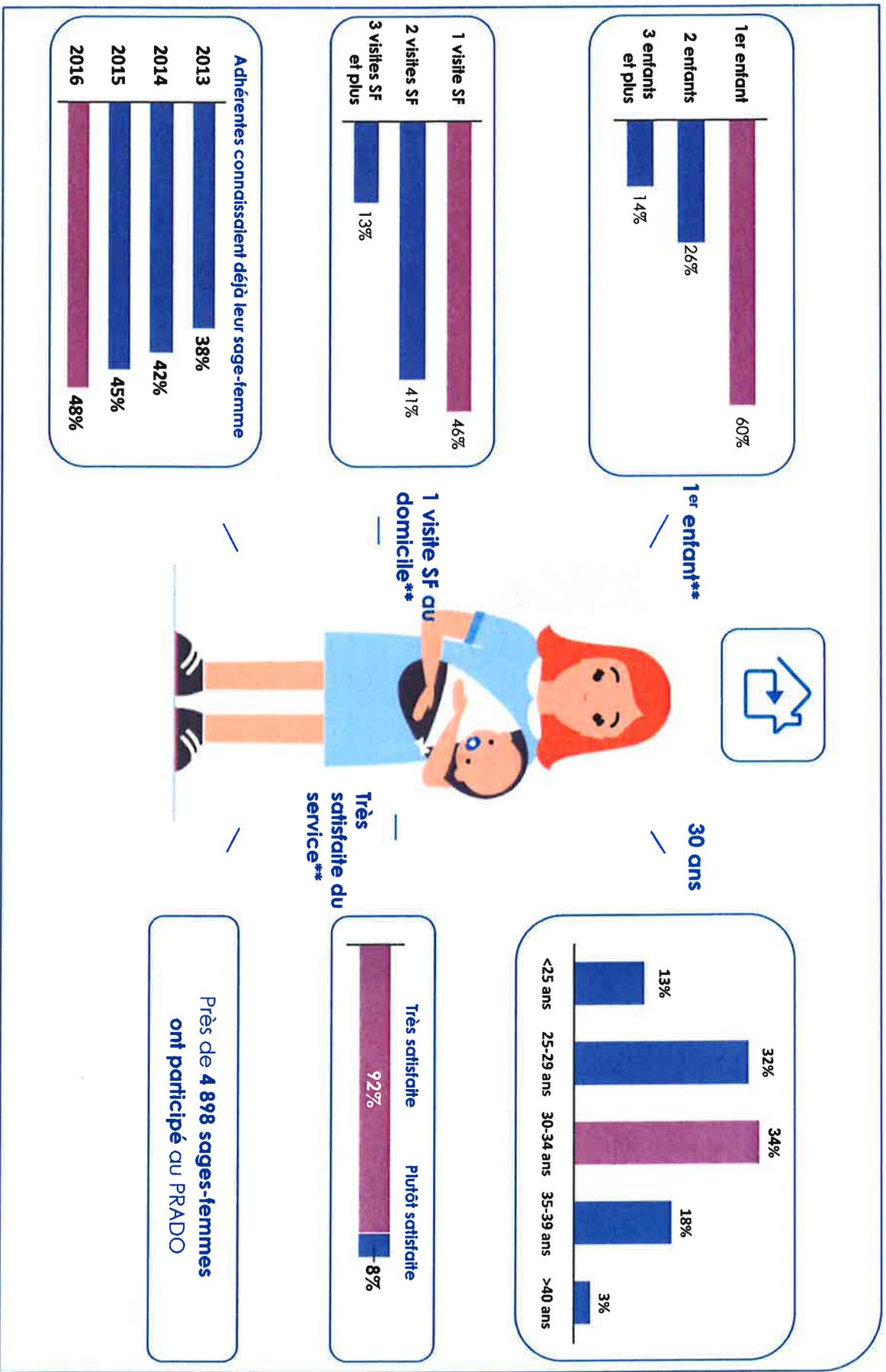
Sur représentation des établissements publics conventionnés sur le PRADO Maternité



## Maternité

# Profil type de la maman adhérente au programme à fin mai 2016

Statistiques issues du bilan à 12 jours par le conseiller





Convention  
CNAF/CNAMTS

- Sur la base de la recommandation de bonnes pratiques sur les **sorties de maternité de la HAS de mars 2014**, une convention de partenariat CNAF / CNAF a été signée début 2016
- **Objectifs :**
  - Compléter l'offre médicale PRADO par une offre médico-sociale
  - Améliorer la coordination entre le dispositif PRADO (CPAM) et le dispositif d'aide à domicile (CAF)

Etat des lieux  
expérimentation  
sorties précoces

- Signature d'un protocole d'expérimentation avec les syndicats de SFL en mars 2015
- **2 500 inclusions en 2015** (Début des inclusions été 2015)
- **Plus de 4 900 adhésions** enregistrées depuis **janvier 2016**
- Une quarantaine de sites seraient candidats d'ici fin 2016



## DMS

- **Baisse en 2014** pour les accouchements par voie basse de 1,3% par rapport à 2013 (4,05 vs 4,10)
- **Plus marquée pour les adhérentes PRADO** (3,97 jours) que pour les autres mères (4,08 jours pour les éligibles)
- DMS PRADO élevée pour les primipares (4,37), les établissements privés (4,06) et les maternités de niveau 1 (4,06)

## Ré-hospitalisations

- **Faibles pour les enfants** (1,18 % PRADO vs 1,40% pour les éligibles)
- **Faibles pour les mères** (0,43% PRADO vs 0,51% pour les éligibles)

## Recours à la SF

- **Milleur recours à la sage-femme** (conformément aux recommandations HAS) pour les mères PRADO vs les éligibles (1,8 visites SF dans les 12 jours après l'accouchement contre 0,5)
- **Parcours de soins comparable** pour les autres professionnels de santé (gynécologue, pédiatre, MT)

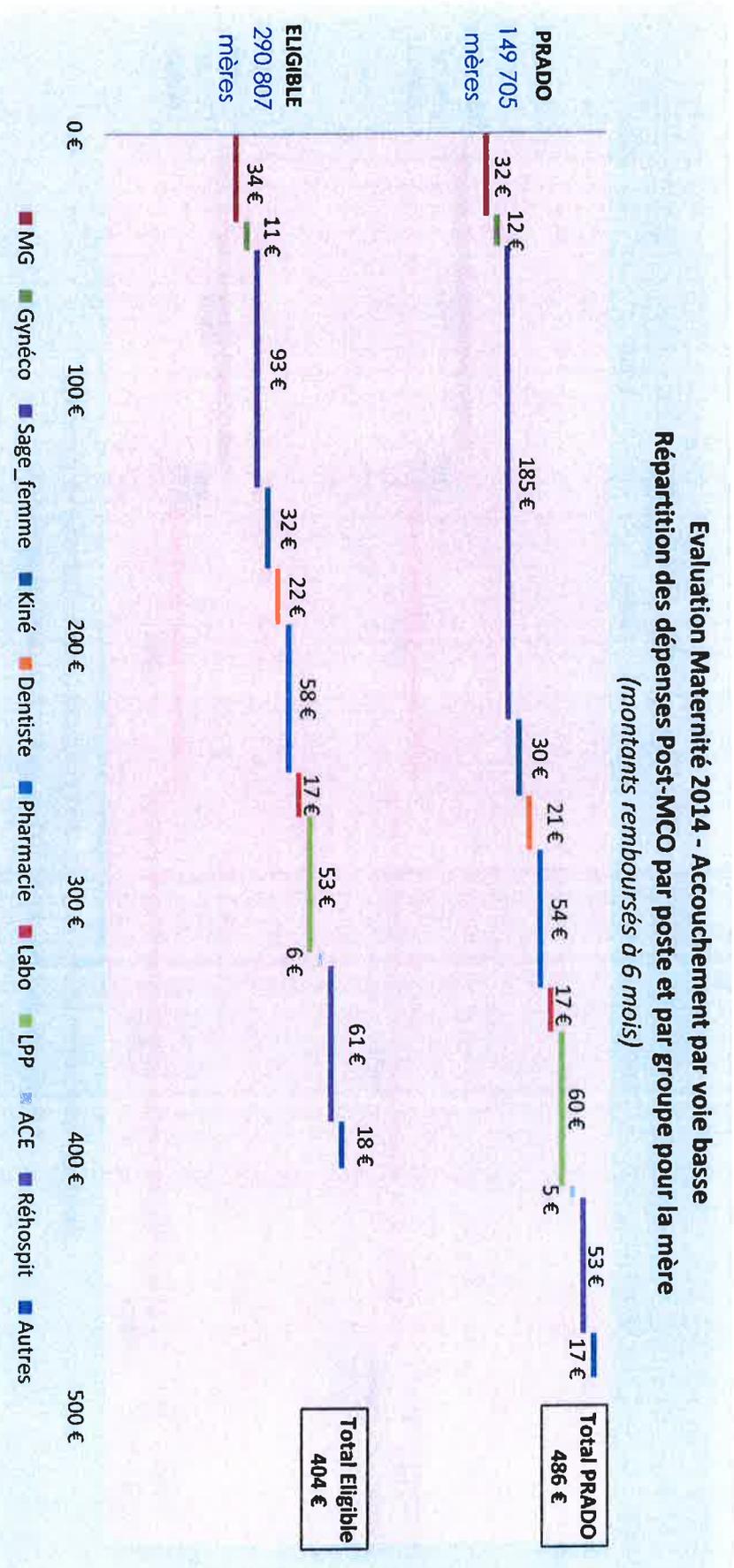
## Précarité

- **Plus de patientes en situation de précarité ont été intégrées dans le dispositif PRADO en 2014 (vs 2013)** (17,9% contre 16,9%)



## Parcours médico-économique pour la mère Accouchement par voie basse

Parcours médico économique pour les mères PRADO et les éligibles au programme en 2014 dans les 6 mois suivant l'accouchement (voie basse)



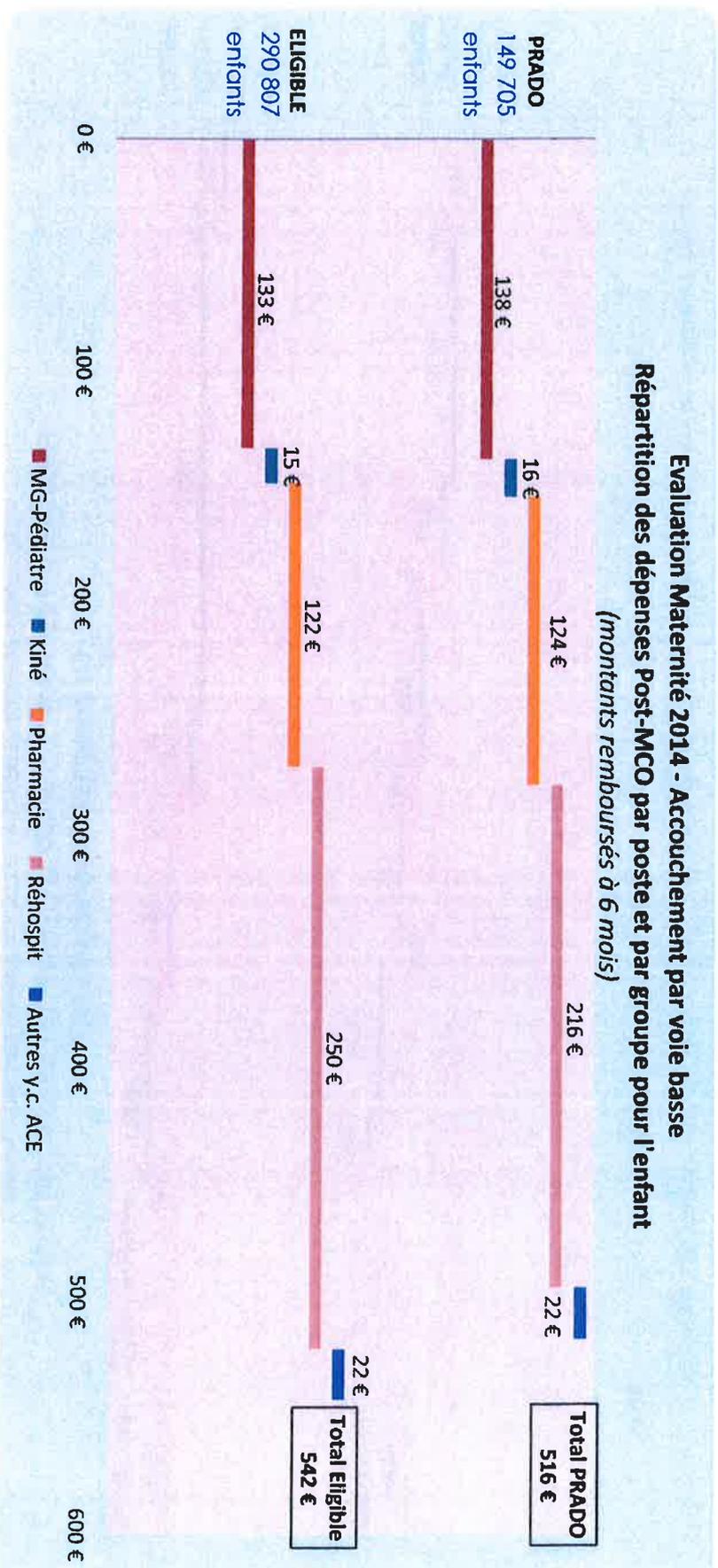
Un parcours assez similaire avec un accompagnement renforcé par les sages-femmes pour les bénéficiaires du PRADO



## Maternité

# Parcours médico-économique pour l'enfant Accouchement par voie basse

Parcours médico économique pour les enfants « PRADO » et les éligibles au programme en 2014 (accouchement par voie basse)



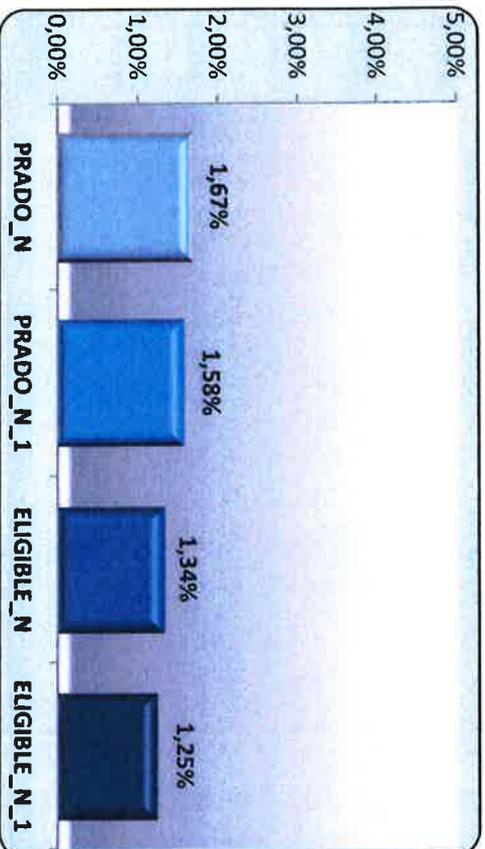
Des parcours de soins globalement similaires



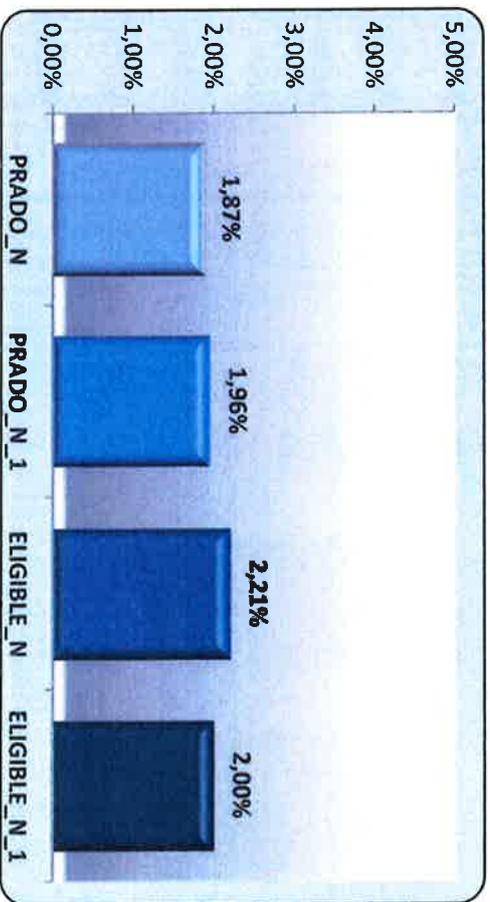
## Recours aux urgences après l'accouchement pour la mère

### Voie basse

Taux de recours à l'urgence pour la mère :  
entre le 1er et le 12ème jour qui suit la sortie de maternité



Taux de recours à l'urgence pour la mère :  
entre le 13ème et le 60ème jour qui suit la sortie de maternité



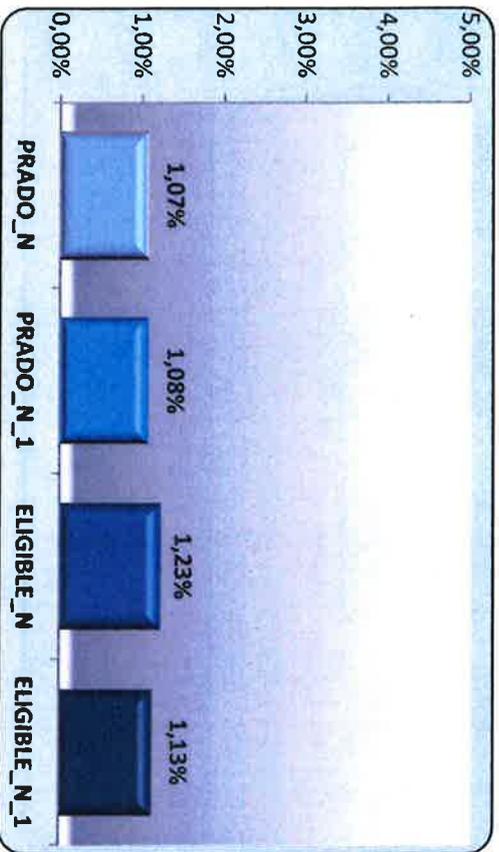
Taux de recours aux urgences faibles quels que soient les groupes ou la période d'observation



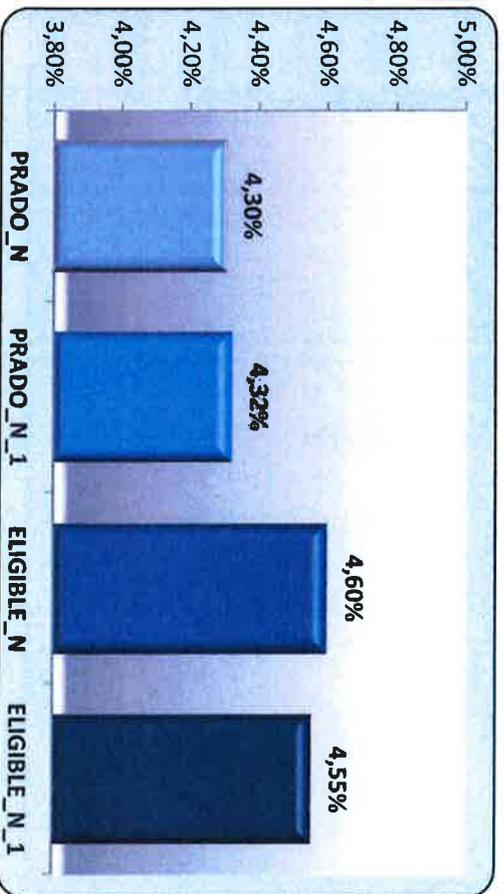
# Recours aux urgences après l'accouchement pour l'enfant

## Voie basse

Taux de recours à l'urgence pour l'enfant :  
entre le 1er et le 12ème jour qui suit la sortie de maternité



Taux de recours à l'urgence pour l'enfant :  
entre le 13ème et le 60ème jour qui suit la sortie de maternité



*Cons. = ATU sans recours. Versé de droit  
sur demande*

Taux de recours aux urgences faibles quels que soient les groupes ou la période d'observation