

Parcours de la personne malade et de ses proches

La **demande d'inclusion dans le réseau** s'effectue lors d'une consultation en médecine générale, cardiologique au cours d'une hospitalisation pour décompensation cardiaque, ou à la demande du patient, d'un de ses proches ou de tout professionnel de santé ou de la santé.

L'inclusion est soumise à l'acceptation du patient (acte d'adhésion remis) et à l'information express de son cardiologue et/ou de son médecin traitant.

Le coordinateur médical valide l'inclusion.

Le **coordinateur paramédical** prend contact avec le patient pour expliquer le fonctionnement du réseau et mettre en place le dossier de soins partagé à domicile.

Il explique au patient le plan de suivi qui le concerne ainsi que les outils et la démarche d'éducation thérapeutique mis à sa disposition. Il recueille les données d'évaluation de suivi utiles au réseau.

Il réalise un bilan éducatif partagé initial et définit les objectifs avec le patient et ses accompagnants et leur propose un plan éducatif personnalisé.

Il rédige un compte-rendu de sa visite qui est transmis au patient et à tous les professionnels qui interviennent auprès de ce patient (et choisis par le patient).

Le patient peut bien sûr être suivi en parallèle par un(e) infirmier(e) sur prescription médicale, à domicile si nécessaire et se rend aux consultations prévues chez le médecin généraliste et le cardiologue, au rythme déterminé par la gravité de son atteinte.

En fonction de ses besoins, il lui sera proposé un **bilan diététique** individuel ; en particulier si celui-ci n'a pas été effectué en structure hospitalière (il pourra être suivi d'autres entretiens si nécessaire).

Un **réentraînement** pourra être proposé soit en centre de rééducation soit par un kinésithérapeute, à son domicile ou en cabinet, sur prescription médicale. La mise en place d'un accompagnement en activité physique adaptée via le DAPAP Prescri'bouge sera possible.

Le patient ou ses proches pourront bénéficier de plusieurs consultations avec un **psychologue** s'il en ressent le besoin.

Des **séances d'éducation thérapeutique**, collectives et/ou individuelles lui seront proposées, à lui et ses proches. Elles sont destinées à aider le patient insuffisant cardiaque dans la gestion de sa maladie et de son vécu au quotidien. Il s'agit plus largement de favoriser son implication dans les décisions et actions relatives à sa santé.

Le patient et ses proches pourront joindre la **coordination du réseau** par simple appel téléphonique pendant les heures de permanence (9h - 17h du lundi au vendredi) et son dossier sera transféré au SAMU pour création de fiche rattachée à un numéro de téléphone (centre 15).

La coordination du réseau, en lien avec le secteur libéral, réalisera un **suivi du patient** : appel téléphonique à 1 mois, puis visite au domicile par un référent d'éducation libéral, à une fréquence adaptée à ses besoins, définis en accord avec lui. En cas d'hospitalisation, la coordination prendra contact avec le patient à son retour à domicile pour identifier d'éventuels besoins médicaux, paramédicaux, sociaux, éducatifs, et aider à la mise en place d'actions adaptées pour y répondre.

Une **évaluation au terme d'un an** dans le réseau sera réalisée auprès du patient et des principaux professionnels (données de suivi médical, traitement, recueil des indicateurs d'évaluation, hospitalisations et réajustement des objectifs déterminés dans le plan personnalisé de santé et éducatif). En concertation, il sera décidé d'une sortie du réseau, d'un passage en phase d'entretien ou d'une poursuite active de prise en soin (en redéfinissant de nouveaux objectifs et un plan personnalisé de soin).

En cas de stabilité après un an en phase d'entretien la coordination proposera au patient une sortie du réseau et en cas d'instabilité cardiaque, le patient pourra à nouveau être suivi activement.