

## **Le dispositif d'annonce chez le médecin traitant et la mise en place d'un parcours personnalisé de soins et d'accompagnement social.**

Le médecin traitant est l'élément le plus directement opérationnel dans le dispositif d'annonce et d'information. Il l'est également sur le long terme car il est au cœur du parcours de soin des personnes malades atteintes de la maladie d'Alzheimer.

### **Mesure 21 : Elaboration d'un guide de dispositif d'annonce et d'accompagnement reprenant les missions de l'ensemble du personnel soignant en charge de ce dispositif.**

Au-delà de la prise en compte de ce temps d'annonce dans les modalités de tarification dans les CM et chez les neurologues libéraux, de même que pour le médecin traitant, il convient de proposer aux sociétés savantes d'aider à la réflexion sur le dispositif d'annonce.

### **R 12. Assurer le suivi des malades en faisant du médecin traitant un acteur essentiel du parcours de soin**

L'organisation de la prise en charge doit se faire autour du médecin traitant, garant de la continuité des soins pour les malades d'Alzheimer et qui, seul, connaît la personne dans son environnement.

Tout de suite après l'annonce du diagnostic, il peut reprendre les informations qu'il a reçues et répondre aux questions. Il poursuit l'évaluation, notamment des activités instrumentales de la vie quotidienne (à l'aide d'un test ADL ou IADL<sup>23</sup>) mais aussi de l'ensemble des traitements, en étant attentif aux prescriptions associées de psychotropes et aux risques de iatrogénie liés à des prescriptions éventuellement trop nombreuses. Il remet une carte d'information « maladie d'Alzheimer » à chaque malade dont l'autonomie est altérée et ceci afin de permettre aux membres de la famille, aux personnels de l'hôpital ou de la maison de retraite d'avoir un accès immédiat à l'information nécessaire face à une situation de crise (voir plus loin la description de cette carte). Il reçoit l'aidant afin d'évaluer ses capacités d'aide et déclenche, si besoin est, un avis social. Il aura également pour mission, en fonction des besoins, de renvoyer ses patients, six mois après le diagnostic, pour une **seconde évaluation**, vers les consultations mémoire ou les neurologues libéraux, pour obtenir un second avis.

Quant au suivi des patients sur le long terme, il s'avère essentiel car la maladie d'Alzheimer évolue du déclin cognitif à la perte d'autonomie puis à la dépendance. Le déclin cognitif est variable d'un individu à l'autre. Certains malades ont des déclins cognitifs rapides (au moins 3 points de MMSE<sup>24</sup> en 1 an), facteur de mauvais pronostic. D'autres ont des déclins cognitifs plus lents (moins de 2 points de MMSE en un an). Cette évaluation est importante car elle permet d'envisager, en plus des traitements médicamenteux, lorsqu'ils sont jugés utiles par le praticien hospitalier, des stratégies de compensation des déficits cognitifs en renforçant les capacités encore disponibles. Elle permet aussi, par l'analyse de la situation environnementale, d'anticiper d'éventuelles situations de crises en prévenant les troubles comportementaux très liés à un syndrome confusionnel, une iatrogénie ou un environnement inadapté. Il réalisera une fois par an une évaluation de l'état de santé médico-psycho-social du couple aidant-aidé selon des modalités très dépendantes de chaque situation. Ces évaluations seront l'occasion d'évaluer les fonctions cognitives, les activités instrumentales de la vie quotidienne, de recevoir l'aidant, de faire le point sur ses besoins médicaux personnels, et sur la qualité de l'aide et de l'accompagnement.

Ce suivi au long cours des malades d'Alzheimer et de leurs aidants nécessitent une prise en charge forfaitaire des tâches menées par le médecin traitant.

<sup>23</sup> ADL (activities of daily living) : il s'agit d'une échelle de mesure de l'autonomie pour les activités de base de la vie quotidienne

<sup>24</sup> MMSE (Mini Mental State Examination) : il s'agit d'un test rapide permettant d'évaluer les capacités mnésiques et cognitives .

## **Mesure 22 : Création d'un « forfait Alzheimer » pour le médecin traitant.**

Compte tenu de la diversité des missions du médecin traitant et du couplage aidant/aidé dans la prise en charge médicale, il est possible d'expérimenter un nouveau mode de rémunération dans le cadre des expérimentations prévues dans la loi de finances de la sécurité sociale pour l'année 2008. Un forfait annuel pourrait être créé qui prendrait en compte<sup>25</sup>, au-delà du coût de l'ALD, des jours de formation continue pour le médecin, la réalisation d'un bilan annuel de santé envoyé aux unions régionales des médecins libéraux (URML), la participation aux actions de coordination, notamment lors de l'évaluation pluridisciplinaire du malade, le remplissage d'un carnet de suivi par tous les professionnels appelés à accompagner le malade à domicile.

### **Mesure associée :**

#### ***Gestion des données sur les activités libérales au sein des URML.***

Chaque région doit disposer de données d'activités libérales concernant les caractéristiques des patients, liées au nécessaire relevé des données à visée épidémiologique et à la protocolisation des pratiques des bilans annuels de santé adressés aux URML. Lors de la discussion conventionnelle avec l'Assurance maladie pour la mise en place d'un « forfait Alzheimer » pour le médecin traitant, la participation des médecins traitants au suivi épidémiologique sera abordée. Pour les URML les plus avancées, il sera possible de les doter d'un financement spécifique afin de permettre la création d'un demi-poste de gestionnaire de données.

---

<sup>25</sup> D'autres configurations de ce forfait ont été examinées par la mission et notamment la prise en compte également de toute consultation ou acte pour d'autres pathologies que la maladie d'Alzheimer, ou encore la rémunération d'un référent médico-social accompagnant le médecin traitant. Elles n'ont pas été retenues pour des questions de coût.