

[Hainaut Prévention]

Sommaire

Edito 1
Plan d'Accompagnement Concerté Transversal (PACT) en faveur des malades chroniques de la zone La Louvière-Binche-Morlanwelz : la prévention en avant toute ! 1-4

Comité de lecture

- Dr Jean-Paul Meurant
Médecin généraliste
- Dr Vincent Parmentier
Médecin généraliste
- Dr Michèle Vilain
Médecin généraliste

Edito

Ce numéro est consacré à l'appel à projets "Soins intégrés en faveur des maladies chroniques" à l'initiative du SPF Santé publique. Ce projet vient d'être accepté.

En Hainaut, un seul projet a été déposé. C'est le "Plan d'Accompagnement Concerté Transversal" (PACT) dans la région du Centre. Son objectif vise, au quotidien, à faciliter la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques et à mieux structurer les rapports entre les différents professionnels de la santé et du social mais aussi à améliorer l'accès à la prévention et à la promotion de la santé.

Pour cet axe, le rôle du médecin généraliste est incontournable. Par le contact singulier et la connaissance du patient, le MG peut l'inciter à développer les actions préventives et lui proposer le parcours le mieux adapté à sa pathologie, à sa personnalité et à son contexte de vie. Dans ce continuum, il s'agit bien de créer du lien entre les différents acteurs autour du patient pour un mieux-être. Cependant, l'on ne peut rationnellement pas faire abstraction d'une réelle préoccupation de réduction des coûts. Il s'agira donc aussi, avec cette expérience, de trouver un juste équilibre entre les multiples contraintes de l'ensemble des parties prenantes.

Bonne lecture et surtout une excellente année 2018 !

Marie-José Couteau • Observatoire de la Santé du Hainaut

Plan d'Accompagnement Concerté Transversal (PACT) en faveur des malades chroniques de la zone La Louvière-Binche-Morlanwelz : la prévention en avant toute !

Les maladies chroniques requièrent la collaboration de divers professionnels de la santé. Dans le cadre de l'appel à projet "Chronic Care" du SPF Santé publique, un consortium composé d'acteurs de la santé a été initié. Son objectif est l'optimisation des trajets de soins. Ce projet hainuyer, porté par la région du Centre, vise l'amélioration de l'accompagnement des personnes souffrant de limitations physiques liées à une pathologie neuromusculaire.

Les maladies chroniques sont un défi pour les soignants et pour le système de soins de santé

Le généraliste a un rôle prépondérant en matière de prévention des maladies chroniques et d'accompagnement des malades chroniques en particulier pour assurer le lien nécessaire entre les services de soins de santé spécialisés indispensables aux patients¹.

On constate que les facteurs de risque de maladie chronique (surpoids, sédentarité, tabagisme et alcoolisme) sont plus fréquents chez les personnes de statut socio-économique faible. Dans ce contexte, il ne suffit pas de prévenir, il faut renforcer les compétences du patient afin qu'il intègre le facteur santé dans son quotidien (bien manger, bouger...). L'empowerment ou capacité d'agir des patients est au cœur des préoccupations des partenaires du projet pour en faire un véritable acteur de sa santé.

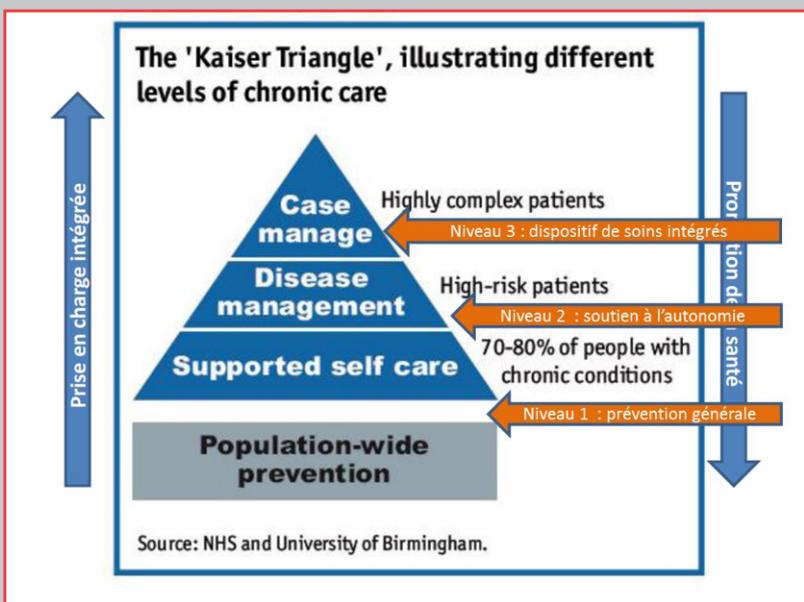
1. Cf. Position Paper "Organisation des soins pour les malades chroniques en Belgique" du KCE.

Zone pilote La Louvière-Binche-Morlanwelz

Depuis le mois de juin 2016, 30 organismes ont créé un consortium où les acteurs du social, des soins, de la promotion et prévention de la santé ainsi que des associations de patients se réunissent régulièrement. L'Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH) et le Centre Local de Promotion de la Santé (CLPS) y apportent leur contribution active. Ce projet pilote, constitué d'objectifs stratégiques et opérationnels, comprend 38 actions. Il va se déployer en 4 ans à partir de janvier 2018.



Des réseaux pour les malades chroniques



Le projet Chronic Care s'attache à développer la pratique de réseau visant à intégrer les soins en faveur des malades chroniques. La définition de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) est la suivante : "Par services de santé intégrés et centrés sur la personne, on entend la gestion et la prestation de services sanitaires de qualité et sûrs permettant à la population de bénéficier d'un ensemble de services suivis allant de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie, au diagnostic, au traitement et à la prise en charge de la maladie, ainsi qu'à la réadaptation et aux soins palliatifs, aux différents niveaux et sur les différents lieux de soins dans le cadre du système de santé. Ces services doivent être d'un coût abordable, accessibles, disponibles et acceptables pour ceux auxquels ils sont destinés"².

2. <http://www.who.int/healthsystems/topics/delivery/fr/>

Les 38 actions du PACT visent :

1. à renforcer le savoir-faire du patient et de son entourage en donnant les outils aux soignants pour soutenir l'empowerment ;
2. à développer et favoriser la multidisciplinarité pour améliorer les soins de routine et offrir une réponse aux épisodes aigus ;
3. à s'inscrire dans une stratégie de promotion de la santé et de prévention. Pour cela, le consortium a adopté une gouvernance dans le but de soutenir une approche collective des professionnels et des usagers des services de santé. Des groupes de travail (GT) se sont constitués : GT prévention, GT multidisciplinaire, GT qualité – évaluation et GT dossier patient intégré afin de mener des actions concrètes.

Le médecin généraliste à l'avant-poste

C'est la prévention qui est en première ligne de toute stratégie visant à intégrer le malade chronique dans la société et à lui permettre de mieux s'approprier son projet de vie. Les déterminants socio-économiques de la santé font que les catégories de populations défavorisées, même si elles sont sur-consommatrices de soins, ne se soignent pas bien ou mal, faute de health literacy³. Le Hainaut ne fait pas exception. Ceci met le médecin généraliste en place utile de premier ordre, en particulier pour faciliter les pratiques préventives.

Le projet pilote s'orientera selon 2 axes : un axe "Pathologies" et un axe "Territoire".

Pathologies :

Le projet pilote s'ancre au niveau des pathologies neurologiques avec limitations physiques mais pourra intégrer d'autres pathologies chroniques primaires.

Territoire :

Les soignants et les patients d'autres territoires pourront être inclus dans le projet à condition d'avoir un lien fonctionnel avec la zone pilote (hôpital, médecin, domicile...).

3. Capacité d'obtenir, de lire, de comprendre et d'utiliser des informations sur les soins de santé afin de prendre des décisions de santé appropriées et de suivre les instructions pour le traitement, in Wikipedia.

Quelles actions en faveur d'une meilleure intégration ?

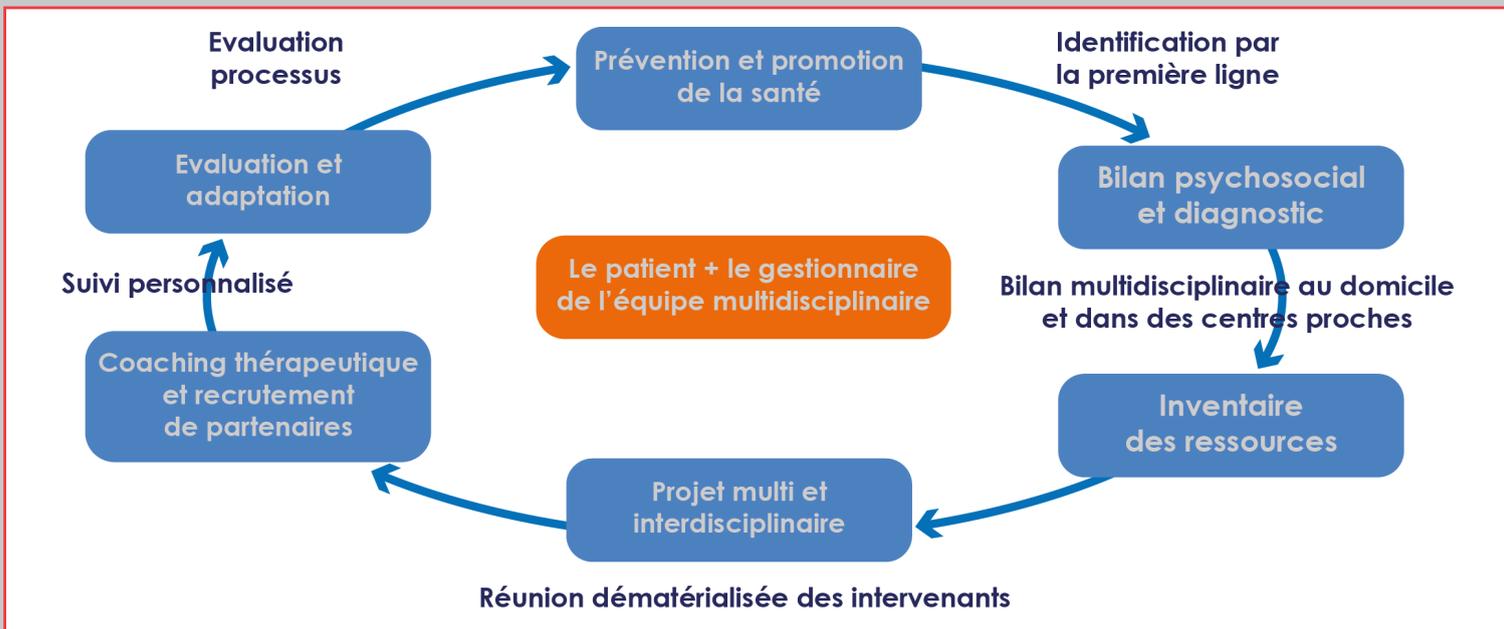
Depuis octobre, le Réseau Local Multidisciplinaire (RLM) de la Région du Centre a engagé une gestionnaire des équipes de soins afin d'accompagner et de soutenir l'action du médecin généraliste. Le Service Intégré de Soins à Domicile (SISD) et le RLM travailleront ensemble pour encadrer ce projet.

Le RLM, structure de soutien pour les médecins généralistes a comme mission de promouvoir l'approche multidisciplinaire (p. ex. le trajet de soins diabète : collaboration entre le patient, son médecin généraliste, le diabétologue et l'infirmière éducatrice).

Le SISD a pour vocation de favoriser la concertation entre les professionnels de la santé autour du patient.

Gestion d'équipe multidisciplinaire de soins

Le projet consiste à établir un cercle vertueux autour du projet de santé du patient. Celui-ci vise à la fois à inscrire le malade chronique dans un contexte favorable via des actions de prévention et à faciliter une prise en charge multidisciplinaire coordonnée autour d'un diagnostic et d'un projet commun.



Objectif 1 :

Impliquer le patient dans un projet de santé globale qu'il approuve et auquel il participe. La gestionnaire de soins se charge de coordonner le bilan psycho-social avec le patient et de concevoir un PACT. Ce projet est construit à partir des ressources du patient et réalisé en concertation avec les soignants que le patient fréquente.

Objectif 2 :

Mettre à disposition un référent de l'équipe multidisciplinaire, progresser dans la communication multi et interdisciplinaire, mieux intégrer les soins de routine, organiser une communication rapprochée en cas de phase aiguë et apporter des solutions de répit aux aidants proches et au patient.

Vision partagée des trajets de soins

Pour systématiser et identifier les points d'intégration, des trajets sont définis en fonction d'une identification partagée du stade du patient. Des solutions doivent être trouvées en commun au sein de l'équipe de manière à lui assurer une attitude et un discours cohérents mais sans écarter les situations cliniques toujours spécifiques.

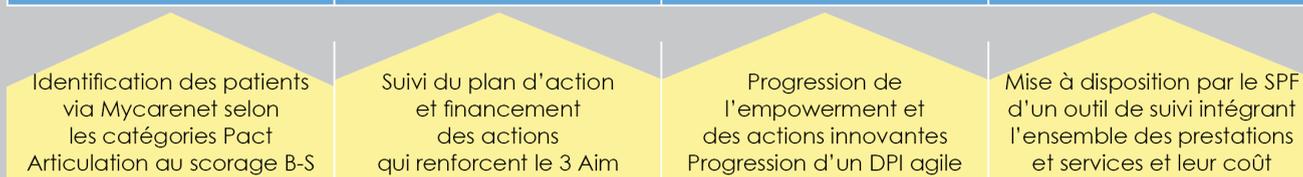
Actions	Stade du patient atteint d'une maladie chronique			
	Pré-symptomatique	Limitations légères	Limitations modérées	Limitations sévères
Case Manager				
PACT/convention tripartite				
Education/information sur la maladie		Individuelle ou en groupes, adaptée au stade de la maladie		
Bilan psychosocial				
Bilan ergo à domicile				
Concertation multidisciplinaire		Définir les partenaires selon le stade		
Activité Physique				
Kinésithérapie				
Approche alimentaire				
Ergothérapie				
Soins infirmiers				
Aide familiale				
Aide ménagère				
Aide au transport				
Coaching socio-professionnel				

Suivi/Evaluation

L'ensemble des projets pilotes est encadré par Federated consortium for Appraisal of Integrated care Teams in Health in Belgium (FAITH), équipe interuniversitaire issue des 3 régions. Ce projet pilote s'assure d'un suivi/évaluation afin de progresser dans les actions proposées aux patients. Dès le départ, des évaluations régulières sont prévues : une évaluation via l'échelle BelRAI et une évaluation de la qualité de vie. Des patients seront invités à participer à des groupes de parole pour apporter leur contribution et leurs suggestions pour améliorer le projet.

L'optimisation de l'offre de soins doit également être perceptible dans les consommations de soins (nature, volume) et son impact sera évalué par un suivi de celles-ci via la Base de données de l'Agence Inter Mutualiste (AIM) comme repris dans le schéma d'évaluation ci-dessous.

Identification des patients	Pertinence trajets de soins	Efficacité des trajets et des actions	Effizienz des trajets
Flag des patients selon les stades - 4 catégories	Les packages sont-ils bien définis ?	Quel impact sur la qualité de la vie ?	La qualité génère-t-elle de la satisfaction pour les soignants ?
Analyse des cuts-off? Autres catégorisations ?	Suivi des prestations effectives/prestations proposées par le Pact	Quelle est la satisfaction des patients ?	Quels sont les effets de bascule d'un type de prestations sur un autre ?
Liens avec les scores BelRAI ?	Services accessibles ? Services utiles ?	Avons-nous la capacité de mise en oeuvre des actions innovantes ?	Diminution des prestations et gains d'effizienz ?



En pratique

1. Une campagne de communication vers les généralistes et les soignants sera lancée en janvier 2018 présentant le projet et la procédure d'inclusion.
2. Tout soignant peut contacter la gestionnaire d'équipe de soins (GES), Elise Lorent, pour proposer l'inclusion d'un patient. Après un premier contact avec le patient et ses soignants, en particulier son médecin traitant, la GES coordonne l'élaboration d'un bilan médico-social et d'un inventaire des ressources.
3. Sur base de ce bilan, un plan d'action concerté est élaboré et discuté avec le patient lors d'une réunion dématérialisée (via une plateforme de communication pour éviter les déplacements inutiles). Ce plan contiendra également des interventions de promotion de la santé (pratique d'activité physique à moindre frais, activités sociales...).
4. Le processus est régulièrement évalué avec le patient et les intervenants tant au niveau individuel qu'au niveau du processus en terme d'efficacité (le patient va-t-il mieux ?), d'effizienz (rapport bénéfice/coûts) et de satisfaction des patients et des intervenants afin d'améliorer la prise en charge.

Anne-Françoise Raedemaeker • Coordinatrice • PACT
 Emmanuel Bartholomé • Neurologue • Chef de service • CHU Tivoli
 Thierry Collet • Président • Fédération des Médecins Généralistes du Centre et de Binche (FMGCB)
 Thierry Van Eeckhout • Promoteur • RLM

Calendrier

Mi-janvier 2018 : communication générale et lancement officiel du projet
 Début février 2018 : démarrage des inclusions

Contacts

Coordination générale : Anne-Françoise Raedemaeker • 0473 66 66 09
 Gestionnaire d'équipe de soins : Elise Lorent • 0499 11 52 62
 Neurologue : Dr Bartholomé • 064 27 74 02 sauf le mercredi : ebarthol@chu-tivoli.be