Mission de Coordination Régionale
DCGDR de Normandie

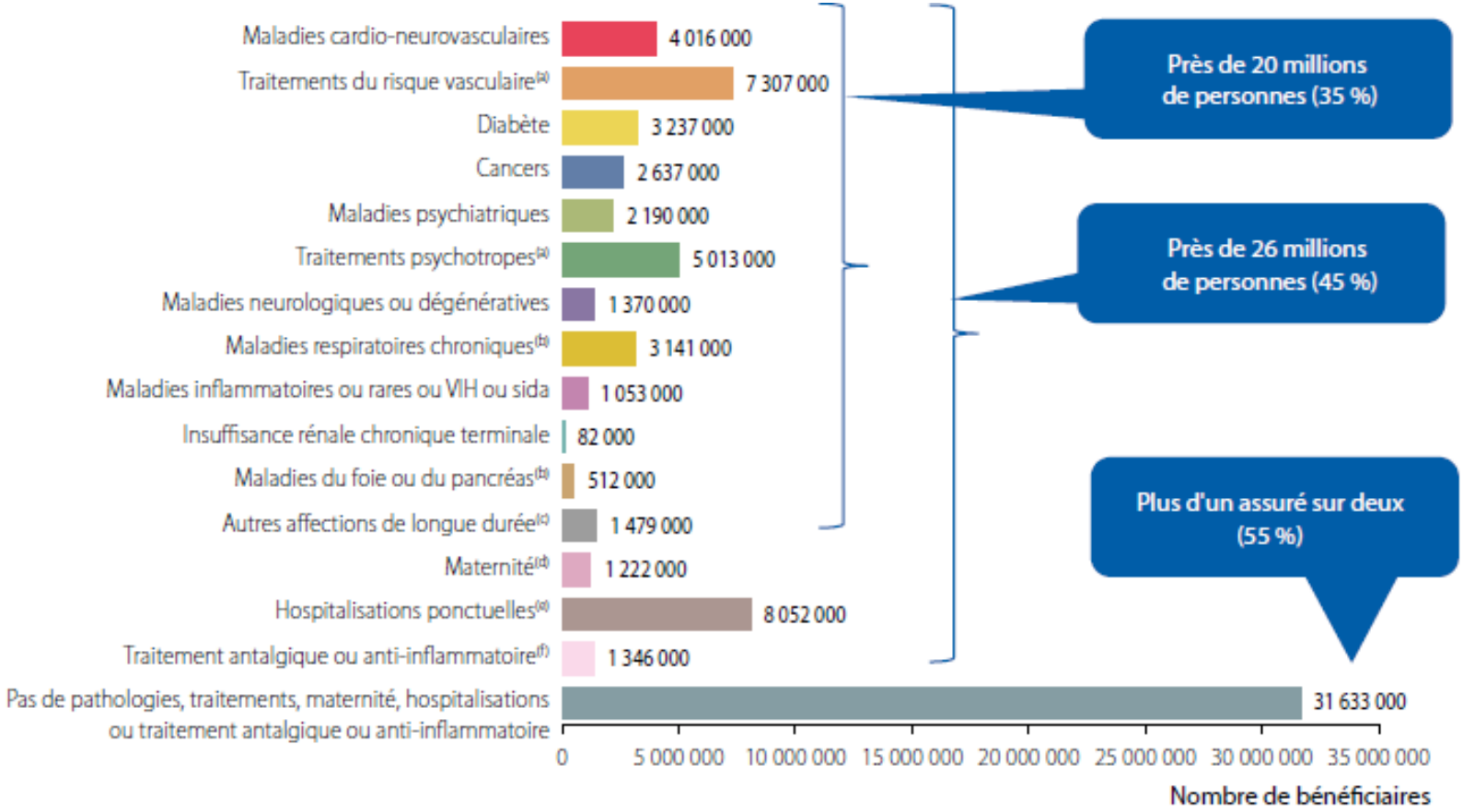
Dispositifs Sophia et Prado
16 janvier 2020

Dr Nathalie VERIN
Direction Régionale du Service Médical
Hugo BENOIT
Direction de la Coordination de la Gestion du Risque

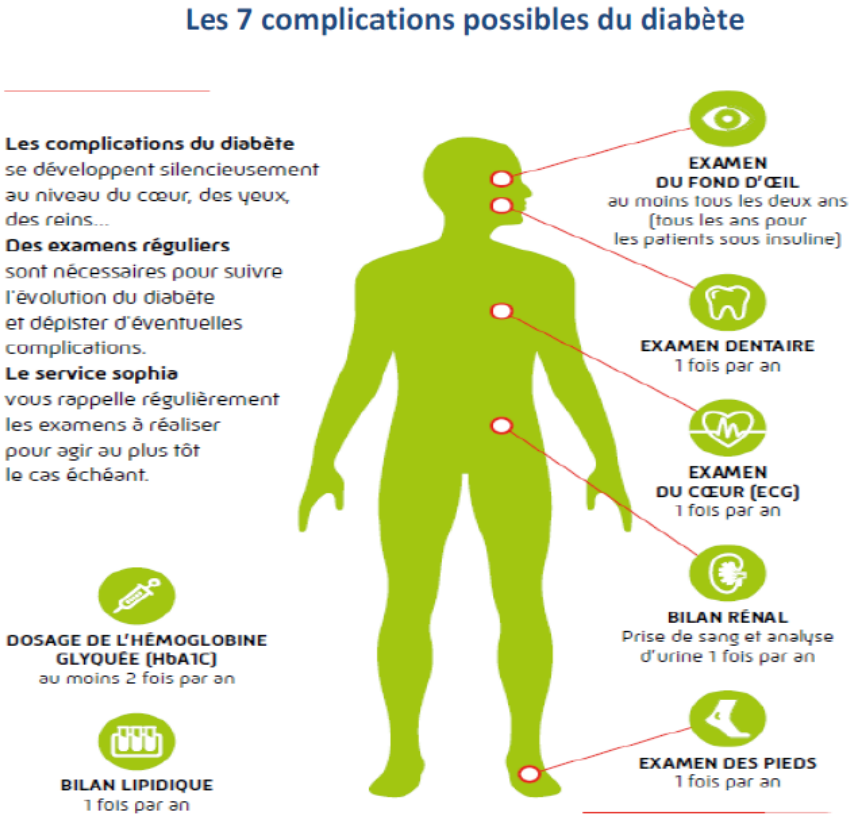
Sophia, le service d'accompagnement des malades chroniques de l'Assurance Maladie

Diabète et Asthme

Nombre de bénéficiaires du régime général traités en 2017 pour chaque groupe de pathologies ou situation de soins (57,6 millions de personnes au total)



Les 7 complications possibles du diabète



Sophia

sophia est le fruit d'une démarche innovante

Inspirée par les expériences d'accompagnement menées à l'étranger

- Allemagne
- Angleterre
- Etats-Unis …

IGAS rapport sur le disease management (sept. 2006)

Adaptée aux particularités du système français

- Prise en compte du rôle central du médecin traitant
- Travail mené en concertation avec l'ensemble des représentants des patients et des professionnels de santé

Expérimentée sur une maladie unique (le diabète) et une partie du territoire pour vérifier les conditions optimales de son déploiement à l'ensemble du territoire puis à d'autres affections

Les enjeux du service Sophia

DOUBLE ENJEU DE PRÉVENTION ET D'EFFICIENCE

1

Améliorer ou préserver l'état de santé et la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques

2

Diminuer la fréquence et la gravité des complications et réduire les coûts pour les patients et la collectivité

La solution choisie pour répondre à ce double objectif est un accompagnement couvrant le maximum de personnes tout en restant économiquement soutenable pour la collectivité.

En complémentarité avec l'offre existante (réseaux, associations de patients, maisons du diabète…)

Une offre complémentaire

- Sophia est un service d'accompagnement à distance (courrier, téléphone, internet) et dans la durée, adapté aux besoins des personnes atteintes de maladies chroniques.
- En relai du médecin traitant qui est associé au dispositif et en complément des autres offres.

Offre de soins ambulatoires

Associations de patients

Etablissements de santé

Réseaux de soins

Centres d'examens de santé

sophia

Le service d'accompagnement pour mieux vivre avec une maladie chronique.

Principes fondamentaux

Trois grands principes

Inscription libre et volontaire

- Accord exprès pour bénéficier du service
- Désengagement possible à tout moment

Gratuité du service

- Sans incidence sur le niveau de remboursement

Respect de la confidentialité et du secret médical

- Autorisation CNIL du 11 décembre 2007 et du 17 juillet 2008 pour l'expérimentation
- Décret en conseil d'état du 9 novembre 2012 pour la généralisation
- Service placé sous la responsabilité d'un médecin conseil

Objectifs d'accompagnement

Trois grands objectifs

1. Encourager les personnes diabétiques à acquérir de nouveaux réflexes dans leur vie quotidienne et à faire évoluer leur comportement

2. Apporter un soutien pour mettre en pratique les recommandations de leur médecin et les aider à trouver des solutions concrètes

3. Gagner en autonomie dans la gestion de leur maladie et devenir acteurs de leur santé.

Inscription au service Sophia

Critères d'éligibilité

SOPHIA DIABETE

- Avoir plus de 18 ans
- Etre rattaché(e) au régime général ou à certains régimes spéciaux
- Être en ALD (pas forcément pour le diabète)
- Avoir bénéficié de 3 remboursements d'anti-diabétique Oral ou d'insuline dans les 12 derniers mois
- Avoir déclaré un médecin traitant

SOPHIA ASTHME

- Avoir entre 18 et 44 ans
- Etre rattaché(e) au régime général ou à certains régimes spéciaux
- Avoir eu 2 délivrances de médicaments antiasthmatiques dans l'année
- Avoir déclaré un médecin traitant

Inscription au service Sophia

L'inscription par courrier

pré rempli (envoi par Esope) et accompagné d'une enveloppe T.

L'inscription en ligne par l'éligible

⇨ Sur ameli

⇨ Sur « mon compte » ameli

Au moyen de l'identifiant présent sur le courrier d'invitation

Au moyen des identifiants de connexion habituels

L'inscription en ligne par le MT

Via espace PRO
Avec l'accord du patient
(Carte Vitale)

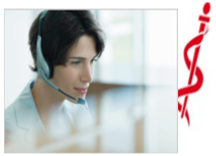
Site de Saisie Unique pour saisie du bulletin papier

Enregistrement de l'adhésion dans la base de données

L'éligible devient alors adhérent. Il reçoit :

- un courrier de bienvenue
- un questionnaire personnel
- un questionnaire médical (uniquement pour les adhérents diabétiques)

Les modalités d'accompagnement

	Accompagnement écrit	Accompagnement par Internet	Accompagnement par téléphone
GÉNÉRIQUE *Identique pour l'ensemble des adhérents*	 Livrets Repères Journal « sophia et vous » sophia asthme Collection «Mieux vivre avec l'asthme »	 www.ameli-sophia.fr - Accès libre à l'intégralité du site - E-newsletter - Espace coaching dédié aux adhérents E-newsletters « Ma lettre sophia »	Possibilité de contacter les Infirmiers-conseillers en santé 0 809 400 040 Service gratuit + prix appel Du lundi au vendredi de 9h à 19h et le samedi de 9h à 13h Antilles-Guyane : 0 809 100 097 Service gratuit + prix appel La Réunion : 0 809 109 974 Service gratuit + prix appel
CIBLÉ *Personnalisé en fonction des besoins des adhérents*	 Courriers personnalisés sur les écarts aux soins	 Echanges « mails » via espace ecoaching sophia avec un infirmier conseiller en santé	 Infirmiers-conseillers en santé : appels sortants vers les adhérents

L’accompagnement par téléphone

- 1 plateforme nationale, 4 centres d’accompagnement : Nice, Albi, Saint-Etienne et Lille.
- 270 infirmiers – conseillers en santé
- Un accompagnement téléphonique personnalisé, en complémentarité du médecin traitant, visant à:
  - Prendre en compte la situation personnelle de chaque adhérent : état de santé, soins, quotidien, environnement social et familial
  - Promouvoir les comportements en faveur de la santé et de la qualité de vie en relayant les recommandations de bonnes pratiques (observance, examens de suivi, alimentation, activité physique…) tout en en respectant les choix des personnes afin de les aider à mettre en pratique de nouvelles habitudes de vie.
  - Informer l’adhérent sur l’offre de proximité (professionnels de santé, associations de patients, réseaux de santé, maisons du diabète…)

L’accompagnement par téléphone

- Un entretien dure en moyenne 15 minutes :

- Procédure d’identification
- Le lien avec l’appel précédent

  Exemple: « la dernière fois, avec ma collègue, vous aviez parlé de… et vous aviez envisagé de parler aujourd’hui de… »
- Réévaluation de la situation de l’adhérent :

  Exemple: « que s’est-il passé depuis votre dernier entretien? » ou « Y a-t-il quelque chose d’autre qui vous préoccupe davantage aujourd’hui ?
- Définition d’un « agenda » pour l’entretien

  Exemple: « Compte tenu de tout cela, je vous propose aujourd'hui de parler de… »
- Développement du thème principal défini avec l’adhérent (activité physique, tabac, examens…)
- Fixation d’actions concrètes, avec l’adhérent, dans une perspective de changement

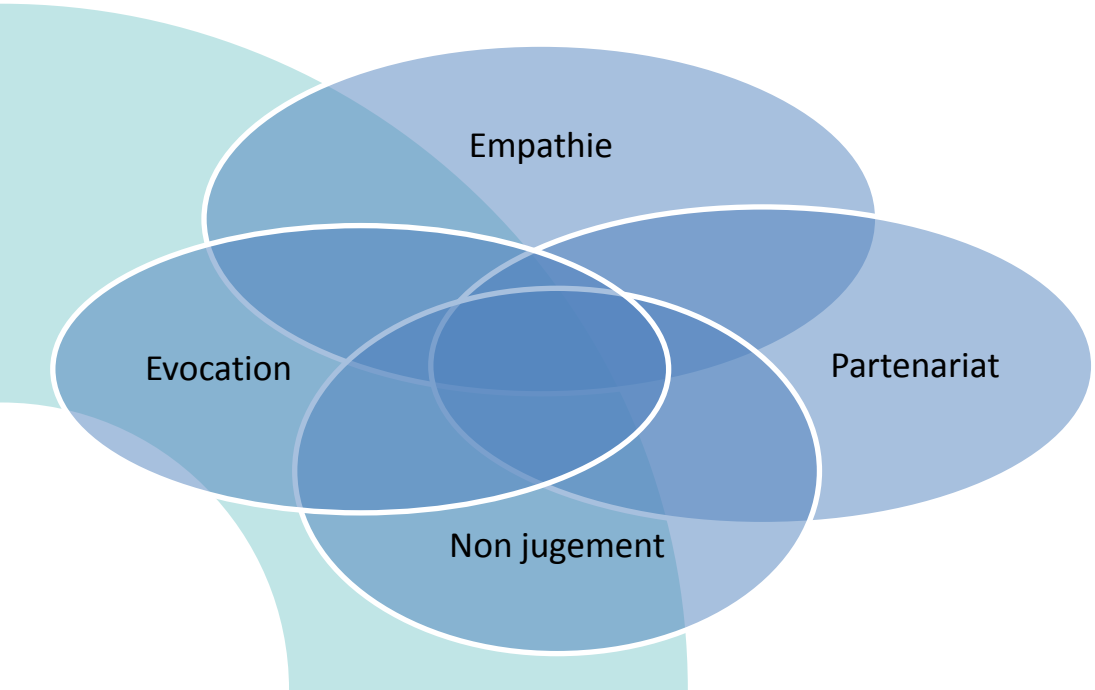
  Exemple: « reprendre la marche en débutant par une marche de 15 minutes par jour »
- Synthèse

  Reprise des points saillants de l’entretien

L’entretien motivationnel

- « L’Entretien Motivationnel est une façon de guider un adhérent de manière **collaborative** et **centrée sur sa personne**, dans le but de **susciter et de renforcer sa motivation au changement** »

William R. Miller et Stephen Rollnick



Les connaissances sur la maladie (Que connaissez vous sur le diabète / l’asthme ? Que connaissez vous des examens de suivi ?....)

• Une problématique de la personne (Mon médecin veut me mettre sous insuline, Je viens d’avoir un mauvais résultat… , mon asthme n’est pas contrôlé)

• Une problématique plus particulière qui est souvent une difficulté : le tabac, l’activité physique, les facteurs déclenchants de l’asthme

Un service recentré sur les personnes au suivi insuffisant

- Les 1ères études d'impact ont montré que le service Sophia touchait davantage les personnes les mieux suivies pour leur maladie que la moyenne des personnes diabétiques.

- Dès 2015, l'Assurance Maladie a centré son action sur les patients diabétiques dont le suivi est le plus éloigné des recommandations de prise en charge. Les personnes considérées en écart aux soins sont ciblés prioritairement.

- L'Assurance Maladie a défini des critères prioritaires pour le recrutement au service Sophia : non réalisation des 3 examens de suivi à fréquence recommandée :
  - Pas d'examen du fond d'œil sur 2 ans
  - Pas de bilan rénal sur un an
  - Pas d'examen dentaire sur un an

Segmentation diabète

- La segmentation permet de prioriser les adhérents à accompagner par téléphone.
- Evolution d'une segmentation basée sur le coût prédit de prise en charge vers une segmentation intégrant des données cliniques.

Affectation de chaque adhérent dans un niveau de risque en fonction des critères suivants :
Facteurs de risque / Hospitalisation / Réalisation des examens recommandés

Facteurs de risque	**Priorité 1**: Tabac **Priorité 2**: Tension artérielle systol. > 140 ou tension artérielle diast. > 90 **Priorité 3**: Taux d'HbA1c > 8,5%
Hospitalisations	• Hospitalisation pour diabète (hors hospitalisation de jour) dans les deux dernières années • Hospitalisation pour complications du diabète dans les deux dernières années
Réalisation examens recommandés	• Aucune consultation ophtalmologique dans les 24 derniers mois • Aucun dosage de micro albuminurie ou de protéinurie dans les 12 derniers mois • Aucune consultation chez un dentiste

Segmentation asthme

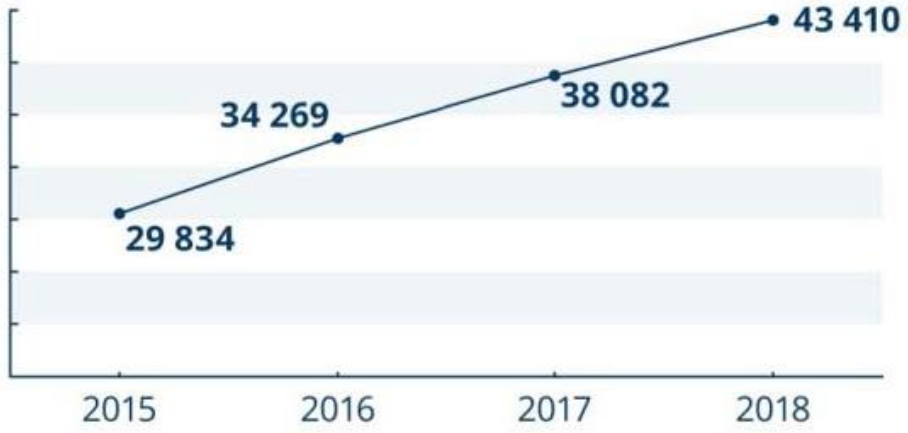
- La segmentation permet de prioriser les adhérents à accompagner par téléphone.
- Une segmentation basée sur les indicateurs de non-contrôle de l'asthme

Affectation de chaque adhérent dans un niveau de risque en fonction des critères suivants :
Hospitalisation / Non-contrôle de l'asthme / Médicaments
+ 1 facteur aggravant : la consommation de tabac déclarée par le patient

Indicateurs tirés des bases de remboursement	• **Les médicaments** (consommation de bronchodilatateurs de courte durée d'action et corticothérapie orale discontinue) • **Les hospitalisations pour asthme**
Indicateurs tirés des appels téléphoniques et du questionnaire personnel	• **Les indicateurs de non contrôle** dans les 4 dernières semaines : *(Symptômes diurnes, limitation des activités, symptômes/réveils nocturnes, nécessité d'utiliser son traitement de secours)* • **Les passages aux urgences** pour asthme dans les 12 derniers mois.
Un facteur aggravant	• **La consommation de tabac**

Un service recentré sur les personnes au suivi insuffisant

Évolution du nombre de **nouveaux adhérents sophia** diabétiques et asthmatiques ayant un **suivi insuffisant** de leur maladie avant leur adhésion à sophia



Les chiffres de 2015 à 2017 portent sur les personnes diabétiques, ceux de 2018 sur les personnes diabétiques et les personnes asthmatiques.

Casimir, 73 ans, diabétique.

Le service sophia impacte durablement les changements de comportement des adhérents

BILAN RÉNAL

Groupe témoin

+ 2,5 à 8,8 points

Adhérents sophia

DEUX DOSAGES DE L'HÉMOGLOBINE GLYQUÉE (HBA1C)

Groupe témoin

+ 2 à 4,7 points

Adhérents sophia

FOND D'ŒIL

Groupe témoin

+ 2,2 à 7,2 points

Adhérents sophia

BILAN LIPIDIQUE

Groupe témoin

+ 3,8 à 5,3 points

Adhérents sophia

BILAN DENTAIRE

Groupe témoin

+ 0 à 2 points

Adhérents sophia

ELECTROCARDIOGRAMME

Groupe témoin

+ 0 à 3,8 points

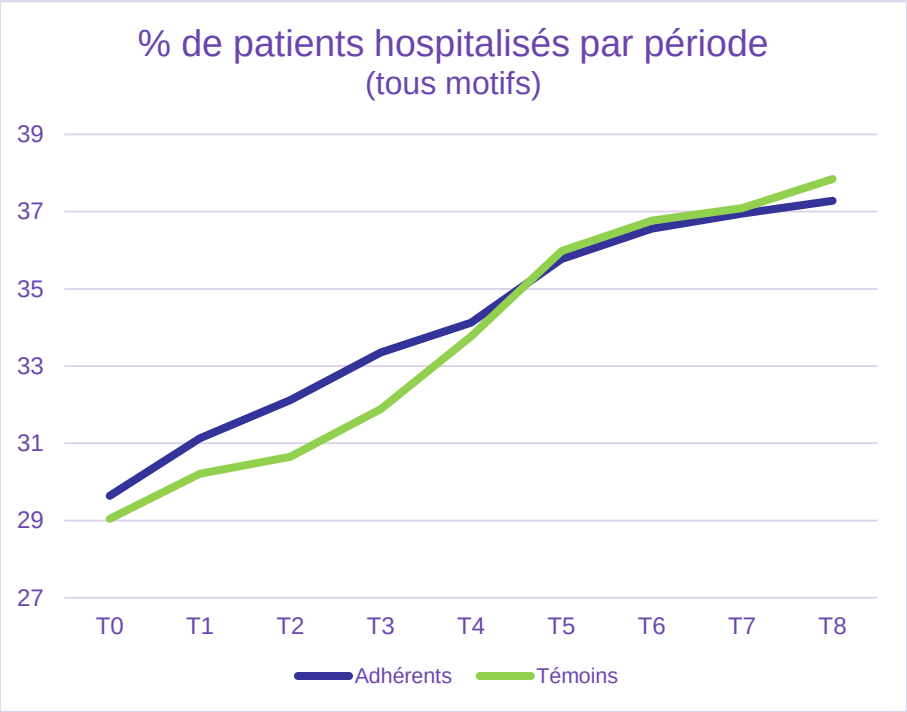
Adhérents sophia

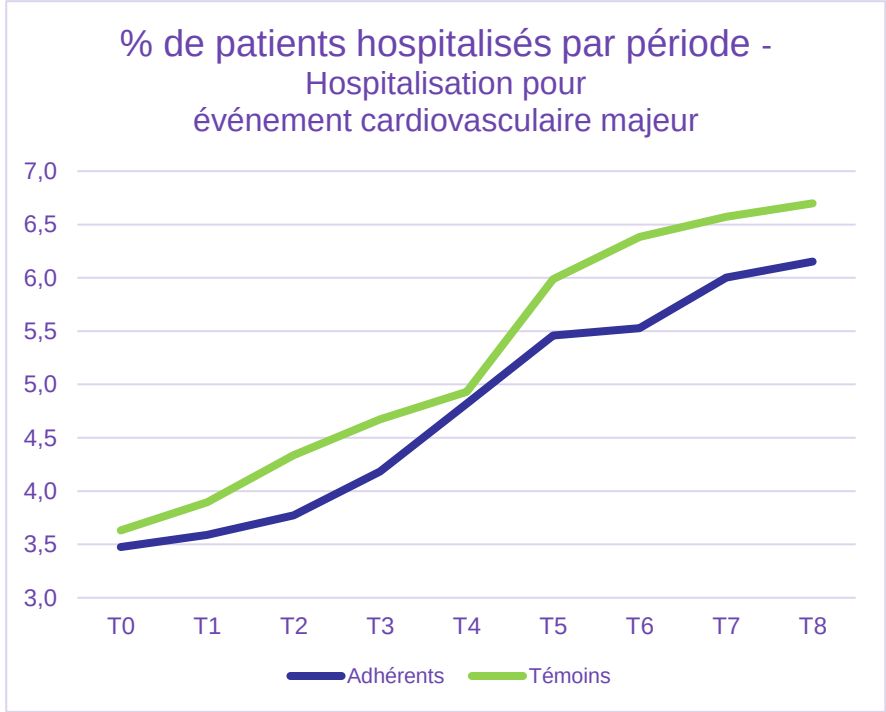
Reco HAS

Proportion d'adhérents ayant bénéficié des examens de suivi recommandés, un an et huit an après leur inscription au programme Sophia

Le service sophia impacte durablement les changements de comportement des adhérents

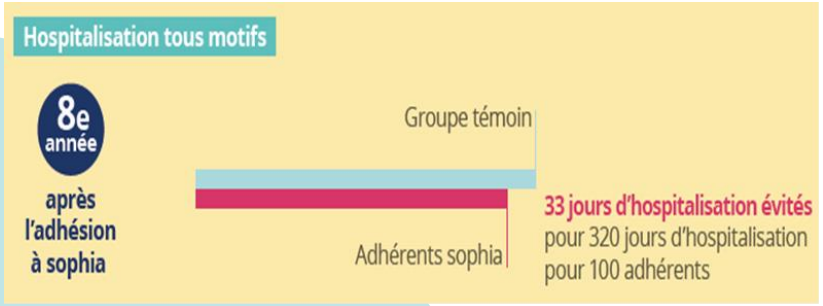
- Une augmentation des taux bruts d'hospitalisation sur la période étudiée

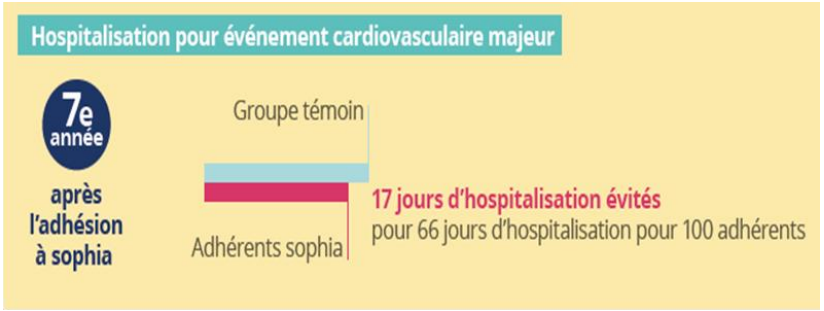


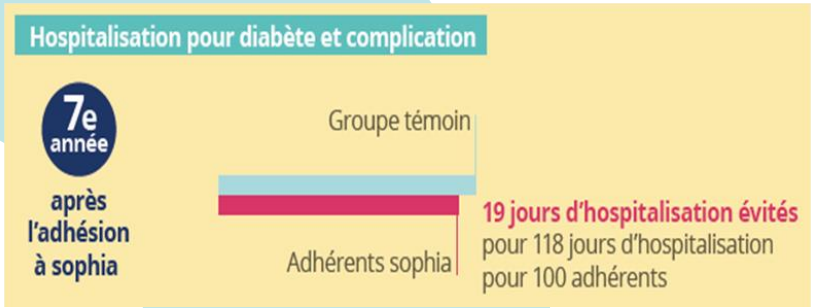


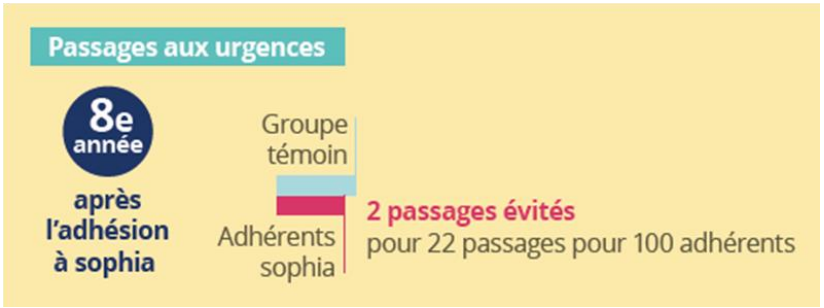
Impact sur la santé des adhérents diabétiques : des résultats encourageants

- Des exemples d'évolution des indicateurs d'hospitalisations pour 100 adhérents Sophia versus population témoin comparable





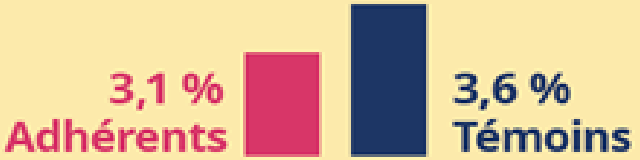




Impact sur la santé des adhérents diabétiques : des résultats encourageants

- Un taux de décès inférieur pour les adhérents Sophia versus les témoins

Taux moyen annuel de décès
entre la 5e et la 8e année après l'adhésion
(ensemble de la population)



➢ Une analyse toutes choses égales par ailleurs, tenant compte des caractéristiques sociodémographiques, environnementales et cliniques des patients, montre que le fait d'avoir adhéré au service est un facteur favorisant une moindre mortalité en année 7 (Odd-ratio = 0,71) et 8 (Odd-ratio = 0,83)

Des dépenses qui augmentent moins vite chez les patients adhérents

- Exemple sur la 7ème année après l'adhésion, évolution des dépenses de santé des adhérents sophia versus population témoin comparable

SOINS DE VILLE

+ 139 €

par rapport au groupe témoin

5 147 €

pour les adhérents sophia

HOSPITALISATION

- 379 €

par rapport au groupe témoin

2 118 €

pour les adhérents sophia

ACTES EXTERNES À L'HÔPITAL

- 12 €

par rapport au groupe témoin

150 €

pour les adhérents sophia

INDEMNITÉS JOURNALIÈRES ET INVALIDITÉ

- 37 €

par rapport au groupe témoin

418 €

pour les adhérents sophia

TOTAL DÉPENSES

- 289 €

par rapport au groupe témoin

€

7 833 €

pour les adhérents sophia

➢ Pour chacune des années 7 et 8, les dépenses totales de santé des adhérents sophia ont évolué de -289€ par rapport à une population comparable.

Sophia asthme

JOURS COUVERTS PAR LES DÉLIVRANCES MÉDICAMENTEUSES

Groupe témoin

Adhérents sophia

+ 6 jours, soit **127 jours** de couverture

CONTRÔLE DE L'ASTHME

Groupe témoin

Adhérents sophia

+ 1,8 point

39,5 % des adhérents ont un indicateur traduisant un bon contrôle de leur asthme (délivrance de traitements de fond supérieure à délivrance de traitements de crise)

EXPLORATION FONCTIONNELLE RESPIRATOIRE

Groupe témoin

Adhérents sophia

+ 3,6 points

23,8 % des adhérents ont réalisé une EFR

En année 2, une amélioration faible mais significative de l'observance médicamenteuse, du suivi et du contrôle de l'asthme pour les adhérents

Sans impact significatif sur les exacerbations de l'asthme

Avec une augmentation des dépenses de soins pour asthme de +65€ chez les adhérents versus les témoins, liée à l'augmentation de l'usage des médicaments de l'asthme

Prado, le service de retour à domicile des patients hospitalisés

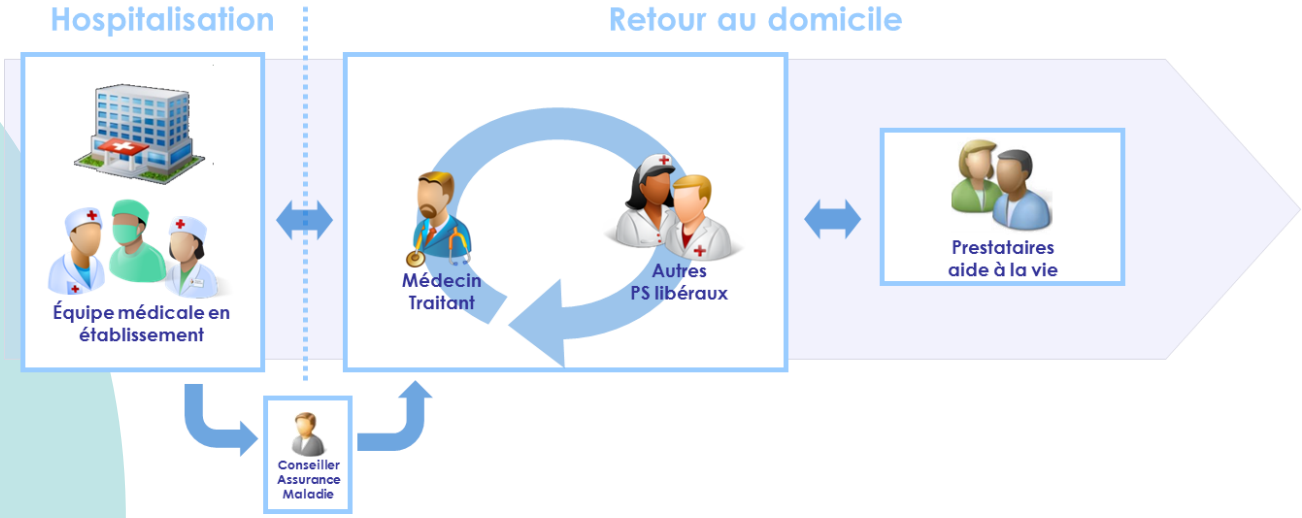
Principes fondateurs

Le programme d'accompagnement du retour à domicile des patients hospitalisés est un objectif prioritaire de l'Assurance Maladie dont les 3 enjeux sont :

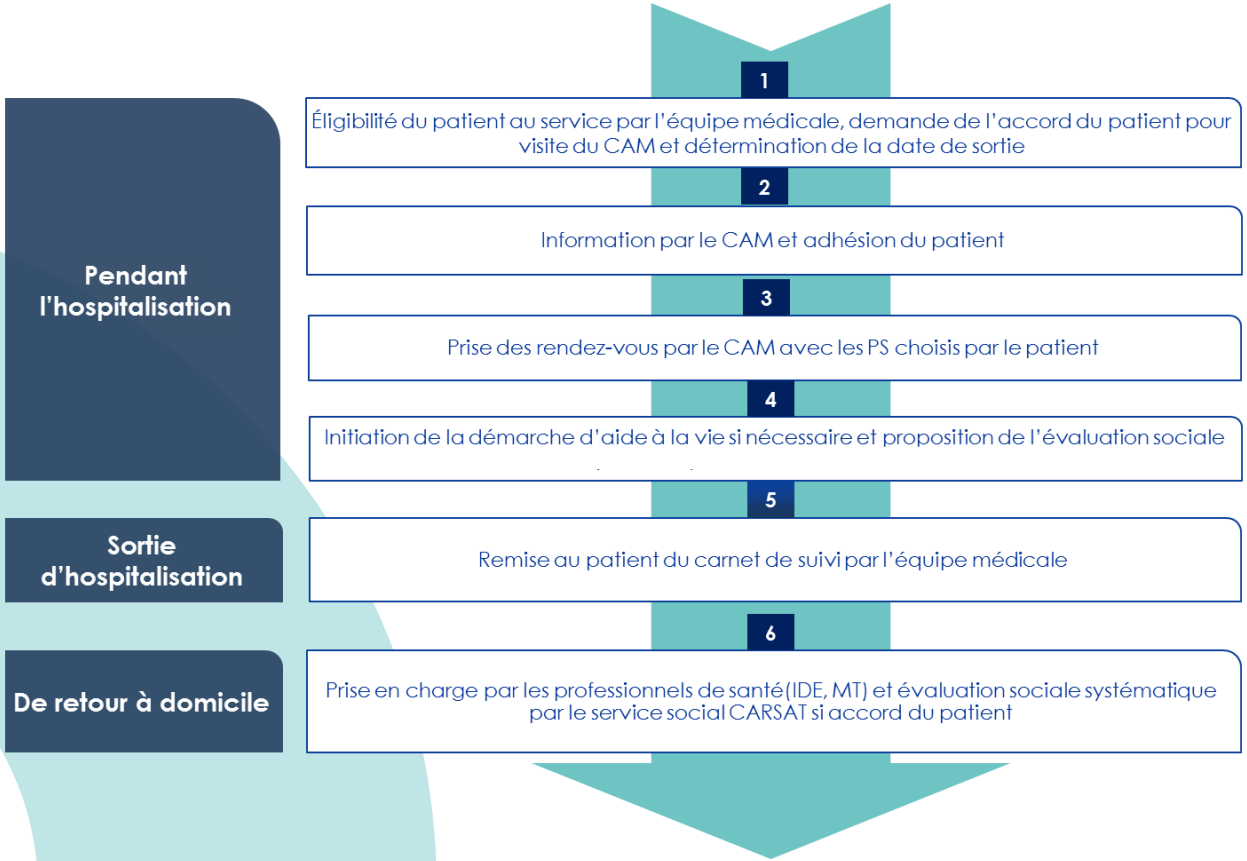
- Répondre à une volonté croissante des patients, de plus en plus attentifs à conserver leur autonomie et leur qualité de vie.
- Adapter et renforcer le suivi post-hospitalisation par des PS libéraux afin de tenir compte de la diminution des durées de séjour constatés depuis plusieurs années.
- Améliorer l'efficience du recours à l'hospitalisation en réservant les structures de prise en charge les plus lourdes aux patients qui en ont le plus besoin.

Processus général

- Mise en relation du patient avec les professionnels de santé libéraux qui le prennent en charge au retour à domicile, dès que l'hospitalisation n'est plus jugée nécessaire par l'équipe soignante.
- 4 types d'acteurs sont identifiés autour du patient : l'équipe médicale de l'établissement, les PS libéraux qui le prennent en charge au retour à domicile, le médecin traitant et le CAM.



Etapes de l'offre de service



Lors du retour à domicile

Objectif pour le patient : garantir une prise en charge par les professionnels dès son retour à domicile

Médecin traitant

- Coordonne le suivi de son patient en lien avec les PS
- Réalise une consultation précoce dans les 7 jours et une consultation 1 mois après la sortie d'hospitalisation

Gériatre et autres PS

Si besoin identifié par l'équipe médicale dans la grille d'éligibilité

CAM

Contacte le patient au 8ème jour : s'assure que le 1er rendez-vous avec le médecin traitant et l'IDE ont bien eu lieu

A la fin du 1er mois : réalise un bilan de satisfaction avec le participant

Patient

IDE

Démarche de Soins Infirmiers dans la première semaine puis 1 visite hebdomadaire pendant un mois

Prestataire aide à la vie

Assure la livraison des repas et/ou l'aide ménagère auprès du patient, en coordination avec les services sociaux de la CARSAT

Assistant de service social CARSAT

Contacte le patient par téléphone sous 48 heures : réalise un entretien évaluatif

Dans les 3 mois : réalise une évaluation globale lors d'une visite à domicile

Volets développés

Maternité

Sorties standards
Expérimentation depuis 2010
Généralisation depuis 2012
ePRADO
Généralisation depuis février 2016

Sorties précoces
Expérimentation depuis 2015
Généralisation en 2018

Chirurgie

Orthopédie
Expérimentation depuis 2012
Généralisation depuis 2013

Tout type de chirurgie
Généralisation à partir de mi 2016

Pathologies chroniques

Insuffisance cardiaque
Expérimentation depuis 2013
Extension en 2016

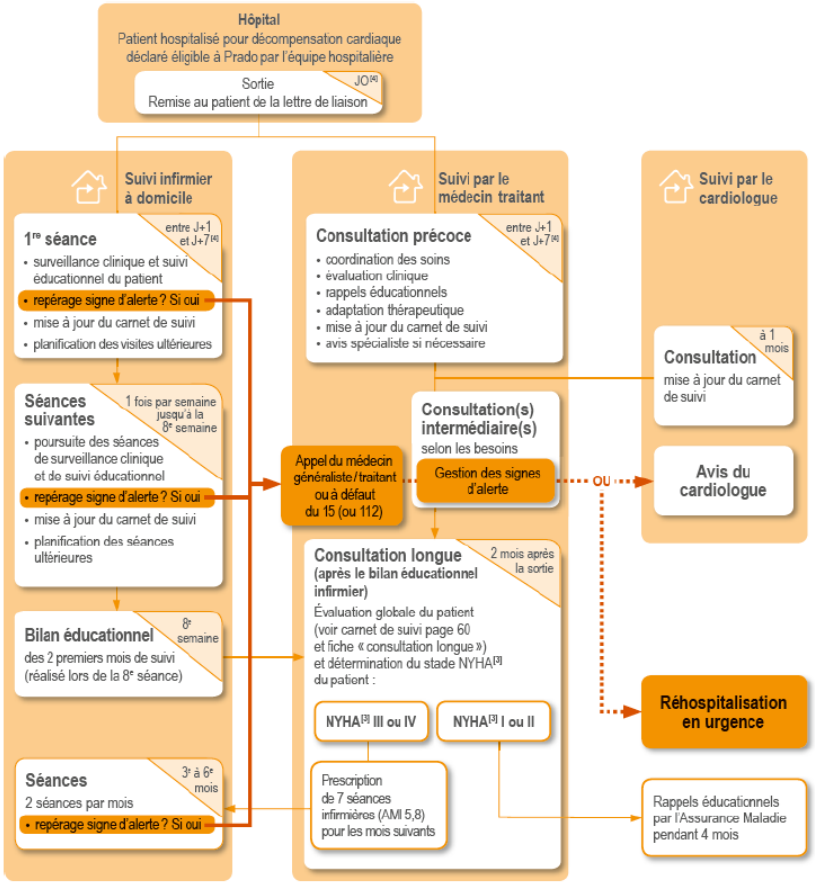
BPCO
Expérimentation depuis 2015
Extension en 2016

+

AVC
Expérimentation depuis 2017

PRADO personnes âgées
Expérimentation depuis 2017
Généralisation en 2019

Insuffisance Cardiaque



1 127 adhésions et 839 inclusions en 2018 en Normandie,

1 475 adhésions et 1160 inclusions en 2019.

Le carnet de suivi

Sommaire

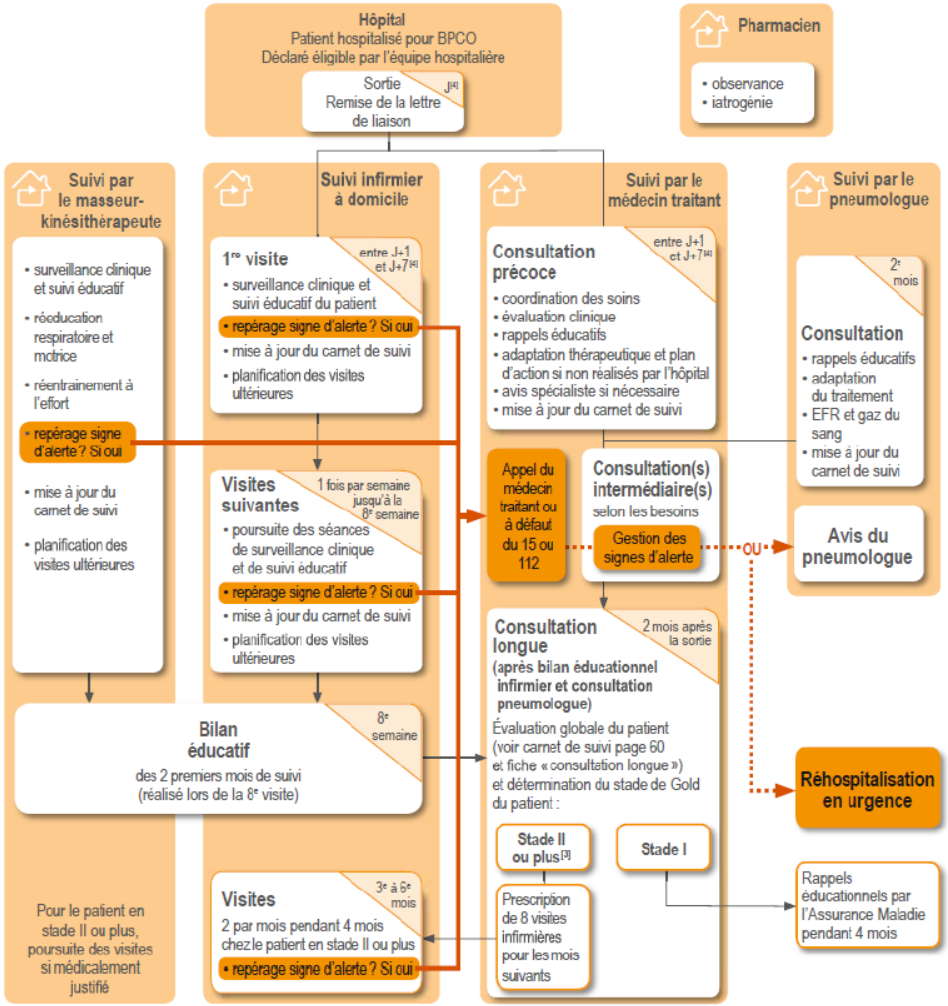
6 Mes rendez-vous
7 Mes rendez-vous avec mon médecin traitant
8 Mes rendez-vous avec mon infirmièr(e)
10 Mes rendez-vous avec mon cardiologue
11 Mes prestataires d'aide à la vie

12 Je m'informe
13 J'apprends à connaître ma maladie
15 Je reconnais les signes d'alerte
18 Je surveille le contenu en sel de mon alimentation
21 J'identifie les aliments et leur teneur en sel
28 J'exerce une activité physique
30 Mon traitement contre l'insuffisance cardiaque
32 Comment bien prendre mes médicaments

34 Je me surveille
35 Je me pèse tous les jours

46 Mon suivi médical
Les 2 premiers mois après mon retour à domicile
48 Les tableaux de surveillance par mon infirmièr(e)
52 Mon traitement et la coordination des professionnels de santé
58 Le bilan éducationnel par mon infirmièr(e)
60 Le bilan de la consultation longue par mon médecin traitant
Du 3e au 6e mois
64 Les tableaux de surveillance par mon infirmièr(e)
68 Mon traitement et la coordination des professionnels de santé

BPCO


Hôpital
Patient hospitalisé pour BPCO
Déclaré éligible par l'équipe hospitalière
Sortie
Remise de la lettre de liaison
J[4]
Pharmacien
• observance
• iatrogénie
Suivi par le masseur-kinésithérapeute
• surveillance clinique et suivi éducatif
• rééducation respiratoire et motrice
• réentrainement à l'effort
• repérage signe d'alerte ? Si oui
• mise à jour du carnet de suivi
• planification des visites ultérieures
Suivi infirmier à domicile
1re visite
entre J+1 et J+7[4]
• surveillance clinique et suivi éducatif du patient
• repérage signe d'alerte ? Si oui
• mise à jour du carnet de suivi
• planification des visites ultérieures
Visites suivantes
1 fois par semaine jusqu'à la 8e semaine
• poursuite des séances de surveillance clinique et de suivi éducatif
• repérage signe d'alerte ? Si oui
• mise à jour du carnet de suivi
• planification des visites ultérieures
Bilan éducatif
8e semaine
des 2 premiers mois de suivi
(réalisé lors de la 8e visite)
Visites
3e à 6e mois
2 par mois pendant 4 mois chez le patient en stade II ou plus
• repérage signe d'alerte ? Si oui
Pour le patient en stade II ou plus, poursuite des visites si médicalement justifié
Suivi par le médecin traitant
Consultation précoce
entre J+1 et J+7[4]
• coordination des soins
• évaluation clinique
• rappels éducatifs
• adaptation thérapeutique et plan d'action si non réalisés par l'hôpital
• avis spécialiste si nécessaire
• mise à jour du carnet de suivi
Appel du médecin traitant ou à défaut du 15 ou 112
Consultation(s) intermédiaire(s)
selon les besoins
Gestion des signes d'alerte
Consultation longue
2 mois après la sortie
(après bilan éducationnel infirmier et consultation pneumologue)
Évaluation globale du patient (voir carnet de suivi page 60 et fiche « consultation longue ») et détermination du stade de Gold du patient :
Stade II ou plus[3]
Stade I
Prescription de 8 visites infirmières pour les mois suivants
Suivi par le pneumologue
2e mois
Consultation
• rappels éducatifs
• adaptation du traitement
• EFR et gaz du sang
• mise à jour du carnet de suivi
Avis du pneumologue
OU
Réhospitalisation en urgence
Rappels éducationnels par l'Assurance Maladie pendant 4 mois

Personnes Agées

	Avant la sortie de MCO	A domicile 1 mois	
Planification du retour à domicile	Rencontre avec le CAM en face à face à l'hôpital Planification du 1er RDV avec le **MT**, et du 1er RDV avec les autres PS identifiés par l'EMH	Suivi de la réalisation du 1er RDV avec le MT	Bilan final à 1 mois
Equipe médicale hospitalière	Eligibilité du patient Identification des besoins CRH		
Consultations médecin traitant		Consultation dans les 7 jours	Consultation à 1 mois
Visite IDE		DSI / BSI dans la 1ère semaine puis 1 visite hebdomadaire	
Autres PS (gériatre, MK…)		Selon les besoins identifiés par l'équipe médicale	
Service social Carsat		Aide à la vie : portage de repas et/ou aide ménagère, selon les besoins identifiés par l'EMH	
		Evaluation sociale systématique : prévenir les situations à risque(maintien au domicile, renoncement aux soins et isolement…)	
Pharmacien		Travaux en lien avec les négociations avec les pharmaciens en cours Initiatives locales à privilégier (sous réserve de validation CNAMTS)	

Pages « Mes rendez-vous » du carnet de suivi

Mes rendez-vous

Avec Prado, le service de retour à domicile, je bénéficie d'un accompagnement personnalisé.
Le conseiller de l'Assurance Maladie inscrit dans les pages suivantes les rendez-vous qu'il a pris pour moi. Je pense à y indiquer les suivants.

Rendez-vous
avec le médecin généraliste / traitant

Lors de mon hospitalisation, le conseiller de l'Assurance Maladie organise pour moi la première consultation.

Cette consultation a lieu **dans les 7 jours qui suivent ma sortie** avec :

Le docteur : _____

Le _____ |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| à : ____ h ____

À l'issue de cette consultation, le médecin traitant décide de la périodicité la plus adaptée à mon suivi.

Je note la date de mes rendez-vous :

Le _____ |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| à : ____ h ____

Le _____ |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| à : ____ h ____

Le _____ |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| à : ____ h ____

Le _____ |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| à : ____ h ____

Le _____ |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| à : ____ h ____

Le _____ |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| à : ____ h ____

Pages « Je m'informe » du carnet de suivi

Je m'informe

Les pages qui suivent me donnent les informations et les conseils essentiels pour améliorer mon quotidien.

J'y trouve également des éléments qui m'aident à dialoguer avec les professionnels de santé.

Comment avoir une alimentation **équilibrée au quotidien ?**

Au fil des années, le fonctionnement de l'organisme subit quelques modifications, il convient de veiller à son équilibre alimentaire en ayant :

Une alimentation adaptée en quantité à sa faim et à ses besoins

La surveillance du poids est un très bon moyen de vérifier qu'il existe un équilibre entre apport et dépenses énergétiques. Votre médecin fixe avec vous les objectifs.

Une alimentation diversifiée avec :

- 4 fois par jour : des produits laitiers pour couvrir ses besoins en calcium
- 1 fois par jour, de la viande, du poisson ou des œufs pour les protéines et le fer
- chaque jour, l'équivalent de 8 à 10 verres d'eau ou de boissons non alcoolisées ;
- mais aussi des fruits et légumes (5 par jour), des féculents, des matières grasses variées.

Je pense à m'hydrater régulièrement

Je pense à boire sans attendre d'avoir soif car la sensation de soif s'atténue au fil des années et l'organisme à tendance à se déshydrater.

Signe de déshydratation :

- bouche sèche,
- urines foncées,
- diarrhées ou vomissements,
- fatigue importante.

À noter

Pour ne pas devoir se relever la nuit, mieux vaut boire davantage en première partie de journée. Et n'oubliez pas que les boissons alcoolisées sont à consommer avec modération.

Pages « Je me surveille » du carnet de suivi

Je me surveille

Dès mon retour à domicile, je me montre attentif à certains changements dans ma forme physique :

• essoufflement, fatigue, chute, gonflements, perte d'appétit...

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

Je me montre attentif
à certains changements

Je note chaque semaine un jour fixe (ex : le lundi) dans ce tableau les éventuels changements que j'observe concernant ma respiration, ma fatigue, des œdèmes des jambes, mon poids, ma perte d'appétit... Je n'hésite pas à en discuter avec l'infirmier(e) et lors de ma prochaine visite chez le médecin.

DATE (jour, mois)	POIDS (en kg)	OBSERVATIONS (essoufflement, fatigue, chute, œdèmes, perte d'appétit...)

Je me surveille

37

Prado AVC

Un motif fréquent d'hospitalisation

Sources : *PMSI MCO et SSR 2015 / patients tous régimes > 18 ans*

Séjours AVC/Accident ischémique transitoire	170 000 séjours **150 000 patients**
Taux de recours au SSR	**31,6 %** *(hors patients AIT et hors décès hospitaliers)*
Taux de passage par une Unité Neuro Vasculaire au cours du séjour MCO	**40,8 %**
Durée moyenne de séjour MCO	**9,5 jours** (médiane = 7j)
Durée moyenne de séjour SSR	**46,7 jours**

Deux parcours Prado AVC identifiés

Deux parcours post MCO élaborés à partir des recommandations de la HAS et s'inscrivant dans les objectifs du plan AVC 2010/2014

AIT
ou
AVC sans déficience visible

- **Objectifs :**
  - réaliser un bilan étiologique complet
  - améliorer la prévention secondaire
  - systématiser la réalisation d'une consultation pluriprofessionnelle post-AVC ou d'une consultation spécialisée de neurologie, de gériatrie, de MPR

AVC avec une ou plusieurs déficiences

- **En plus des objectifs du premier parcours:**
  - contribuer à la structuration d'une prise en charge pluriprofessionnelle et coordonnée en ville
  - optimiser la rééducation et la réadaptation

→ mieux prendre en charge le handicap et en limiter le retentissement

Diminuer les récidives, les réhospitalisations et les décès

Relatifs aux patients présentant une ou plusieurs déficiences

Pour les patients n'ayant pas été hospitalisé en UNV, la consultation pluriprofessionnelle est à privilégier

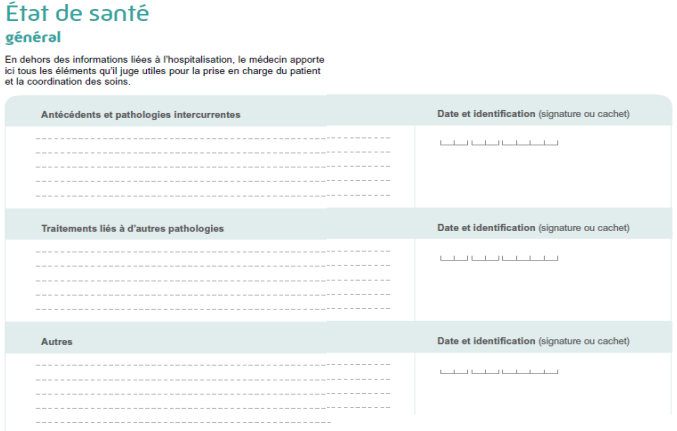
Parcours AVC

Hôpital Lettre de liaison	**1ère semaine** *(J0-J7)* dans un délai adapté aux déficiences du patient	**dans les 3 mois**
Médecin généraliste	Consultation/visite	Consultation/visite à 1 mois en coordination avec le neurologue ou gériatre ou médecin de médecine physique et réadaptation (MPR) ou consultation post AVC *Autre avis spécialisé si nécessaire*
Infirmier(ère)	**Bilan de soins infirmiers à domicile (DSI/BSI*)**	Poursuite des soins selon prescription médicale
– Masseur-kinésithérapeute – Orthophoniste – Autre professionnel	Rééducation et réadaptation adaptées aux besoins du patient selon prescription médicale	
Neurologue et/ou Gériatre et/ou MPR		**Consultation pluriprofessionnelle* post AVC ou spécialisée à 1 mois** si le patient n'a pas été hospitalisé en unité neurovasculaire ou **Consultation pluriprofessionnelle post AVC ou spécialisée dans les 3 mois** si le patient a été hospitalisé en unité neurovasculaire
Pharmacien	▪ **Rôle attendu:** – Repérage du risque d'évènement indésirable médicamenteux – Alerte du médecin traitant	
Prestataire d'aide à la vie Assistant(e) de service social	**Aide à la vie** : portage de repas et/ou aide ménagère, selon les besoins identifiés	
	Evaluation sociale globale	

Carnet de suivi 1/2

Le carnet de suivi a 2 objectifs

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



État de santé

général

En dehors des informations liées à l'hospitalisation, le médecin apporte ici tous les éléments qu'il juge utiles pour la prise en charge du patient et la coordination des soins.

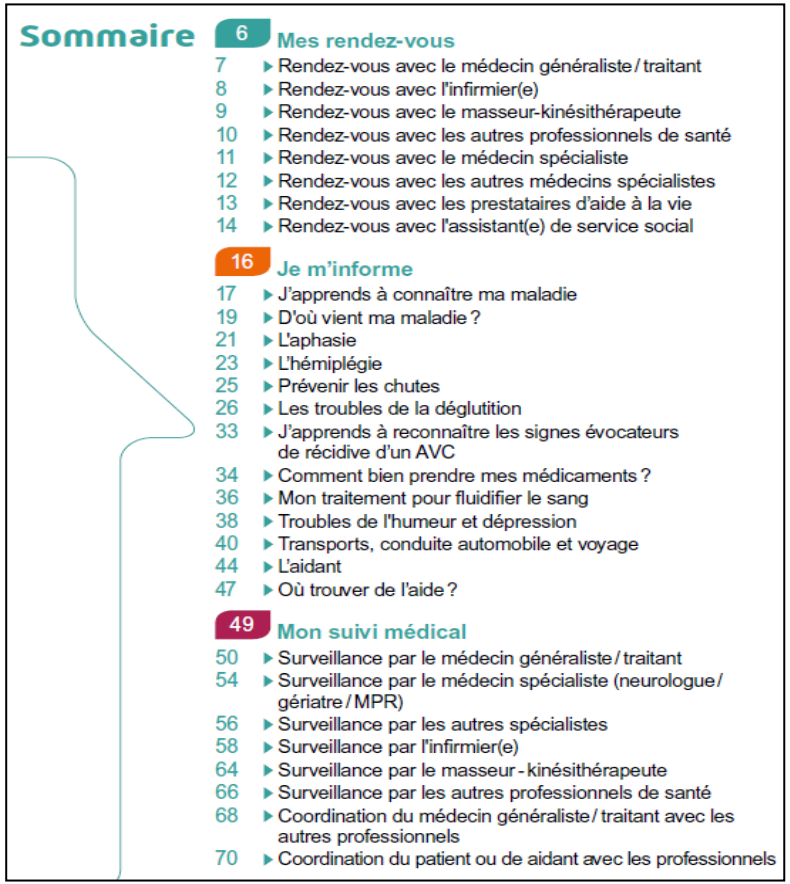
Antécédents et pathologies intercurrentes	Date et identification (signature ou cachet)

Traitements liés à d'autres pathologies	Date et identification (signature ou cachet)

Autres	Date et identification (signature ou cachet)

- Pour rappel, une double page est prévue pour renseigner les antécédents médicaux du patient

Carnet de suivi 2/2



Sommaire

6 Mes rendez-vous
7 ▸ Rendez-vous avec le médecin généraliste / traitant
8 ▸ Rendez-vous avec l'infirmier(e)
9 ▸ Rendez-vous avec le masseur-kinésithérapeute
10 ▸ Rendez-vous avec les autres professionnels de santé
11 ▸ Rendez-vous avec le médecin spécialiste
12 ▸ Rendez-vous avec les autres médecins spécialistes
13 ▸ Rendez-vous avec les prestataires d'aide à la vie
14 ▸ Rendez-vous avec l'assistant(e) de service social

16 Je m'informe
17 ▸ J'apprends à connaître ma maladie
19 ▸ D'où vient ma maladie ?
21 ▸ L'aphasie
23 ▸ L'hémiplégie
25 ▸ Prévenir les chutes
26 ▸ Les troubles de la déglutition
33 ▸ J'apprends à reconnaître les signes évocateurs de récidive d'un AVC
34 ▸ Comment bien prendre mes médicaments ?
36 ▸ Mon traitement pour fluidifier le sang
38 ▸ Troubles de l'humeur et dépression
40 ▸ Transports, conduite automobile et voyage
44 ▸ L'aidant
47 ▸ Où trouver de l'aide ?

49 Mon suivi médical
50 ▸ Surveillance par le médecin généraliste / traitant
54 ▸ Surveillance par le médecin spécialiste (neurologue / gériatre / MPR)
56 ▸ Surveillance par les autres spécialistes
58 ▸ Surveillance par l'infirmier(e)
64 ▸ Surveillance par le masseur-kinésithérapeute
66 ▸ Surveillance par les autres professionnels de santé
68 ▸ Coordination du médecin généraliste / traitant avec les autres professionnels
70 ▸ Coordination du patient ou de aidant avec les professionnels

RDV avec les différents PS

Aide à la vie

Informations pour le patient et l'aidant sur les causes de l'AVC, ses séquelles, ses complications et les signes de récidive

→ Focus sur le rôle de l'aidant au quotidien

Tableaux de surveillance pour la réalisation du suivi médical par les professionnels de santé et la coordination entre PS

Ajout de feuillets destinés au patient ou à l'aidant afin de faciliter la communication avec les professionnels de santé

SÉCURITÉ SOCIALE
L'Assurance Maladie

Mission de Coordination Régionale
DCGDR de Normandie

Merci pour votre attention.