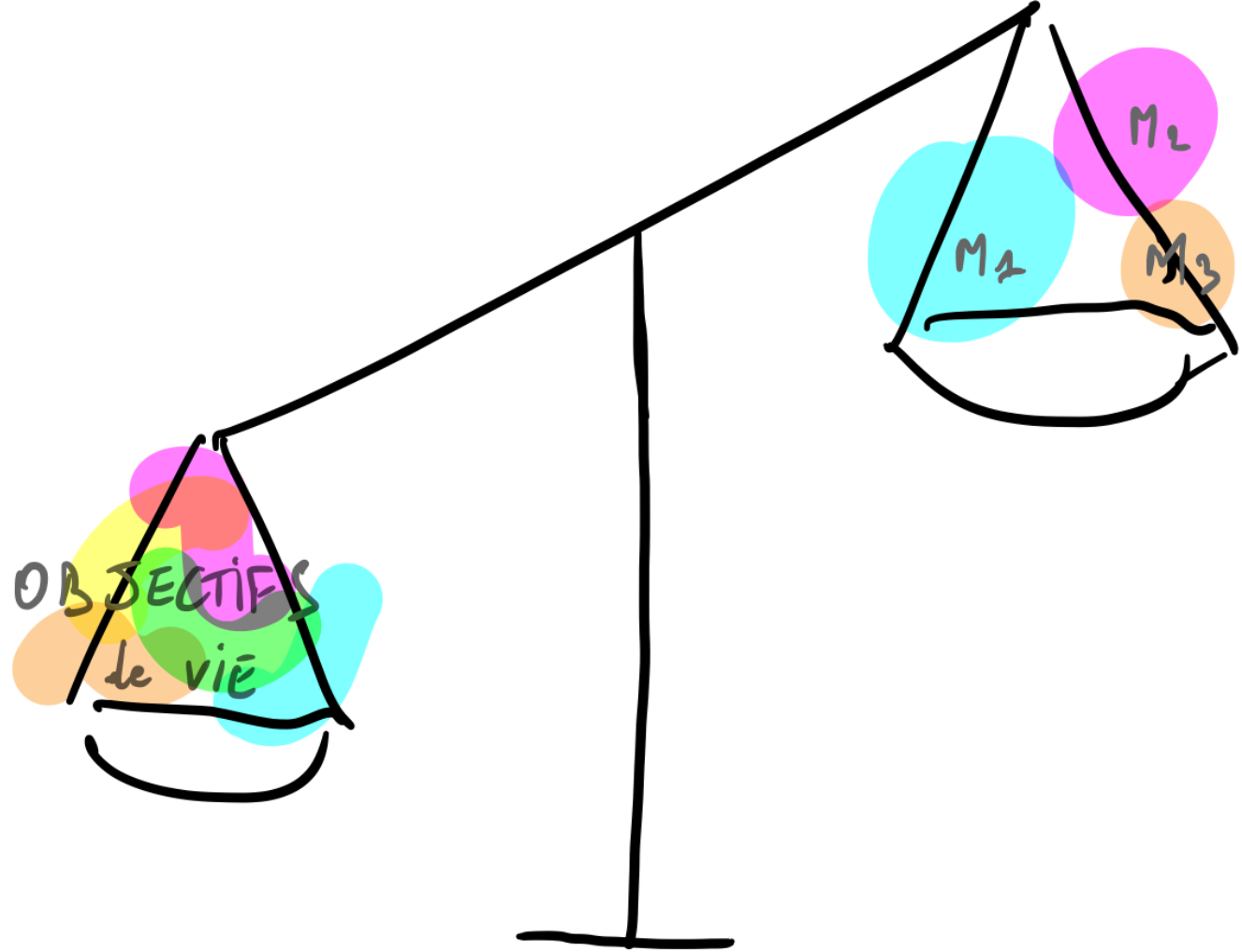


Approche de soins centrés sur les objectifs de la personne (ASCOP)

Un moyen pour aborder les situations complexes, un outil d'intégration entre domicile et hôpital ?



Partons d'un constat

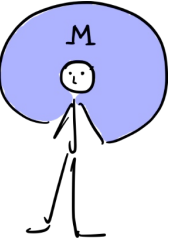
L'approche centrée sur une maladie/problème de santé prédomine dans notre système de santé



L'approche centrée sur une maladie

En parallèle à la naissance des spécialités médicales

Nécessaire pour l'éducation

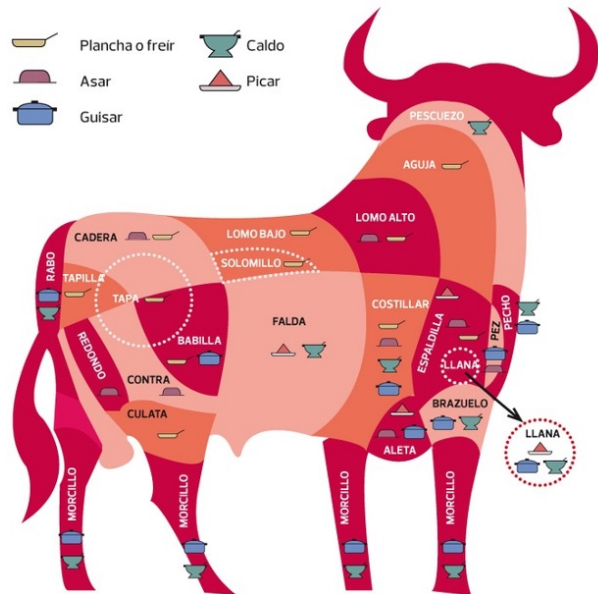


L'étape suivante de la formation aborde le diagnostic, les pathologies et les traitements. Elle prend place **dès le second quadrimestre du Bloc 3 du Bachelier**, sous forme de cours intégrés indissociables de pathologie, comprenant les matières suivantes : anatomie pathologique, biologie clinique, cardiologie, chirurgie, gériatrie, médecine, médecine d'urgence, médecine nucléaire, médecine physique et réadaptation, oncologie médicale, oto-rhino-laryngologie, pédiatrie, pneumologie, radiodiagnostic, radiothérapie.

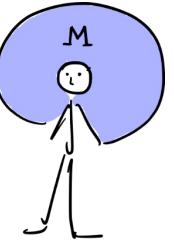
Du premier quadrimestre du Bloc 1 à la fin du premier quadrimestre du Bloc 2 du Master, la formation aborde le diagnostic, les pathologies et les traitements sous forme de cours intégrés indissociables de pathologie, comprenant les matières suivantes : anatomie pathologique, anesthésie-réanimation, biologie clinique, chirurgie, chirurgie plastique, chirurgie orthopédique, gériatrie, gastro-entérologie, gynécologie et obstétrique, médecine, médecine aiguë, médecine ambulatoire, médecine interne, médecine d'urgence, médecine nucléaire, médecine physique et réadaptation, neurologie, neurochirurgie, oncologie médicale, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, pédiatrie, radiodiagnostic, radiothérapie, rhumatologie, urologie.

L'approche centrée sur une maladie

À la base de l'organisation des institutions de soins



	ENDOCRINOLOGIE EN SAVOIR PLUS		ONCOLOGIE DIGESTIVE EN SAVOIR PLUS
	DIÉTÉTIQUE CLINIQUE EN SAVOIR PLUS		ONCOLOGIE PULMONAIRE EN SAVOIR PLUS
	GASTRO-ENTÉROLOGIE ET ONCOLOGIE DIGESTIVE EN SAVOIR PLUS		ORL - CHIRURGIE CERVICO MAXILLO FACIALE EN SAVOIR PLUS
	GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE EN SAVOIR PLUS		PÉDIATRIE EN SAVOIR PLUS
	HÔPITAL DE JOUR GÉRIATRIQUE EN SAVOIR PLUS		PÉDOPSYCHIATRIE EN SAVOIR PLUS
	INFECTIOLOGIE EN SAVOIR PLUS		PNEUMOLOGIE - ALLERGOLOGIE EN SAVOIR PLUS
	MATERNITÉ EN SAVOIR PLUS		PRÉ EN BULLES EN SAVOIR PLUS
	MÉDECINE NUCLÉAIRE EN SAVOIR PLUS		PRÉAMBULE EN SAVOIR PLUS
	NÉONATOLOGIE EN SAVOIR PLUS		PSYCHIATRIE EN SAVOIR PLUS
	NEUROCHIRURGIE EN SAVOIR PLUS		RHUMATOLOGIE EN SAVOIR PLUS
	NEUROLOGIE EN SAVOIR PLUS		SÉNIOLOGIE EN SAVOIR PLUS
			SALTO EN SAVOIR PLUS
			SOINS CONTINUS PÉDIATRIQUES EN SAVOIR PLUS
			SOINS INTENSIFS GÉNÉRAUX ET PÉDIATRIQUES EN SAVOIR PLUS
			SOINS PALLIATIFS EN SAVOIR PLUS
			STOMATOLOGIE EN SAVOIR PLUS
			THROMBOSE - HÉMOSTASE EN SAVOIR PLUS
			TRAUMATOLOGIE EN SAVOIR PLUS



L'approche centrée sur une maladie

À la base de l'organisation des soins

« Chronic care model »

PARTENAIRES NOUS CONTACTER PLAN DU SITE IMPRESSION FR NL

Rechercher :

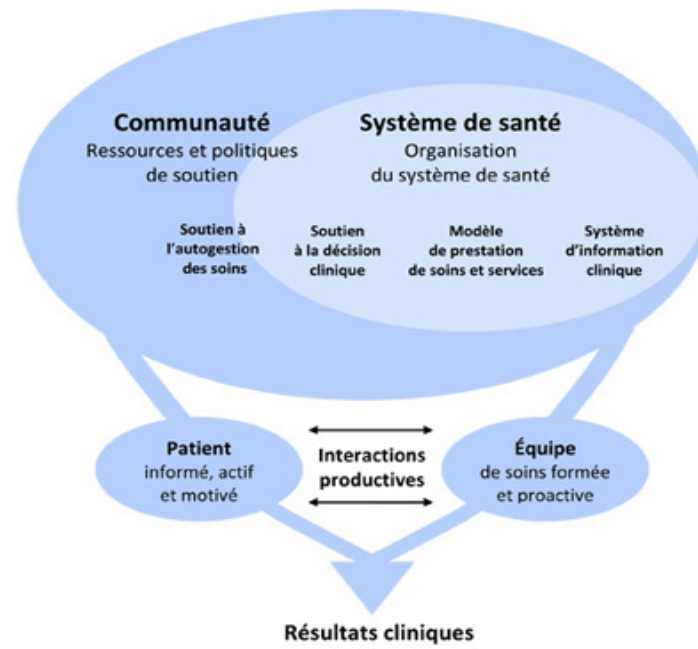
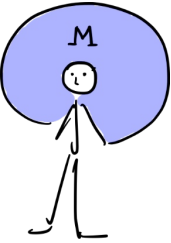
RAPPORTS D'ÉVALUATION ACCUEIL BIBLIOTHÈQUE LISTES LIENS UTILES

Trajets de soins, ou comment améliorer la prise en charge des maladies chroniques...

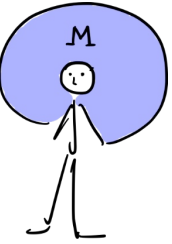
MODÈLE DE GESTION DES MALADIES CHRONIQUES
CHRONIC CARE MODEL, WAGNER 1998

Vous êtes un **professionnel**

patients avec une maladie chronique, leur médecin généraliste, tantir un meilleur suivi du patient



L'approche centrée sur une maladie



Indicateurs de suivi et indicateurs de qualité

Comparison of Traditional Disease-Specific and Goal-Oriented Outcomes.*		
Measurement Domain	Examples of Diseases	Traditional Outcomes
Survival	Cancer, heart failure	Overall, disease-specific, and disease-free survival
Biomarkers	Diabetes, COPD	Change in indicators of disease activity (e.g., glycated hemoglobin level, CRP level, and pulmonary-function tests)
Signs and symptoms	Heart failure, COPD, arthritis	Inventory of disease-specific signs and symptoms (e.g., dyspnea, edema, and back pain)
Functional status, including mobility	Cancer, heart failure, COPD	Usually none or disease-specific (e.g., Karnofsky score, NYHA functional classification, and 6-minute walk test)

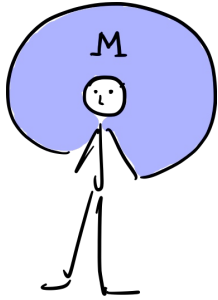
* COPD denotes chronic obstructive pulmonary disease, CRP C-reactive protein, and NYHA New York Heart Association.

Reuben DB, Tinetti ME. Goal-oriented patient care--an alternative health outcomes paradigm. N Engl J Med. 2012;366(9):777-9.

L'approche centrée sur une maladie

Modèle utilisé pour les études cliniques

- GPC construits autour d'une maladie
- Patients sélectionnés pour les recherches initiales
- Conséquences:
 - Difficile d'estimer les risques et les bénéfices dans une situation donnée, en pratique courante (validité externe)



Les résultats des synthèses méthodiques sont-ils tous applicables au niveau de la première ligne ?



Minerva 2016 Volume 15 Numéro 2 Page 29 - 30



Professions de santé



Ouvrir en format PDF



Minerva

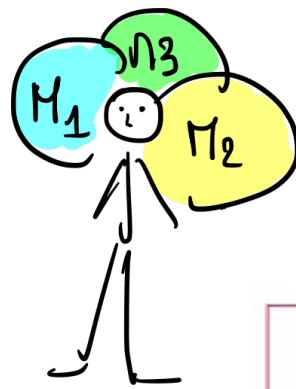
Evidence-Based Practice
pour l'amélioration continue des soins

cliniques et, par extension, des synthèses méthodiques, est de montrer qu'il est justifié d'utiliser dans la pratique clinique une intervention déterminée ou un médicament donné chez un patient particulier. C'est surtout la **validité externe** qu'il importe d'évaluer. Les résultats trouvés peuvent-ils être extrapolés à mon patient qui, de par ses comorbidités et ses autres caractéristiques, ne correspond pas nécessairement en tous points à la population étudiée ? L'environnement dans lequel les études ont été réalisées et la possibilité d'extrapoler les résultats à d'autres environnements forment une partie distincte de cette **validité** externe. Ce point a trop peu retenu l'attention jusqu'à ce

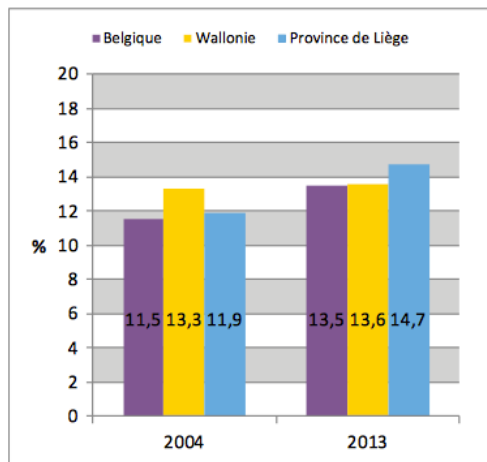
Et pourtant...



Et pourtant, des constats différents



La multimorbidité est la règle



Source : ISP-HIS

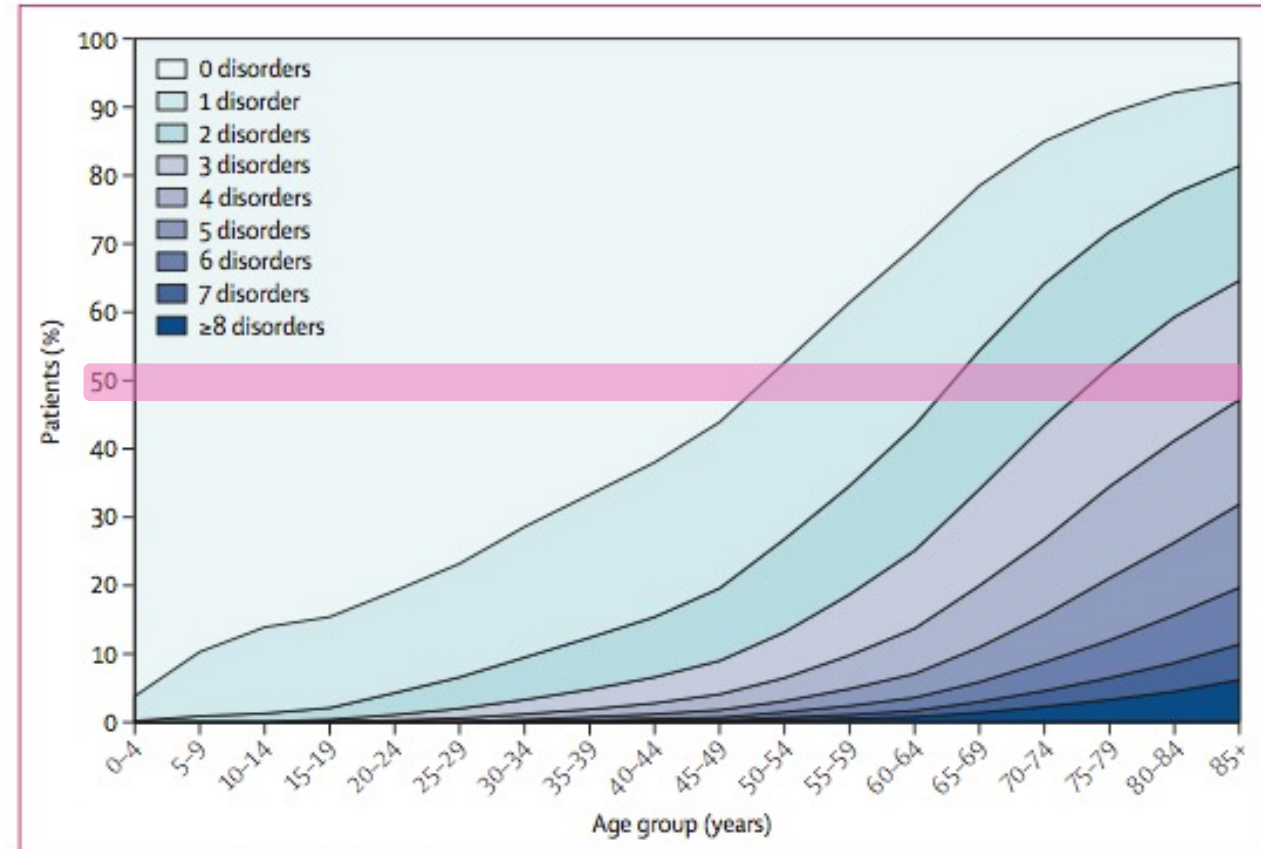
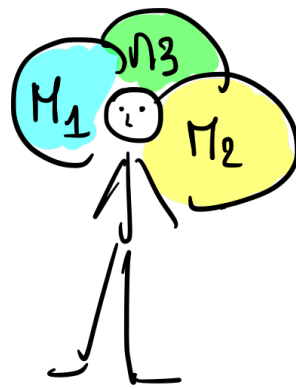


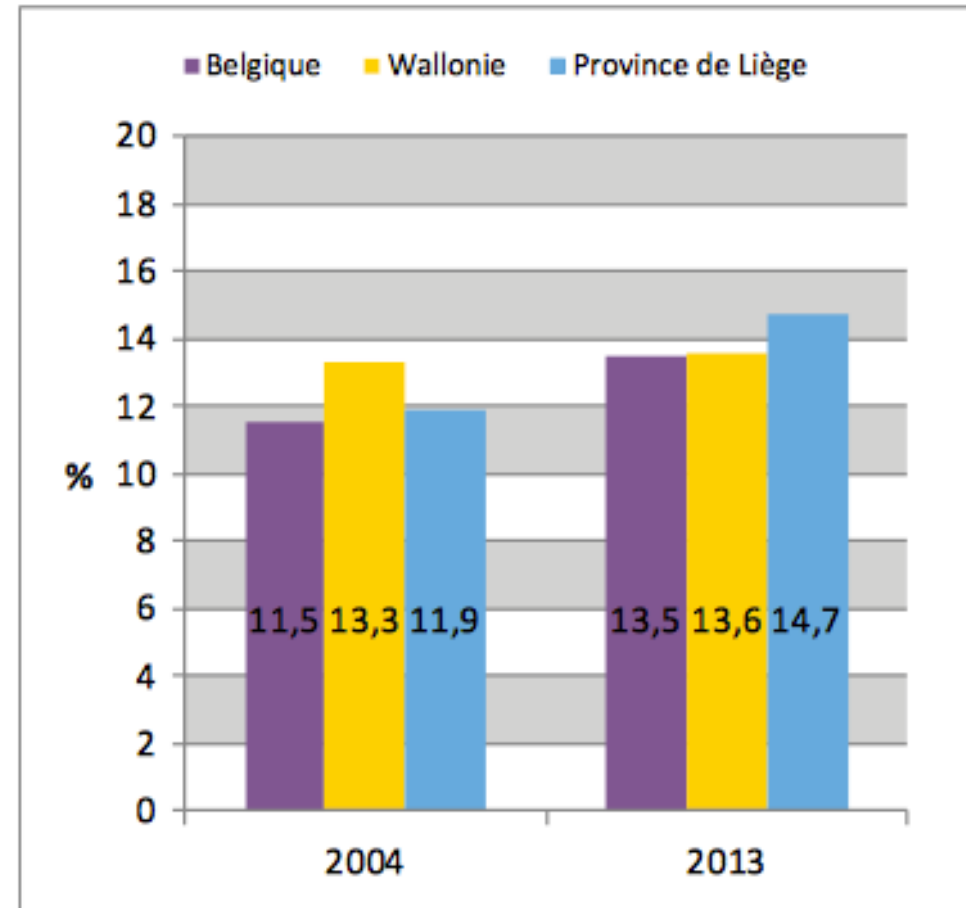
Figure 1: Number of chronic disorders by age-group

Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012;380(9836):37-43.

Et pourtant, des constats différents



La multimorbidité est la règle



Source : ISP-HIS

Proportion (%) de la population (de 15 ans et plus) présentant au moins deux maladies ou affections chroniques au cours des 12 derniers mois, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2004-2013

Et pourtant, des constats différents

Des combinaisons difficiles à identifier

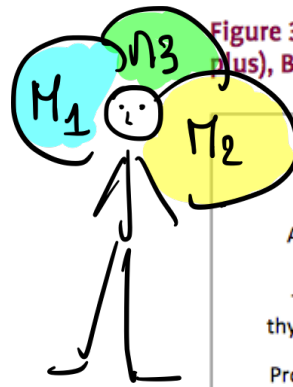


Figure 3.6. Prévalence (%) des cinq affections chroniques les plus fréquemment déclarées par les femmes (de 15 ans et plus), Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013

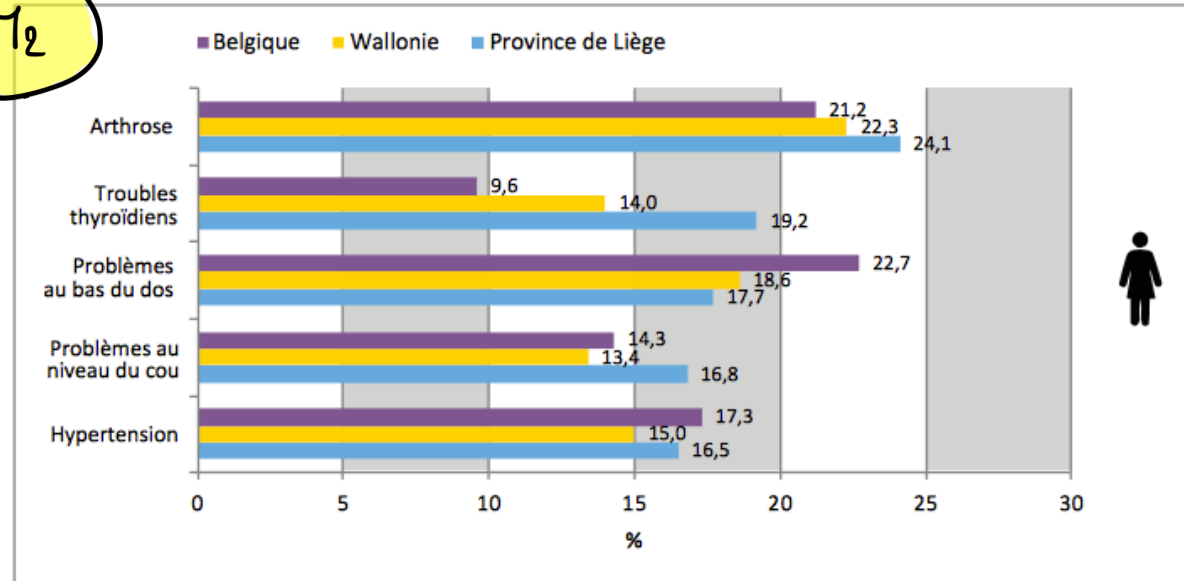
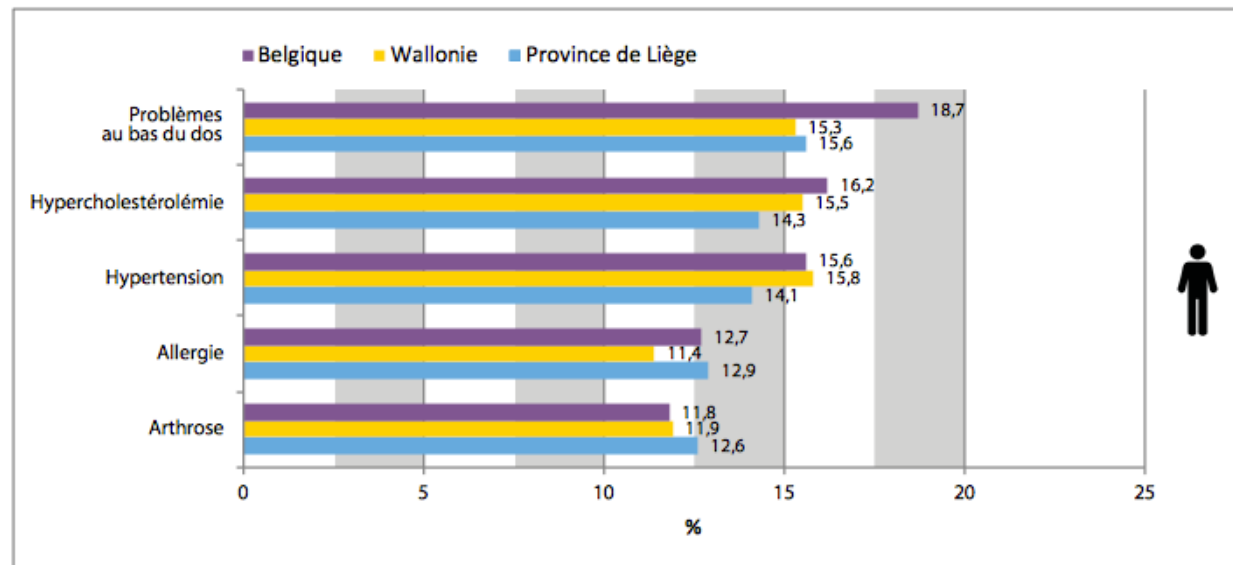
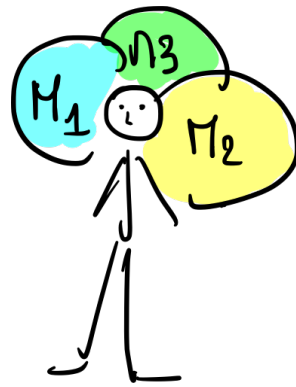


Figure 3.5. Prévalence (%) des cinq affections chroniques les plus fréquemment déclarées par les hommes (de 15 ans et plus), Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013



Et pourtant, des constats différents

Des combinaisons difficiles identifier



RESEARCH ARTICLE

Open Access

A practice-based analysis of combinations of diseases in patients aged 65 or older in primary care

Pauline Boeckstaens^{1,2*}, Wim Peersman¹, Gwendolyn Goubin², Souhila Ghali³, Jan De Maeseneer¹, Guy Brusselle⁴ and An De Sutter¹

Abstract

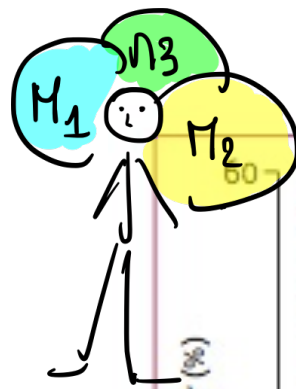
Background: Most evidence on chronic diseases has been collected for single diseases whereas in reality, patients often suffer from more than one condition. There is a growing need for evidence-based answers to multimorbidity, especially in primary care settings where family doctors (FD's) provide comprehensive care for a high variety of chronic conditions. This study aimed to define which disease and problem combinations would be most relevant and useful for the development of guidelines to manage multimorbidity in primary care.

Methods: A practice-based cross sectional analysis of clinicians' chart reviews in 543 patients aged over 65 registered within two family practices in Ghent, Belgium. Main outcome measures were prevalence of disease and problem combinations and association strengths.

Results: The prevalence of multimorbidity (Cumulative Illness Rating Scale >1) in the study sample is 82.6%. The most prevalent combination is hypertension-osteoarthritis (132/543). Moderate to strong associations (Yules Q > 0.50) are reported for 14 combinations but the corresponding prevalences are mostly below 5%. More than half of these associations show a contribution of a psychiatric problem or a social problem.

Conclusions: This study confirms the high prevalence of multimorbidity in patients aged over 65 in primary care. Hypertension-osteoarthritis is defined as a frequent combination however 94% of these patients have more than two disorders. The low prevalence of specific combinations, the high prevalence of psychiatric and social problems and the general complexity of multimorbidity will hamper the usefulness of randomized trials or guidelines at practice level. There is a need to explore new paradigms for addressing multimorbidity.

Et pourtant, des constats différents



Des déterminants connus de la multimorbidité

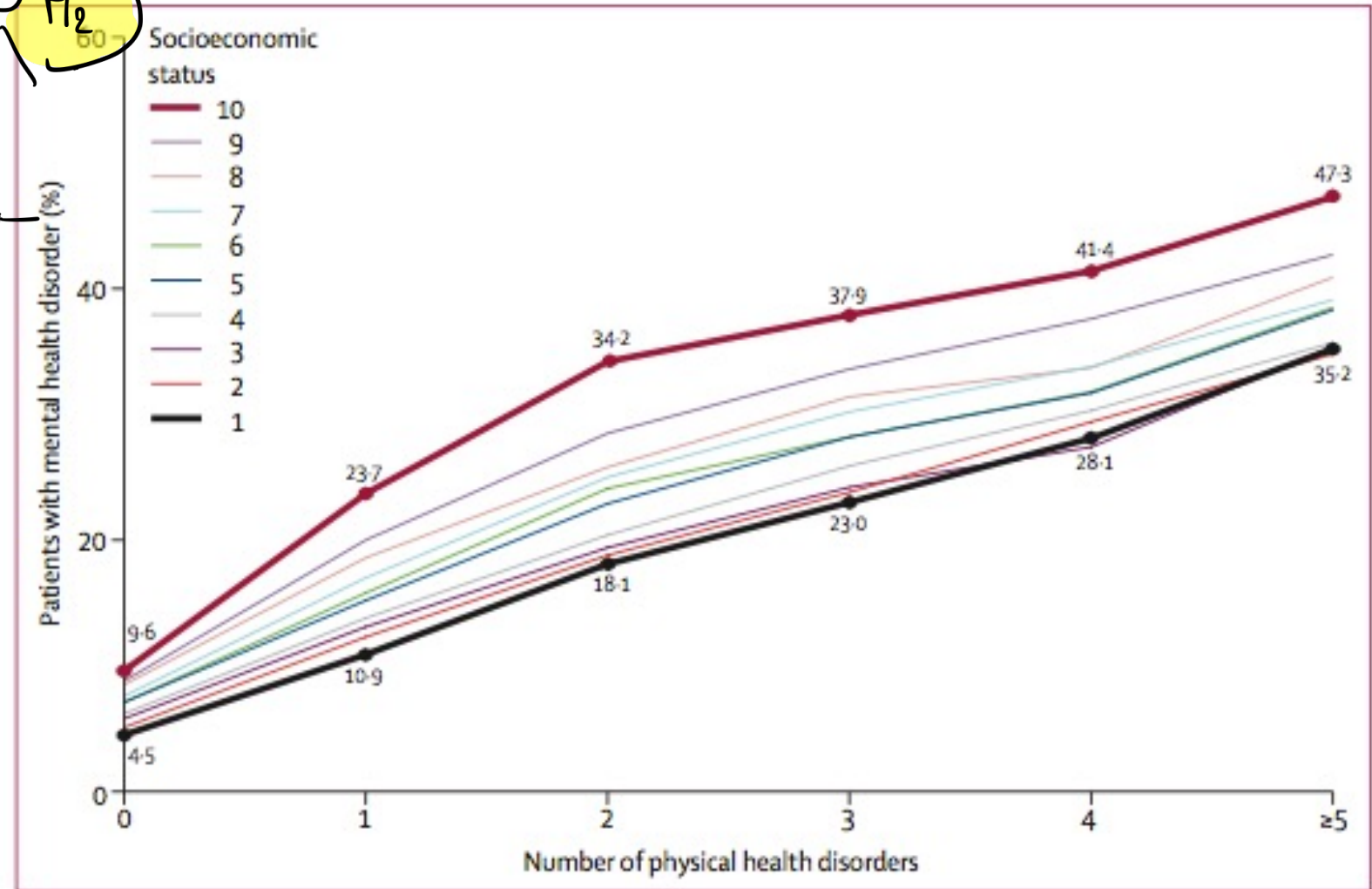
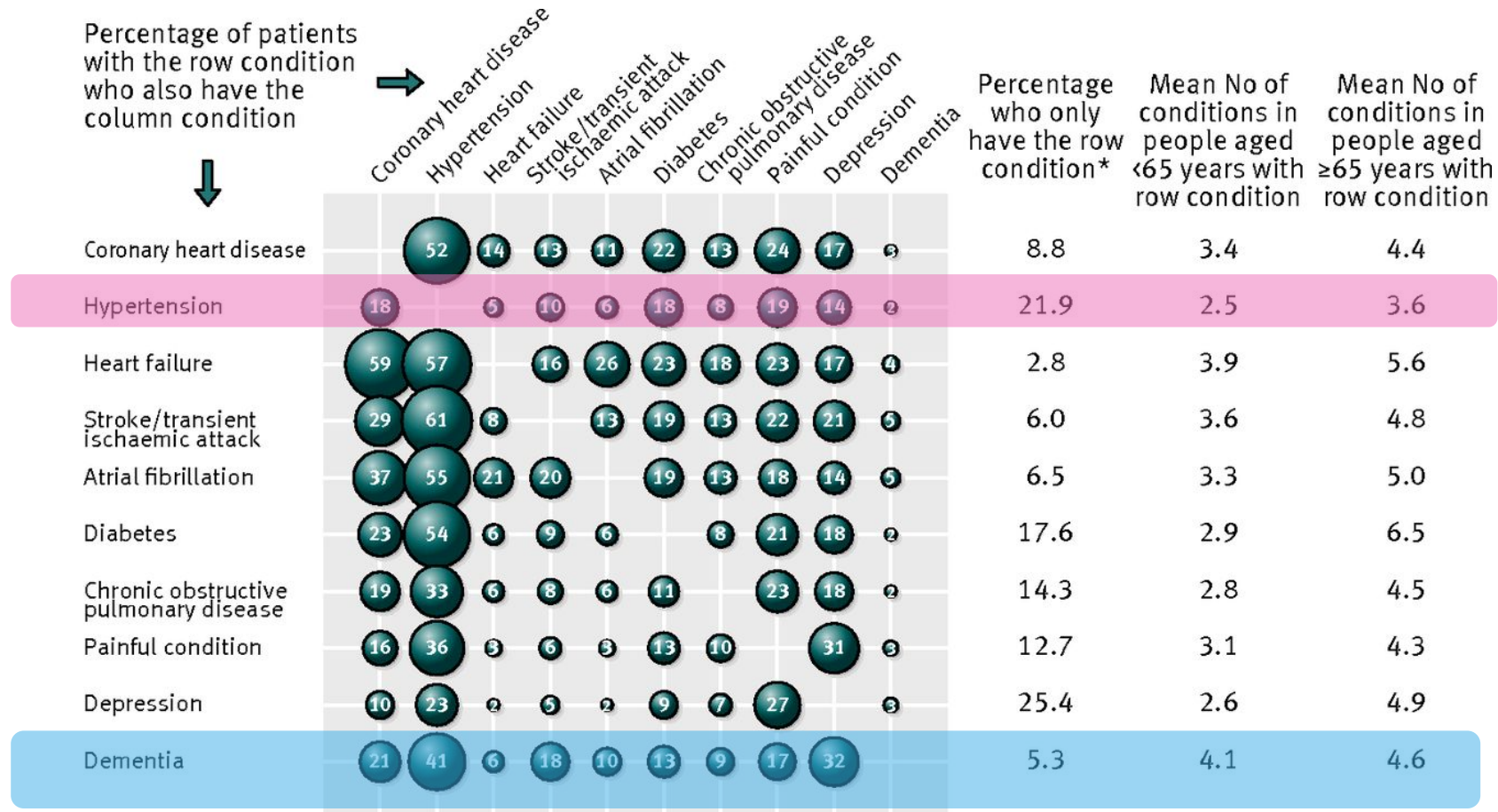
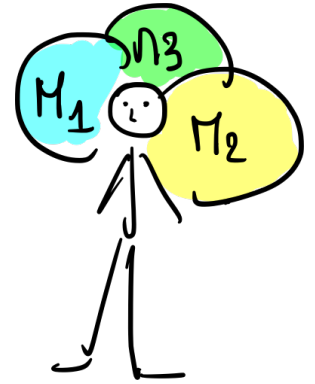


Figure 3: Physical and mental health comorbidity and the association with socioeconomic status
On socioeconomic status scale, 1=most affluent and 10=most deprived.

Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012;380(9836):37-43.

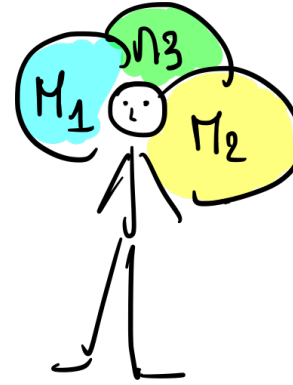
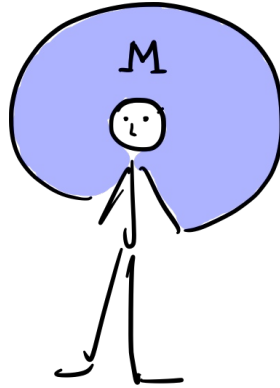
Comorbidity of 10 common conditions among UK primary care patients2.



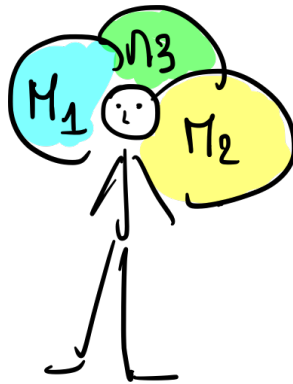
* Percentage who do not have one of 39 other conditions in the full count

Guthrie B et al. BMJ 2012;345:bmj.e6341

Une logique qui montre ses limites



Une logique qui montre ses limites



BMJ WHO's European health strategy
Violence against doctors in China
Preterm delivery after treating CIN
Early fluid resuscitation in severe trauma

3431-50 No 754 ISSN 1750-2688
15 September 2012 bmj.com

Diabetes	↑
Rheumatoid arthritis	←
Macular degeneration	↗
Depression	→
Cancer	↓
Coronary heart disease	↘

MANAGING MULTIMORBIDITY
WHICH WAY NOW?



Patiente de 79 ans, avec ostéoporose, arthrose, diabète de type 2 contrôlé, HTA modérée, BPCO modérée

Boyd CM, Darer J, Boulton C, Fried LP, Boulton L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. JAMA. 2005;294(6):716-24.



Une logique qui montre ses limites

Table 3. Treatment Regimen Based on Clinical Practice Guidelines for a Hypothetical 79-Year-Old Woman With Hypertension, Diabetes Mellitus, Osteoporosis, Osteoarthritis, and COPD*

Time	Medications†	Other
7:00 AM	Ipratropium metered dose inhaler 70 mg/wk of alendronate	Check feet Sit upright for 30 min on day when alendronate is taken Check blood sugar
8:00 AM	500 mg of calcium and 200 IU of vitamin D 12.5 mg of hydrochlorothiazide 40 mg of lisinopril 10 mg of glyburide 81 mg of aspirin 850 mg of metformin 250 mg of naproxen 20 mg of omeprazole	Eat breakfast 2.4 g/d of sodium 90 mmol/d of potassium Low intake of dietary saturated fat and cholesterol Adequate intake of magnesium and calcium Medical nutrition therapy for diabetes‡ DASH‡
12:00 PM		Eat lunch 2.4 g/d of sodium 90 mmol/d of potassium Low intake of dietary saturated fat and cholesterol Adequate intake of magnesium and calcium Medical nutrition therapy for diabetes‡ DASH‡
1:00 PM	Ipratropium metered dose inhaler 500 mg of calcium and 200 IU of vitamin D	
7:00 PM	Ipratropium metered dose inhaler 850 mg of metformin 500 mg of calcium and 200 IU of vitamin D 40 mg of lovastatin 250 mg of naproxen	Eat dinner 2.4 g/d of sodium 90 mmol/d of potassium Low intake of dietary saturated fat and cholesterol Adequate intake of magnesium and calcium Medical nutrition therapy for diabetes‡ DASH‡
11:00 PM	Ipratropium metered dose inhaler	
As needed	Albuterol metered dose inhaler	

Une logique qui montre ses limites



Patiente de 79 ans, avec ostéoporose, arthrose, diabète de type 2 contrôlé, HTA modérée, BPCO modérée

Table 4. Potential Treatment Interactions for a Hypothetical 79-Year-Old Woman with 5 Chronic Diseases

Type of Disease	Medications With Potential Interactions	Type of Interaction		
		Medication and Other Disease	Medications for Different Diseases	Medication and Food
Hypertension	Hydrochlorothiazide, lisinopril	Diabetes: diuretics increase serum glucose and lipids*	Diabetes medications: hydrochlorothiazide may decrease effectiveness of glyburide	NA
Diabetes	Glyburide, metformin, aspirin, and atorvastatin	NA	Osteoarthritis medications: NSAIDs plus aspirin increase risk of bleeding Diabetes medications: glyburide plus aspirin may increase the risk of hypoglycemia; aspirin may decrease effectiveness of lisinopril	Aspirin plus alcohol: increased risk of gastrointestinal tract bleeding Atorvastatin plus grapefruit juice: muscle pain, weakness Glyburide plus alcohol: low blood sugar, flushing, rapid breathing, tachycardia Metformin plus alcohol: extreme weakness and heavy breathing Metformin plus any type of food: medication absorption decreased
Osteoarthritis	NSAIDs	Hypertension: NSAIDs: raise blood pressure†; NSAIDs plus hypertension increase risk of renal failure	Diabetes medications: NSAIDs in combination with aspirin increase risk of bleeding Hypertension medications: NSAIDs decrease efficacy of diuretics	NA
Osteoporosis	Calcium, alendronate	NA	Diabetes medications: calcium may decrease efficacy of aspirin; aspirin plus alendronate can cause upset stomach Osteoporosis medications: calcium may lower serum alendronate level	Alendronate plus calcium: take on empty stomach (>2 h from last meal) Alendronate: avoid orange juice Calcium plus oxalic acid (spinach and rhubarb) or phytic (bran and whole cereals): eating these foods may decrease amount of calcium absorbed (>2 h from last meal)
Chronic obstructive pulmonary disease	Short-acting β -agonists	NA	NA	NA

Une logique qui montre ses limites

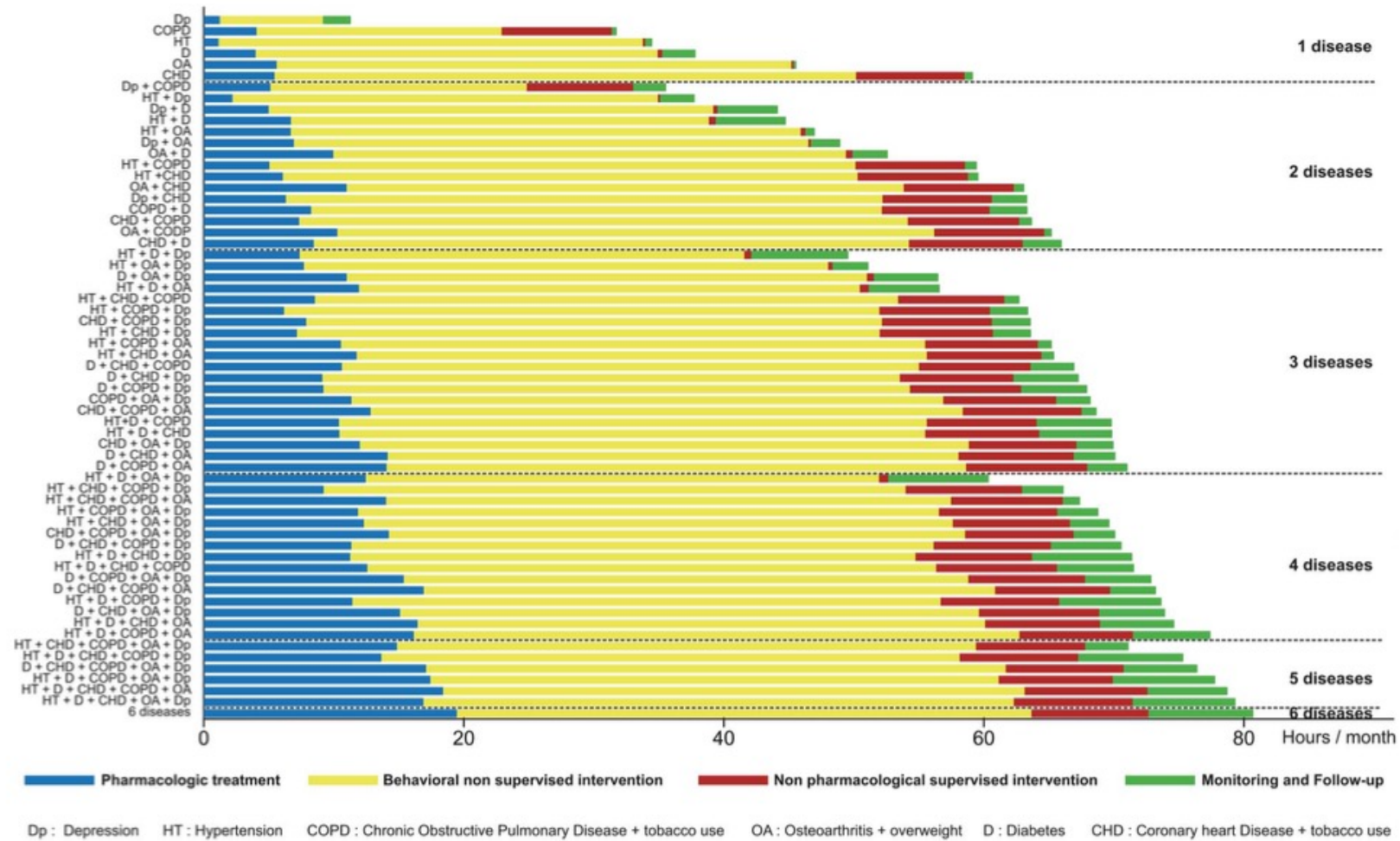


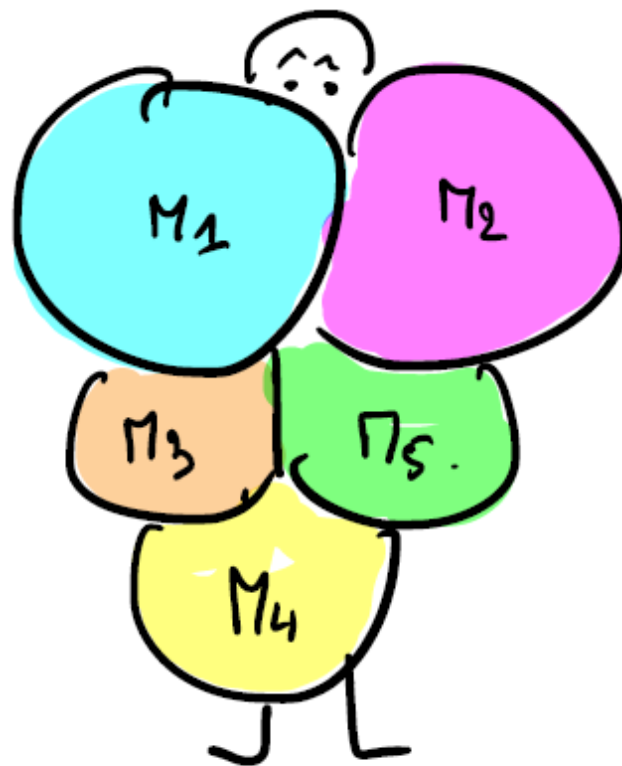
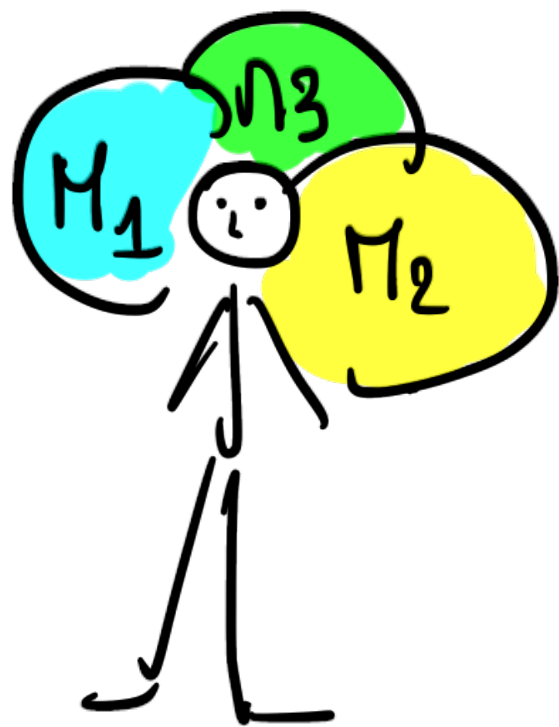
Figure 2 Time spent by patients in health-related activities (hours/month) by activity and multimorbidity profile. CHD, coronary heart disease; COPD, chronic obstructive pulmonary disease; D, diabetes; Dp, depression; HT, hypertension; OA, oesteoarthritis.

Une logique qui montre ses limites



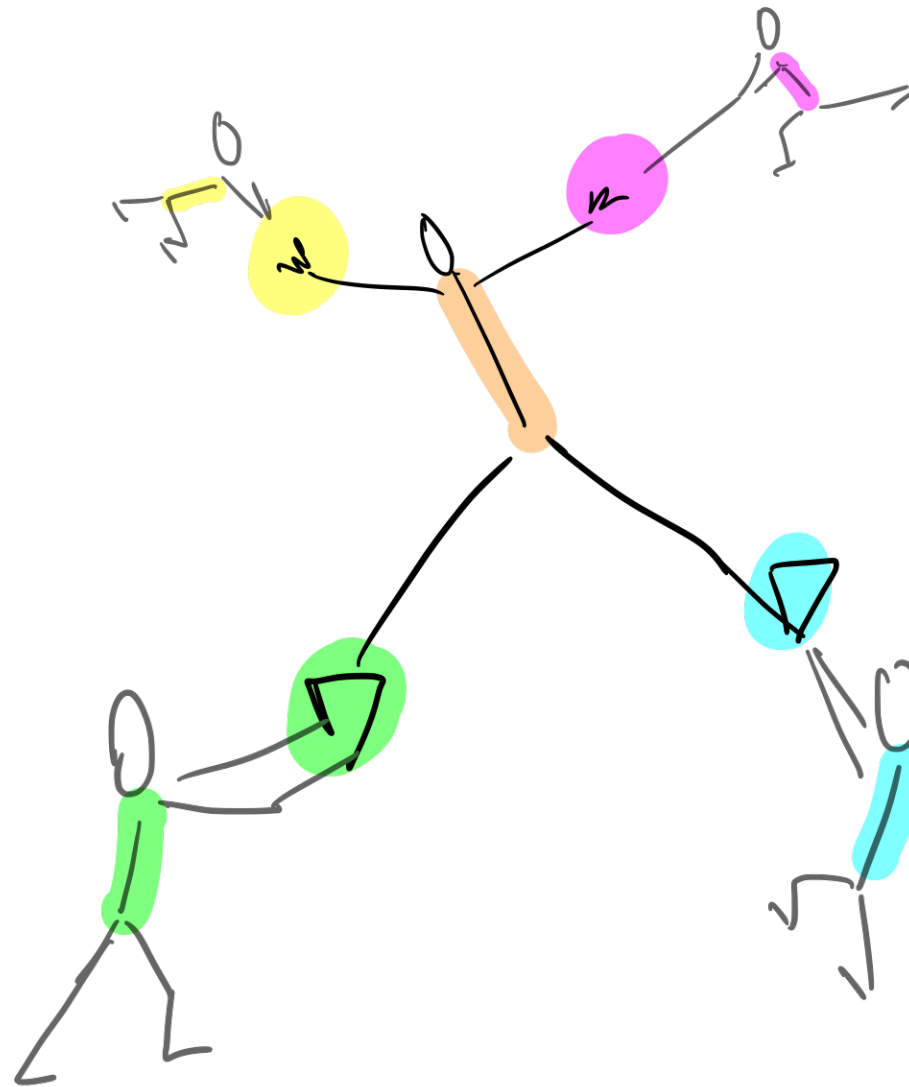
Patiente de 79 ans, avec ostéoporose, arthrose, diabète de type 2 contrôlé, HTA modérée, BPCO modérée

- Quelles études ont inclus ce type de patiente?
- Quelles recommandations in fine?



quand le PATIENT disposeit derrière ses problèmes de Santé

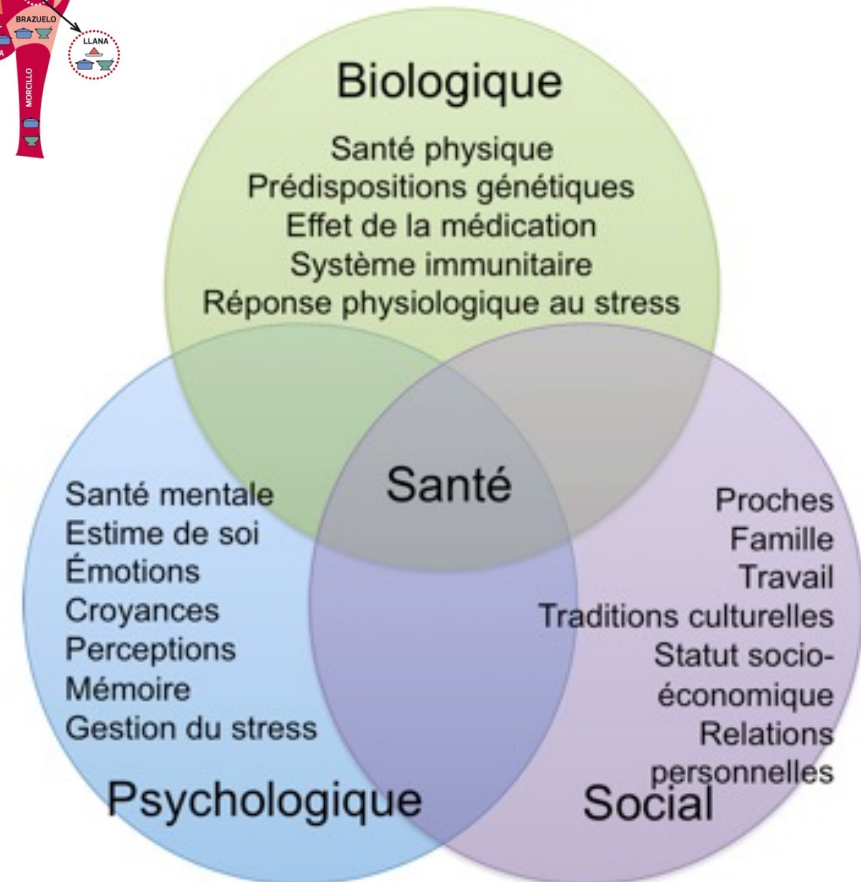
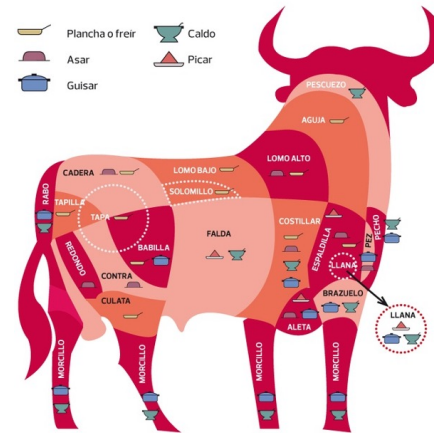
Une logique qui
montre ses limites



RISQUE de FRAGMENTATION
de la PRISE EN CHARGE

Vers un modèle plus global de la santé

Modèle bio-psycho-social



Vers une approche plus participative



Tableau 1 : Modèle de la DMP de Charles et al.

	Décision paternaliste	Décision partagée	Décision informée
Transfert d'informations	Un sens : du docteur au patient, minimum nécessaire pour un consentement éclairé	Deux sens : médecin donne l'info médication nécessaire et le patient l'info à propos de ses préférences	Un sens, docteur à patient, toute info médicale nécessaire
Délibération	Médecin seul ou avec d'autres médecins	Médecin et patient	Patient (et autres significatifs)
Décision pour l'implémentation du traitement	Médecin	Les deux	Patient

Source 4 : Adapté de Murray et al. 2006 (5)

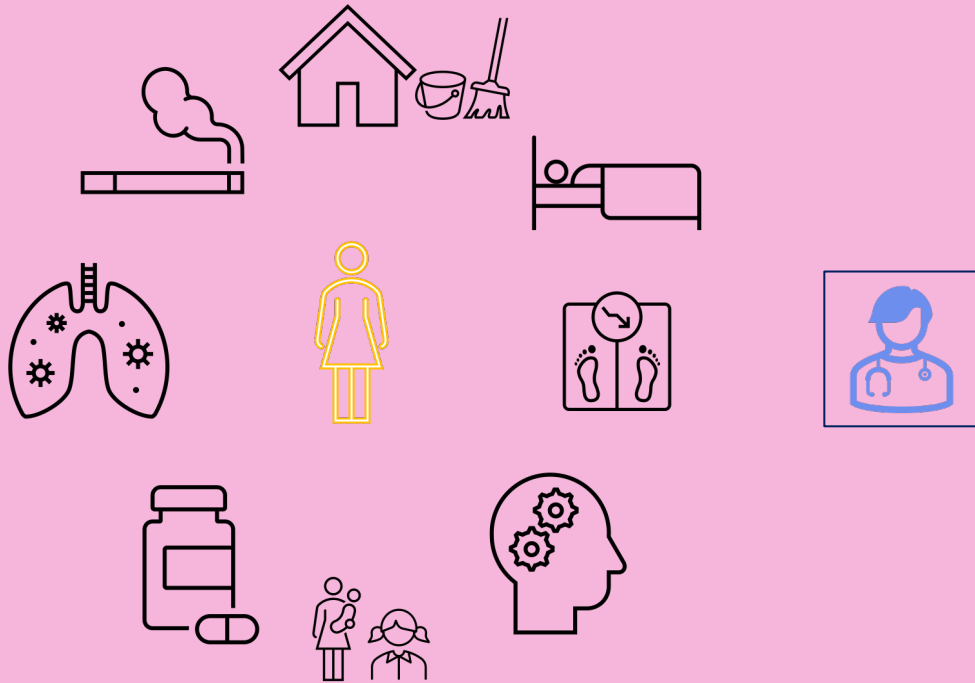
Constats

- Le système de santé/d'enseignement (r)est organisé autour d'une maladie à la fois
 - Même si traversé par la volonté d'approche globale et d'implication du patient
- Or la multimorbidité est la règle
 - Avec des déterminants connus mais un résultat propre à chaque personne
- Cela a des conséquences néfastes...



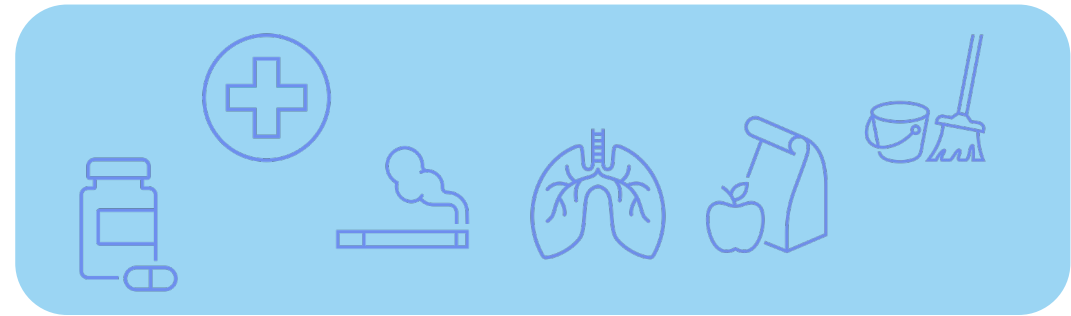
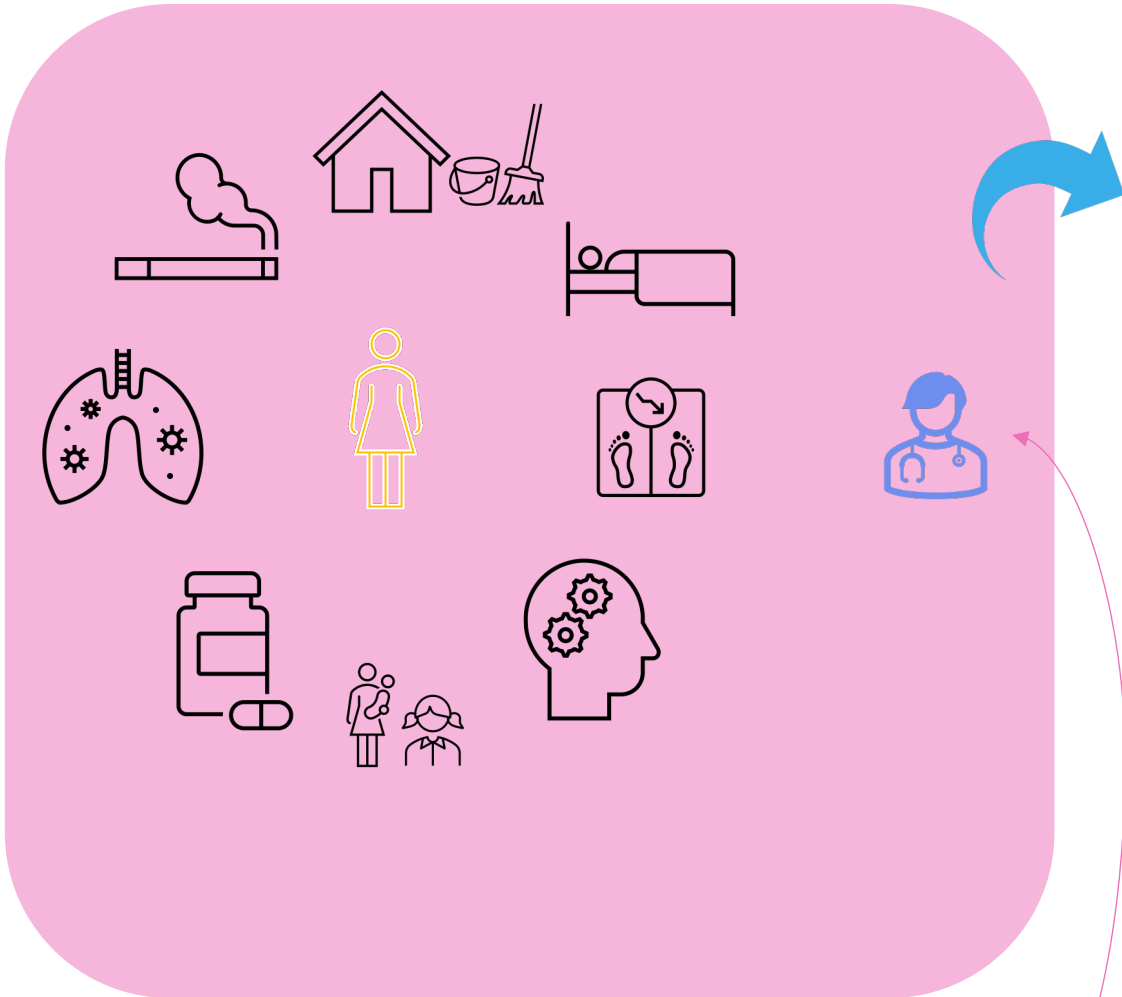
Illustrations

Situation clinique



C'est moi (MG)!

Situation clinique



C'est moi (MG)!

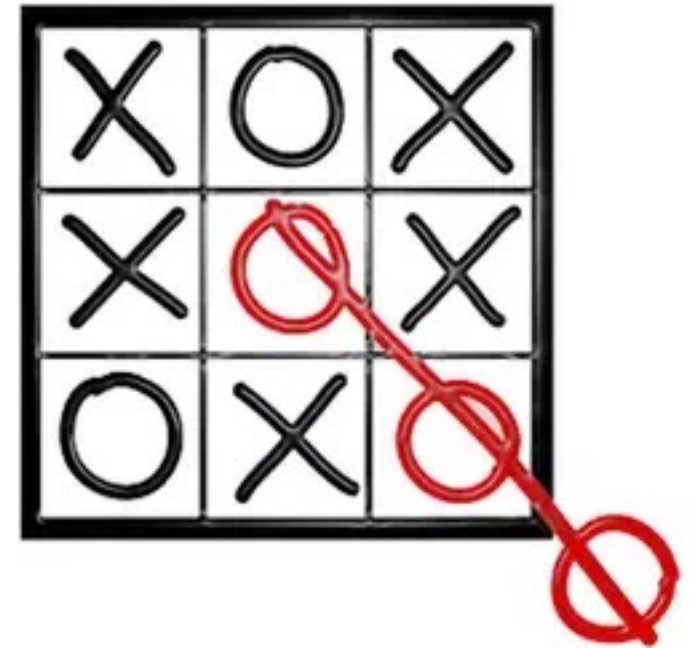
Situations complexes...?

- Situations complexes (compliquées)
- Plusieurs problèmes de santé
 - Incluant des problèmes de santé mentale ou une problématique sociale
 - Avec plusieurs intervenants
 - Avec des interventions spécifiques qui peuvent entrer en concurrence et dont on n'est pas certain de l'efficacité
- Où une approche classique a déjà montré ses limites
 - Impression de s'épuiser
 - Impression de « mise en échec », d'impasse

- Patient oncologique
- Patient âgé en perte d'autonomie
- Soin palliatif
- ...

UNE AUTRE MANIÈRE D'ABORDER LA COMPLEXITÉ

**THINK
OUTSIDE
THE BOX**

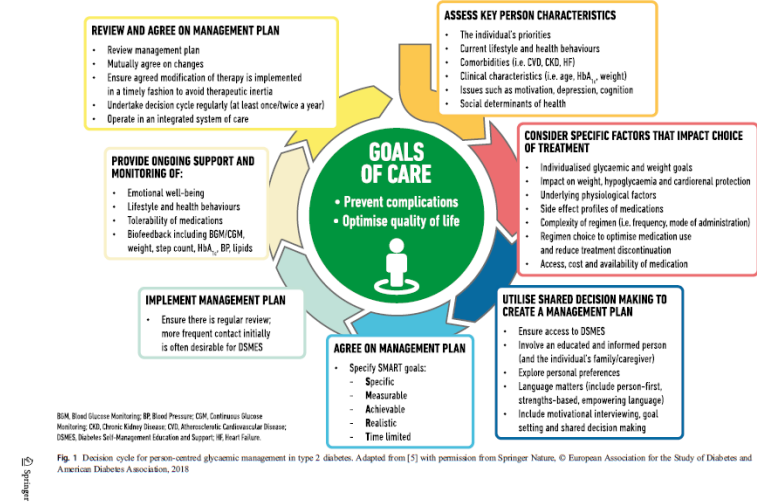


Une autre approche de situations complexes

D'indicateurs bio-médicaux à une approche centrée sur les objectifs (de vie) de la personne



DECISION CYCLE FOR PERSON-CENTRED GLYCAEMIC MANAGEMENT IN TYPE 2 DIABETES

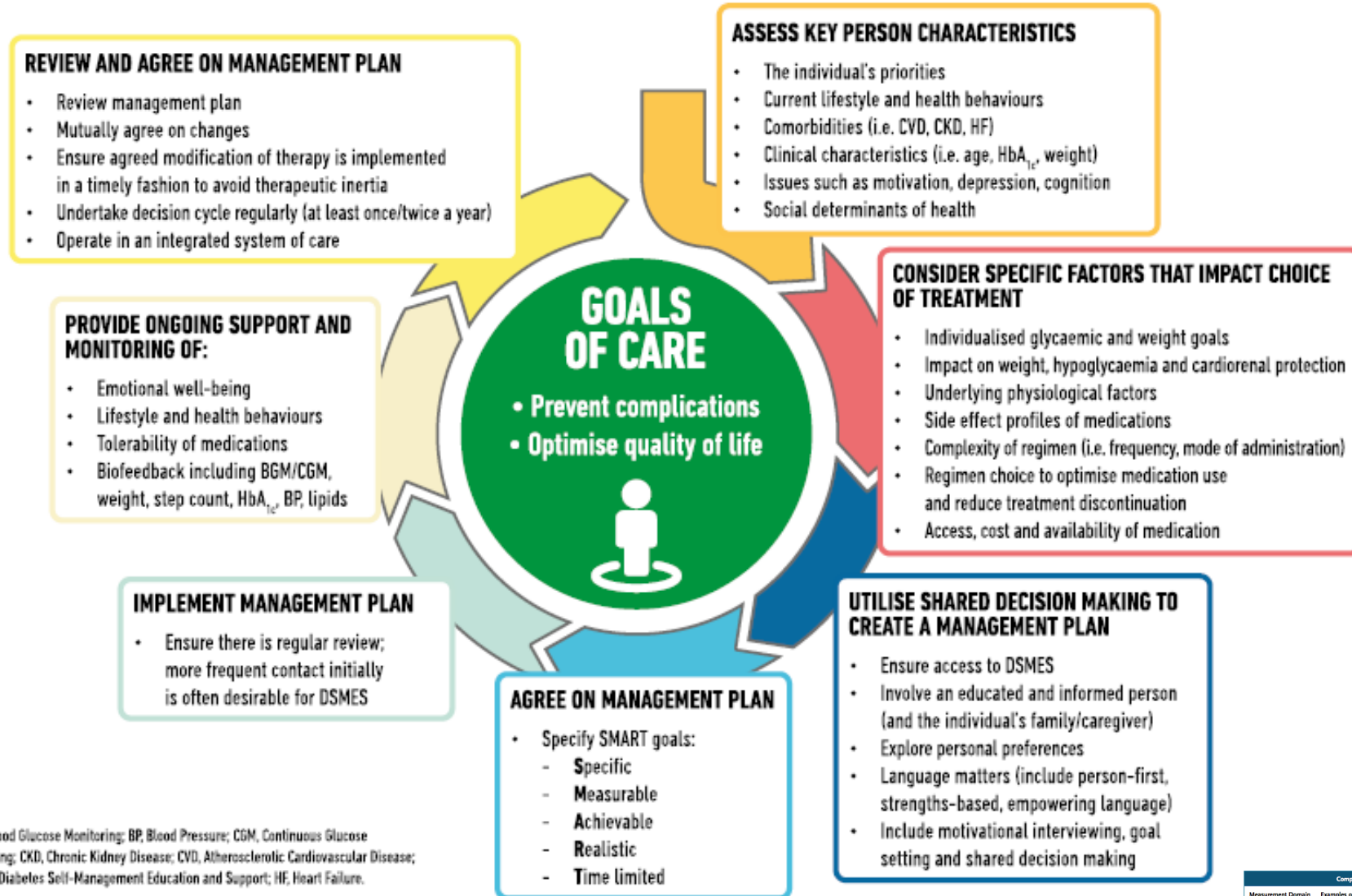


Comparison of Traditional Disease-Specific and Goal-Oriented Outcomes.*

Measurement Domain	Examples of Diseases	Traditional Outcomes	Goal-Oriented Outcomes
Survival	Cancer, heart failure	Overall, disease-specific, and disease-free survival	None if survival not a high-priority goal; survival until personal milestones are met (e.g., grandchild's wedding)
Biomarkers	Diabetes, COPD	Change in indicators of disease activity (e.g., glycated hemoglobin level, CRP level, and pulmonary-function tests)	None (not a meaningful outcome observed or felt by patient)
Signs and symptoms	Heart failure, COPD, arthritis	Inventory of disease-specific signs and symptoms (e.g., dyspnea, edema, and back pain)	Symptoms that have been identified as important by the patient (e.g., control of dyspnea or pain sufficient to perform an activity such as bowling or walking grandchild to school)
Functional status, including mobility	Cancer, heart failure, COPD	Usually none or disease-specific (e.g., Karnofsky score, NYHA functional classification, and 6-minute walk test)	Ability to complete or compensate for inability to complete specific tasks identified as important by the patient (e.g., ability to get dressed without help)

* COPD denotes chronic obstructive pulmonary disease, CRP C-reactive protein, and NYHA New York Heart Association.

DECISION CYCLE FOR PERSON-CENTRED GLYCAEMIC MANAGEMENT IN TYPE 2 DIABETES



BGM, Blood Glucose Monitoring; BP, Blood Pressure; CGM, Continuous Glucose Monitoring; CKD, Chronic Kidney Disease; CVD, Atherosclerotic Cardiovascular Disease; DSMES, Diabetes Self-Management Education and Support; HF, Heart Failure.

Fig. 1 Decision cycle for person-centred glycaemic management in type 2 diabetes. Adapted from [5] with permission from Springer Nature, © European Association for the Study of Diabetes, 2018

... les objectifs (de vie) de la personne?

Comparison of Traditional Disease-Specific and Goal-Oriented Outcomes*			
Measurement Domain	Examples of Diseases	Traditional Outcomes	Goal-Oriented Outcomes
Survival	Cancer, heart failure	Overall, disease-specific, and disease-free survival	None if survival not a high-priority goal; survival until personal milestones are met (e.g., grandchild's wedding)
Biomarkers	Diabetes, COPD	Change in indicators of disease activity (e.g., glycated hemoglobin level, CRP level, and pulmonary-function tests)	None (not a meaningful outcome observed or felt by patient)
Signs and symptoms	Heart failure, COPD, arthritis	Inventory of disease-specific signs and symptoms (e.g., dyspnea, edema, and back pain)	Symptoms that have been identified as important by the patient (e.g., control of dyspnea or pain sufficient to perform an activity such as bowling or walking grandchild to school)
Functional status, including mobility	Cancer, heart failure, COPD	Usually none or disease-specific (e.g., Karnofsky score, NYHA functional classification, and 6-minute walk test)	Ability to complete or compensate for inability to complete specific tasks identified as important by the patient (e.g., ability to get dressed without help)

* COPD denotes chronic obstructive pulmonary disease, CRP C-reactive protein, and NYHA New York Heart Association.

Comparison of Traditional Disease-Specific and Goal-Oriented Outcomes.*

Measurement Domain	Examples of Diseases	Traditional Outcomes	Goal-Oriented Outcomes
Survival	Cancer, heart failure	Overall, disease-specific, and disease-free survival	None if survival not a high-priority goal; survival until personal milestones are met (e.g., grandchild's wedding)
Biomarkers	Diabetes, COPD	Change in indicators of disease activity (e.g., glycated hemoglobin level, CRP level, and pulmonary-function tests)	None (not a meaningful outcome observed or felt by patient)
Signs and symptoms	Heart failure, COPD, arthritis	Inventory of disease-specific signs and symptoms (e.g., dyspnea, edema, and back pain)	Symptoms that have been identified as important by the patient (e.g., control of dyspnea or pain sufficient to perform an activity such as bowling or walking grandchild to school)
Functional status, including mobility	Cancer, heart failure, COPD	Usually none or disease-specific (e.g., Karnofsky score, NYHA functional classification, and 6-minute walk test)	Ability to complete or compensate for inability to complete specific tasks identified as important by the patient (e.g., ability to get dressed without help)

* COPD denotes chronic obstructive pulmonary disease, CRP C-reactive protein, and NYHA New York Heart Association.

Et si on parlait de la définition de la santé?

- OMS

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

- Richard Smith (BMJ)

« La santé est la capacité de réaliser ce qui compte le plus pour soi »

Freud: « La santé c'est la capacité d'aimer et de travailler »

C'est ce que l'on aime faire qui va quand même nous donner la force de nous lever le matin!

Pascal Godfirnon. Associations de patients sclérodermiques de Belgique

Shift paradigmatique

QUEL EST
VOTRE PROBLEME ?

QU'EST CE
QUI VOUS
IMPORTE ?


SHIFT

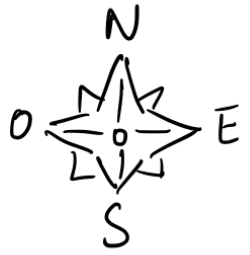
what is the matter with
the patient ?

what matters to
the patient ?

de Boecklosteens

gekozen hebben.

nous avons choisi les saints.



MOTIVATION
SATISFACTION
des

Soignants



AIDE et Soins
CENTRÉS



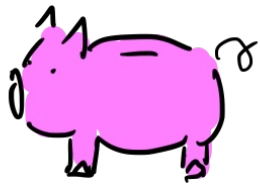
sur les OBJECTIFS
de la PERSONNE



MOTIVATION
EMPOUERNEMENT du PATIENT
SATISFACTION



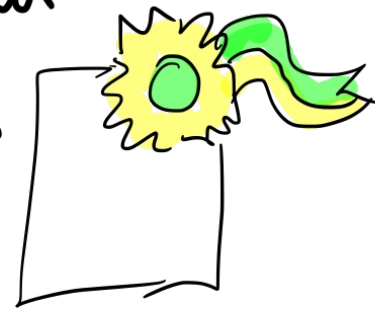
RÉDUCTION
des COÛTS



- PATIENT
- SOCIÉTÉ



QUALITÉ des
Soins

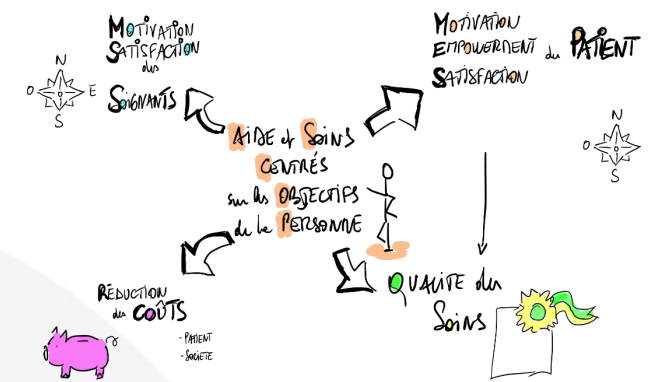
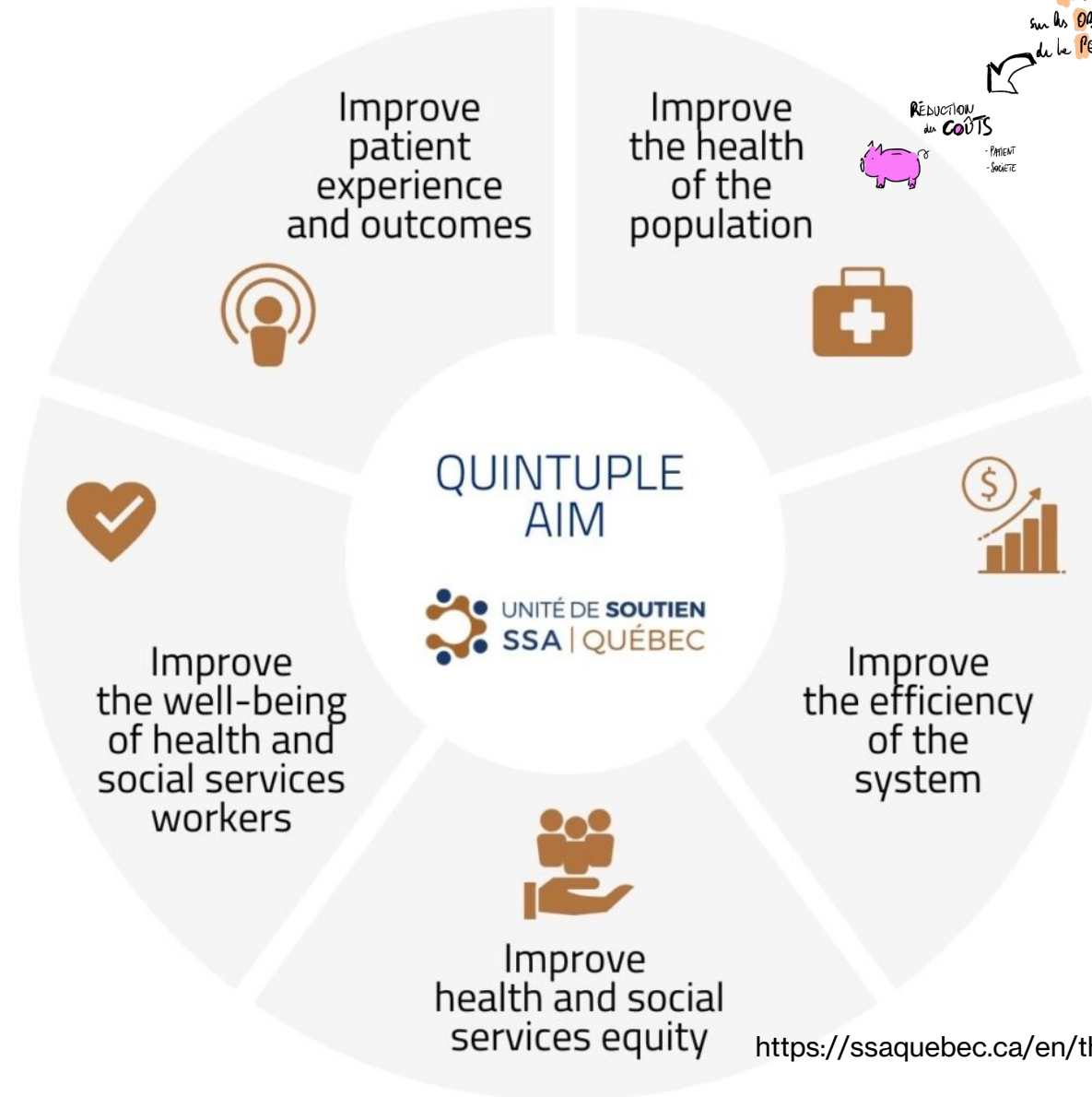


Apports de l'ASCOP

Expériences en sortie d'hospitalisation (1 hôpital Lg):

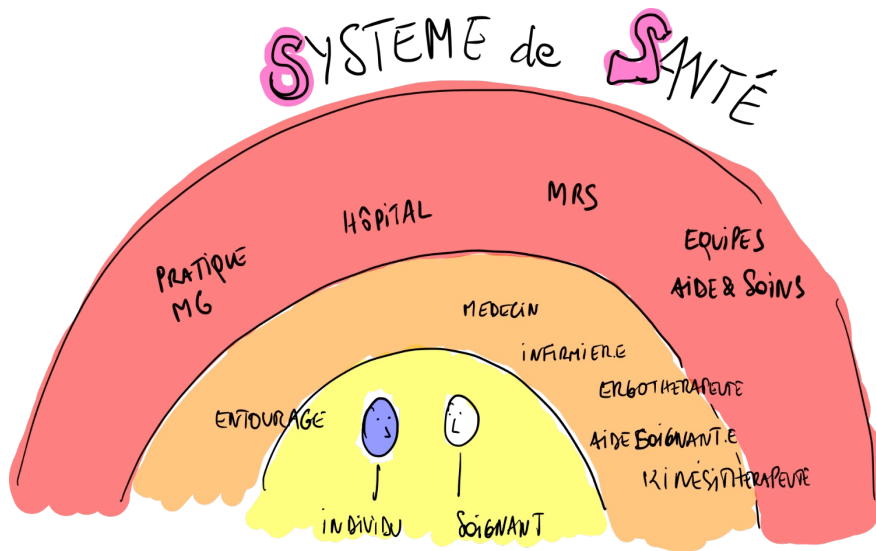
Tendance à la diminution

- ✓ des hospitalisations
- ✓ des durées de ré-hospitalisation
- ✓ des ré-hospitalisations non programmées



Une opportunité de rapprochement entre 1^{ère} et 2^{ème} ligne

- Au niveau d'organisations de soins
 - Développer une vision centrée sur le GOC au sein de l'organisation
 - Et la partager avec d'autres organisations
 - Favoriser l'intégration des intervenants sociaux et de l'aide/soins
 - Faciliter la communication et le partage d'informations entre professionnels
 - Investir dans des outils et des formations, de préférence pluridisciplinaire



UNE NOUVEAUTÉ?



Historique de l'approche de soins centrés sur les objectifs

- Depuis 1991: J. Mold-Gériatre
- Constat que l'approche sur la maladie ne parvient pas à atteindre ses objectifs

Measurement Domain	Examples of Diseases	Traditional Outcomes	Goal-Oriented Outcomes
Survival	Cancer, heart failure	Overall, disease-specific, and disease-free survival	None if survival not a high-priority goal; survival until personal milestones are met (e.g., grandchild's wedding)
Biomarkers	Diabetes, COPD	Change in indicators of disease activity (e.g., glycated hemoglobin level, CRP level, and pulmonary-function tests)	None (not a meaningful outcome observed or felt by patient)
Signs and symptoms	Heart failure, COPD, arthritis	Inventory of disease-specific signs and symptoms (e.g., dyspnea, edema, and back pain)	Symptoms that have been identified as important by the patient (e.g., control of dyspnea or pain sufficient to perform an activity such as bowling or walking grandchild to school)
Functional status, including mobility	Cancer, heart failure, COPD	Usually none or disease-specific (e.g., Karnofsky score, NYHA functional classification, and 6-minute walk test)	Ability to complete or compensate for inability to complete specific tasks identified as important by the patient (e.g., ability to get dressed without help)

* COPD denotes chronic obstructive pulmonary disease, CRP C-reactive protein, and NYHA New York Heart Association.

- De la maladie chronique à la multimorbidité : quel impact sur l'organisation des soins de santé ?

Belche J-L, et al. Presse Med. (2015), <http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2015.05.016>

Presse Med. 2015; 44: 202
doi:10.1016/j.lpm.2015.05.016
www.pressemed.com

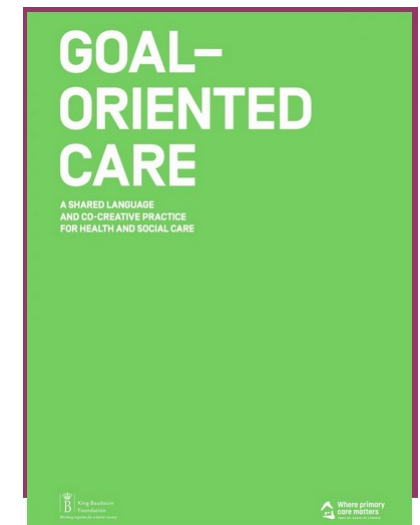
SANTÉ PUBLIQUE

Mise au point

De la maladie chronique à la multimorbidité : quel impact sur l'organisation des soins de santé ?

Historique de l'approche de soins centrés sur les objectifs

- En Belgique
 - Porté par le fonds Daniel de Coninck-Fondation Roi Baudouin
 - 2019: Conference & Summer Academy
 - 2020: Publication
 - Intégration dans le plan d'action VIVEL (1^{ère} ligne FL)
 - 2022-2023: 1^{er} Appel à projets 1^{ère} ligne: 20 projets FL/NL
 - 17/11/22: colloque national
 - 2023-2024: Second Appel à projets



Fin 2023: site internet FR/NL avec ressources pour les professionnels et organisations

On le fait déjà ?

- Soins palliatifs
- Réduction des risques
- Psychiatrie dans le milieu de vie
- *Housing first*
- Ergothérapeutes
- ...
- Situations complexes
- Maladies sans perspective de résolution

Autres thématiques/concepts proches



Décision
médicale
partagée

Education
thérapeutique

Empowermen
t du patient

Modèle
d'abord de la
multimorbidit
é

Evidenced-
based
medicine

Soins
complexes

Entretien
motivationnel

Réduction
des risques

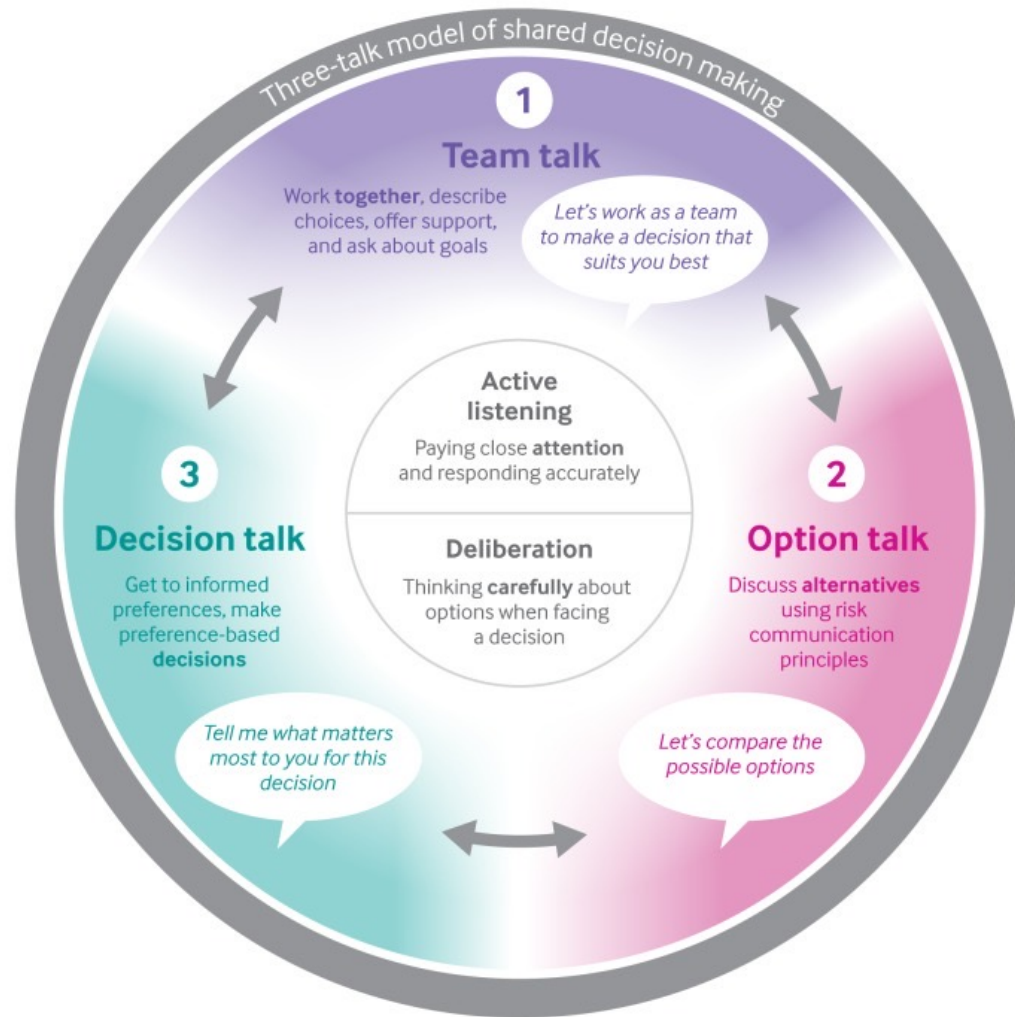
Soins
palliatifs

Santé
mentale

Soins
intégrés

...

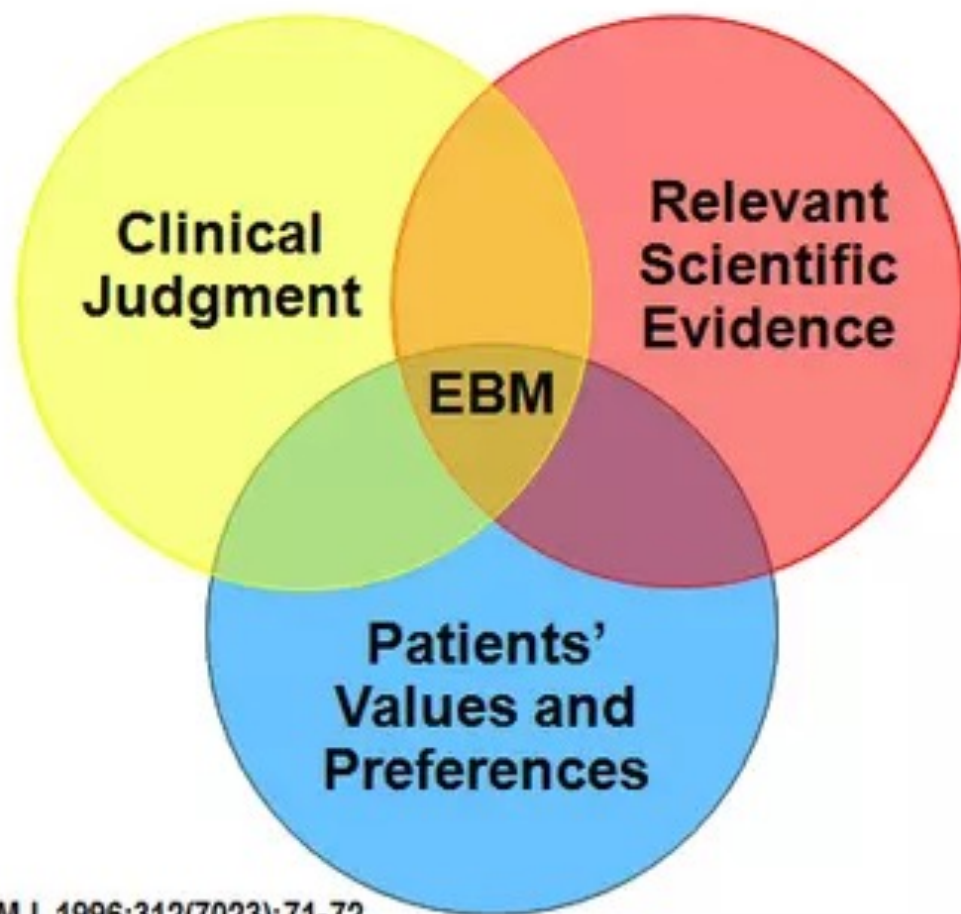
Décision médicale partagée



PATIENTS' PREFERENCES MATTER
Stop the silent misdiagnosis

Al Mulley, Chris Trimble, Glyn Elwyn

What Is Evidence-Based Medicine?



Sackett DL, et al. BMJ. 1996;312(7023):71-72.



«LA RÉDUCTION DES RISQUES REPOSE SUR
LE NON-JUGEMENT DE L'AUTRE ET L'ACCEPTATION
DES DIFFÉRENTES PRATIQUES ET MODES DE VIE.»

LES CONSTATS

- › Pas de société sans drogues
- › Pas de risque zéro
- › Notion de risque relative
- › Maximalisation des risques par la prohibition
- › Une information objective n'est pas incitatrice

LES VALEURS

- › Considérer l'utilisateur comme une personne à part entière
- › Ne pas juger la consommation
- › Reconnaître à la RDR ses finalités propres
- › Reconnaître le droit de l'utilisateur à la participation sociale

LES PRINCIPES D'INTERVENTION

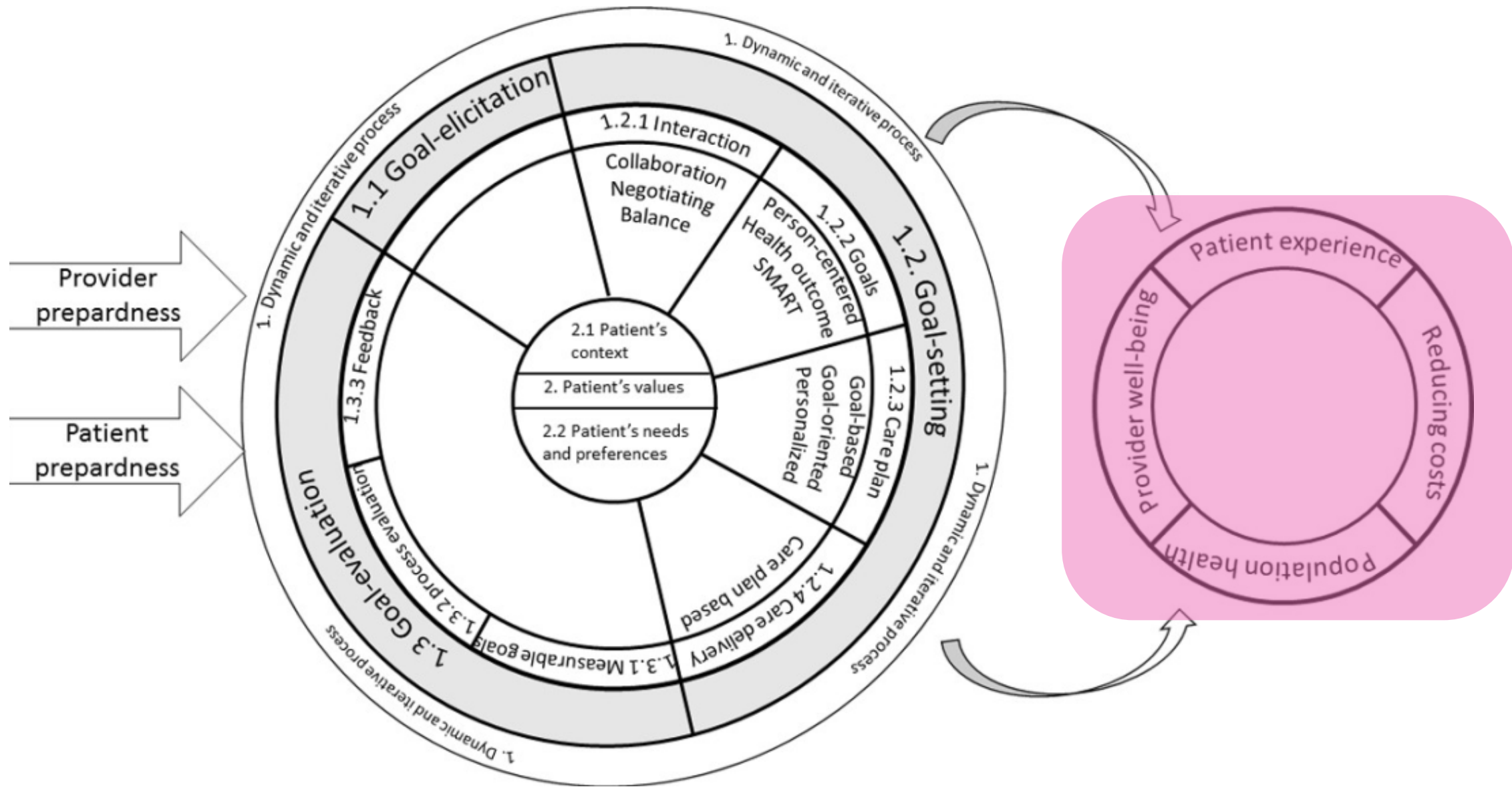
- › Ne pas banaliser l'usage
- › Donner les moyens de réduire les risques
- › Encourager les prises de responsabilité des usagers
- › Aller à la rencontre de l'utilisateur dans son milieu de vie
- › Faire participer les usagers de drogues à la construction de la RDR
- › Faire valoir la dignité des usagers et ainsi, modifier les représentations sociales sur les usagers de drogue
- › Sensibiliser les professionnels au contact du public usager, ou potentiellement usager
- › Développer une réflexion et une évaluation constante de la RDR

Source : *Charte de la RDR en Belgique francophone*

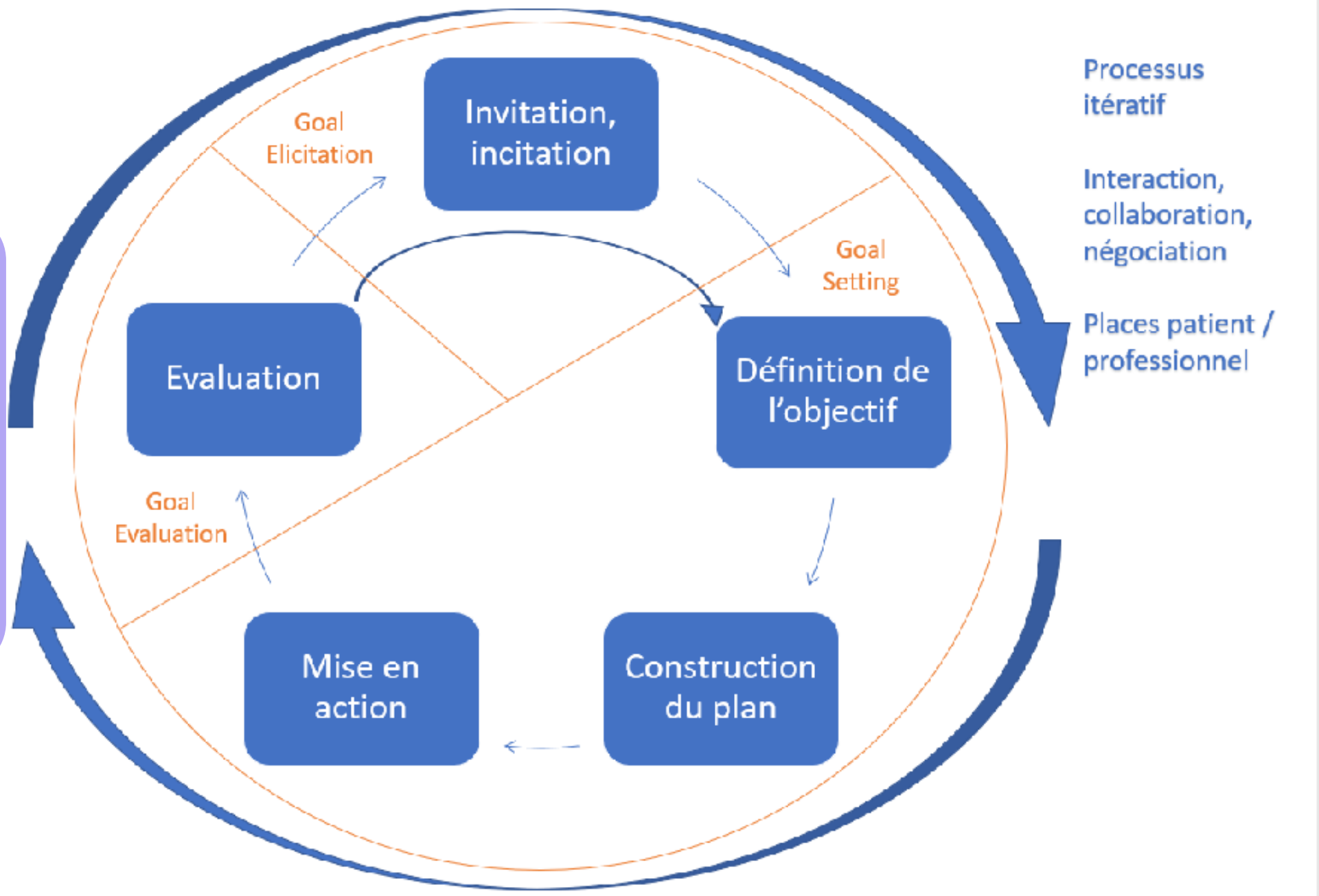


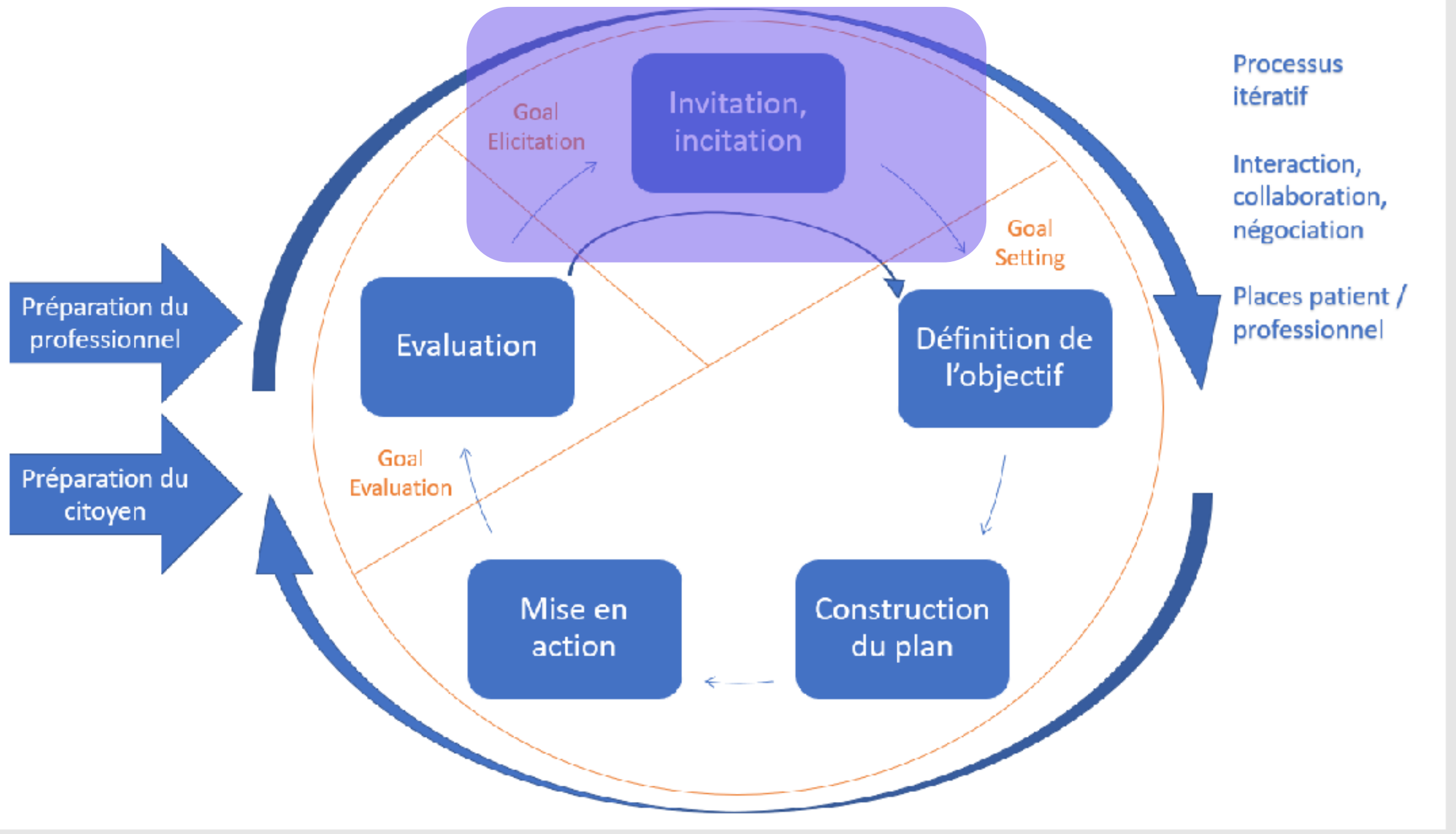
En pratique

PROCESSUS ET OUTILS



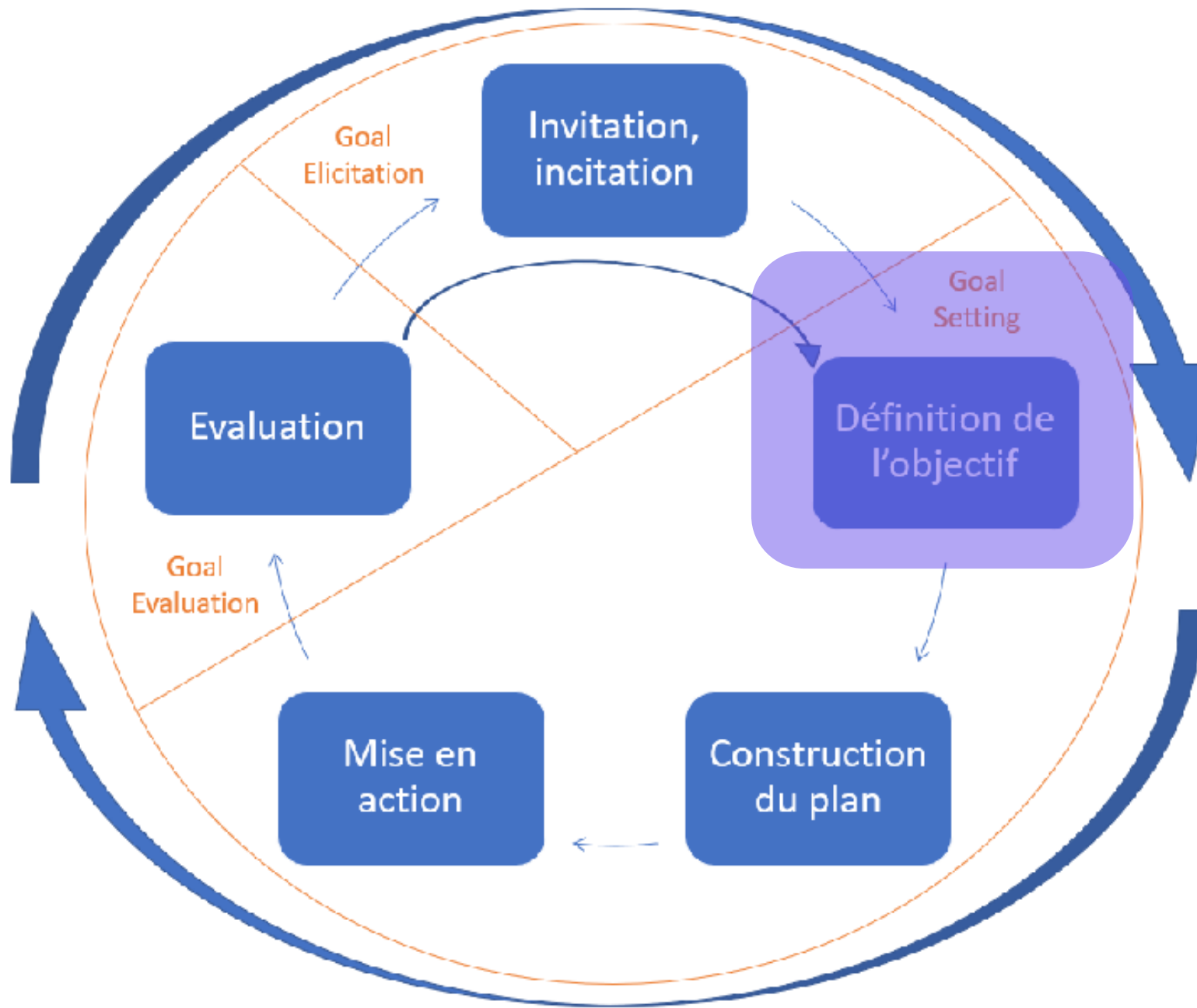
Boeykens D, Boeckxstaens P, De Sutter A, Lahousse L, Pype P, De Vriendt P, et al. (2022); Goal-oriented care for patients with chronic conditions or multimorbidity in primary care: A scoping review and concept analysis. PLoS ONE 17(2): e0262843. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262843>





Préparation du professionnel

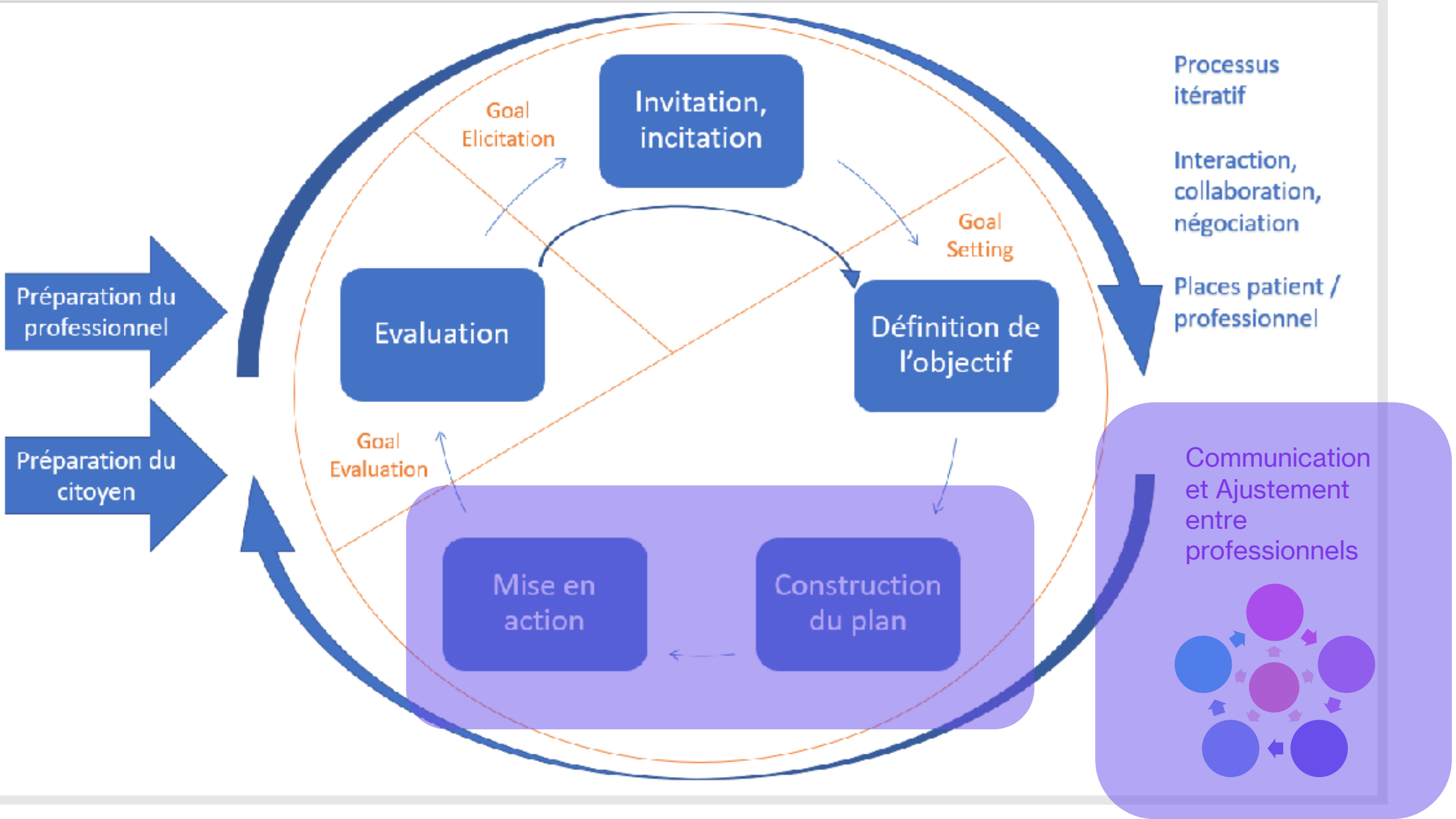
Préparation du citoyen

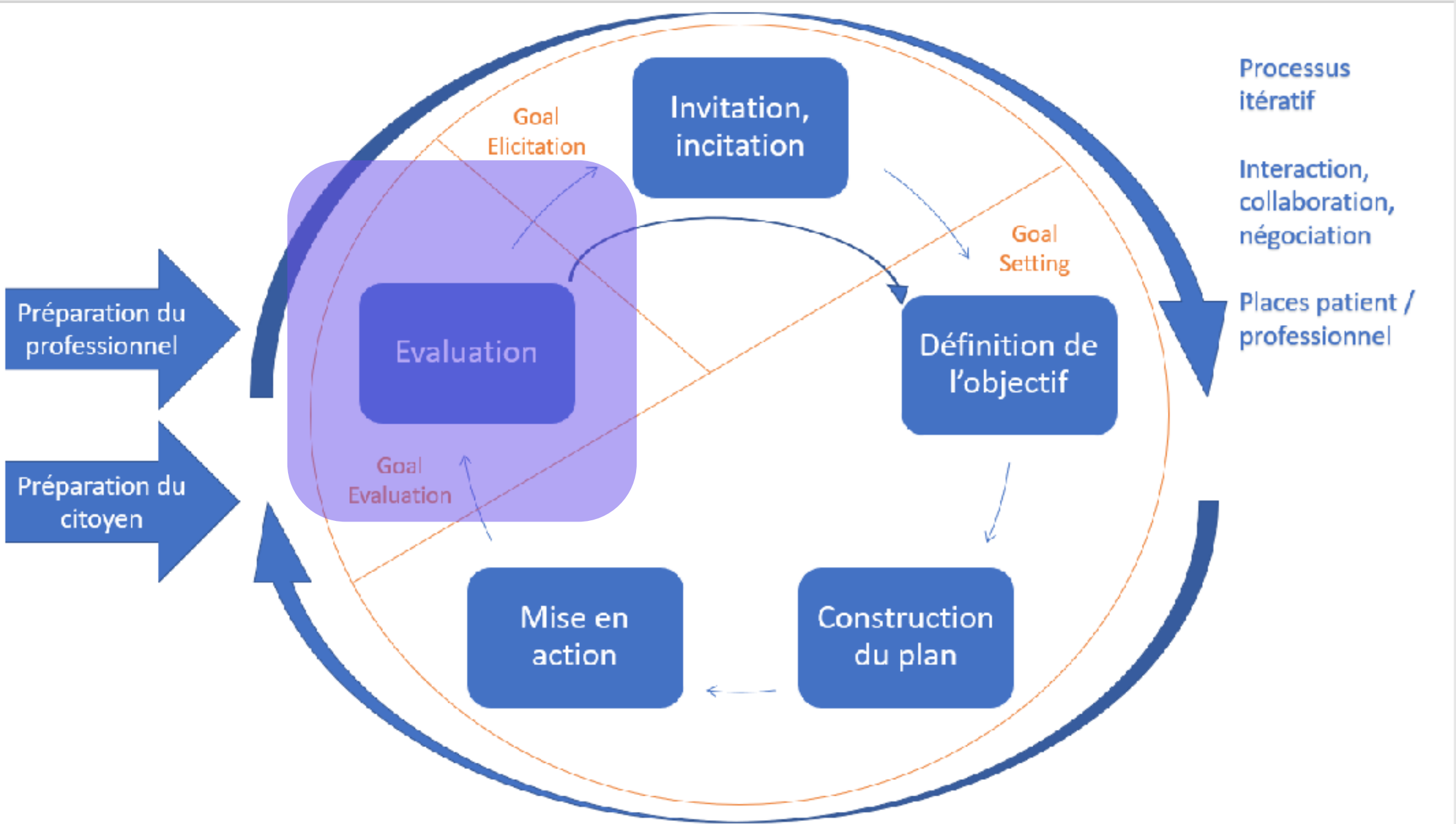


Processus itératif

Interaction, collaboration, négociation

Places patient / professionnel





Par qui?

- Vous?
 - Infirmier.e?
 - Assistant social.e?
 - Case manager/coordonateur de soins?
- DU TEMPS
 - Pas nécessairement en une fois
 - Informations à partager!
 - Préparation du soignant
 - shift paradigmatique
 - De l'aide par des outils?



Outils pour aborder les objectifs de vie du patient/usager

Besoins d'outils?

- Pas indispensable pour débiter
- Préparation du soignant
 - shift paradigmatique

Qu'est-ce qui vous importe le plus dans la vie?

Qu'est-ce que vous souhaiteriez pouvoir faire?

Qu'est-ce qui vous fait lever le matin?

IDENTIFY HEALTH PRIORITIES

- Values (What Matters most to the patient)
- Actionable, specific, realistic health outcome goals
- Health care preferences (which care the patient finds helpful and which burdensome) and any tradeoffs
- "One Thing" - the health problem (burdensome symptom, health care task, or medication) the patient most wants to address to help them achieve their health goal.

ALIGN CARE WITH HEALTH PRIORITIES

Consider if current and potential care is:

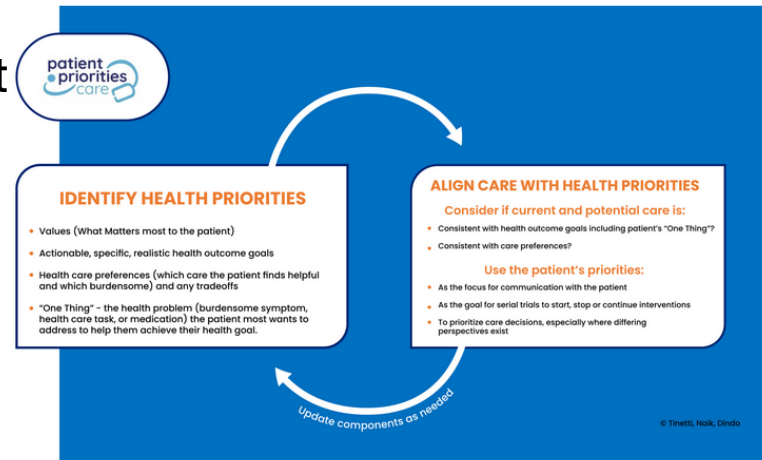
- Consistent with health outcome goals including patient's "One Thing"?
- Consistent with care preferences?

Use the patient's priorities:

- As the focus for communication with the patient
- As the goal for serial trials to start, stop or continue interventions
- To prioritize care decisions, especially where differing perspectives exist

Update components as needed

- Identifier des priorités en santé
 - Ce qui importe pour le patient
 - Des objectifs de santé réalistes, spécifique, atteignables
 - PREFERENCES en soins:
 - Ce que le patient identifie comme aidant et ce qu'il identifie comme pénible
 - UN problème de santé (symptômes, taches ou médicament) que le patient identifie comme PRIORITE



- Aligner les soins avec ces priorités
 - Évaluer si les objectifs actuels
 - ... ciblent la PRIORITE identifiée par le patient
 - ... sont cohérents avec les PREFERENCES
 - Insérer les PRIORITES du patient
 - Comme point central de la communication avec le patient
 - Comme objectif pour débiter/arrêter/modifier une intervention
 - Pour aider à prioriser les décisions

ELADEB

Tableau 1. Liste des 20 cartes illustrées (domaines évalués)

Conditions de vie	Pragmatique du quotidien	Relations	Santé
1. lieu de vie	5. temps libre	10. connaissances et amitiés	14. alimentation
2. finances	6. tâches administratives	11. famille	15. hygiène personnelle
3. travail	7. entretien du ménage	12. enfants	16. état physique
4. droit et justice	8. déplacements	13. relations sentimentales	17. état psychique
			18. addiction
			19. traitement
			20. spiritualité et croyances

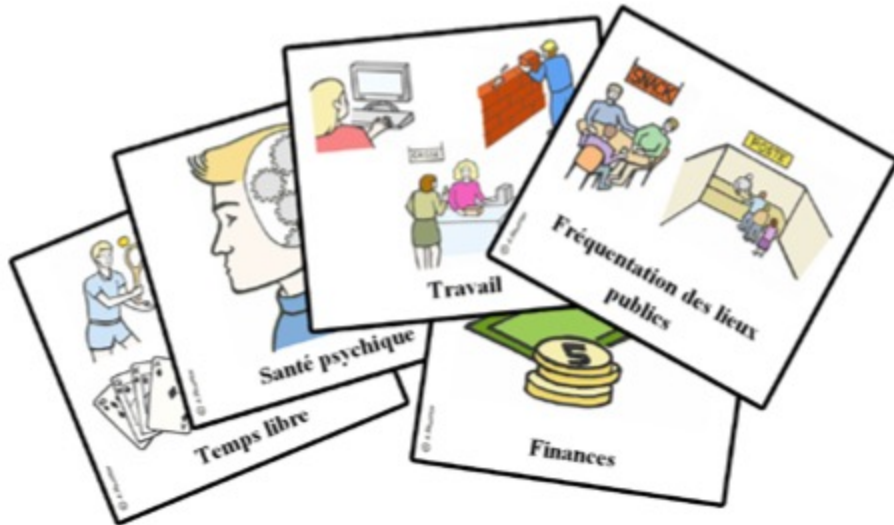


Figure 2. Étiquettes utilisées pour l'évaluation des problèmes

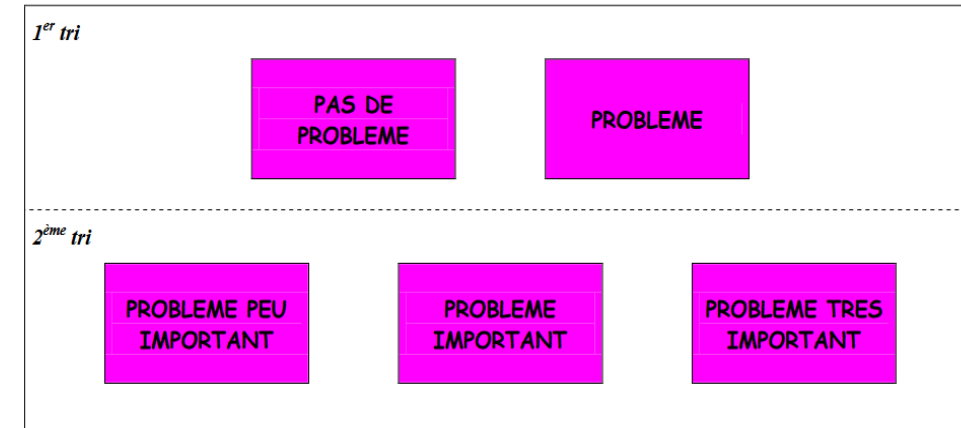
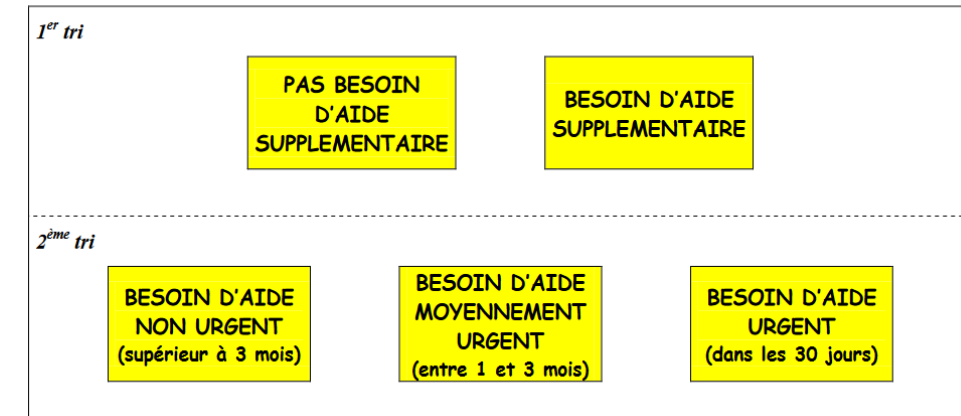


Figure 3. Étiquettes utilisées pour l'évaluation des besoins



Fiche de cotation

Nom, Prénom : Date :

A. Question initiale (quel est actuellement le problème le plus important pour vous?) :

B. Scores	Difficultés		Besoins d'aide		
	Présence	Intensité	Présence	Degré d'urgence	Origine
1. Lieu de vie					
2. Finances					
3. Travail					
4. Droit & Justice					
<i>Sous-total</i>	...../4	...../12	...../4	...../12	
5. Temps libre					
6. Tâches administratives					
7. Entretien du ménage					
8. Déplacements					
9. Fréquentation des lieux publics					
<i>Sous-total</i>	...../5	...../15	...../5	...../15	
10. Connaissances/Amitiés					
11. Famille					
12. Enfants					
13. Relations sentimentales					
<i>Sous-total</i>	...../4	...../12	...../4	...../12	
14. Alimentation					
15. Hygiène personnelle					
16. Santé physique					
17. Santé psychique					
18. Addiction					
19. Traitement					
20. Spiritualité & Croyances					
21. Sexualité					
<i>Sous-total</i>	...../8	...../24	...../8	...../24	
Total	...../ 21	...../63	...../21	...../63	

Origine :

P = professionnels de la santé

F = membres de la famille

E = membres de l'entourage

? = non précisé/ne sait pas

C. Besoin prioritaire (si on ne pouvait faire qu'une seule chose pour vous, laquelle choisiriez-vous?) :

PLAN DE SUIVI INDIVIDUALISÉ

NOM : Mr D.

Motivations à venir au C3R: Retrouver une activité professionnelle.

Domaines	Situation actuelle	Situation espérée (Objectifs)	Moyens proposés			
HABILETES VIE QUOTIDIENNE						
<p>➤ Lieu de vie <i>Score échelle : 7</i></p>	Je vis dans un F1 bis, proche du centre-ville. Mon appartement est récent et je m'y sens bien.					
<p>➤ Entretien logement <i>Score échelle : 6</i></p>	Depuis 3 mois je suis accompagné par un éducateur (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale), je n'arrivais pas à m'organiser pour maintenir mon appartement rangé. Maintenant, je fais le ménage environ 1 fois par semaine (avant ses visites, ça me motive.)	Je souhaiterais faire le ménage régulièrement sans aide.	L'Ergothérapeute du C3R se mettra en lien avec le SAVS, afin de déterminer les actions de chacun.			
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>RESSOURCES</th> <th>FREINS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mise en place d'un plan d'action avec l'éducateur</td> <td>Pas de frein identifié.</td> </tr> </tbody> </table>		RESSOURCES	FREINS	Mise en place d'un plan d'action avec l'éducateur
RESSOURCES	FREINS					
Mise en place d'un plan d'action avec l'éducateur	Pas de frein identifié.					
<p>➤ Nutrition</p>	Quand je n'ai plus rien, je vais faire les courses. Je ne fais pas de liste, je fais tous les rayons et j'achète ce qui me manque. J'oublie souvent des articles. Comme repas je mange le plus souvent du pain avec du jambon et du fromage. Je n'aime pas me préparer des légumes. Sinon je mange des plats tout prêts. Depuis, que je vis tout seul, j'ai pris du poids. Je n'ai pas de connaissance diététique.	Je souhaiterais perdre du poids pour me sentir bien dans ma peau. J'aimerais savoir cuisiner des choses simples.	Orientation vers la diététicienne pour réaliser un bilan éducatif partagé.			
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>RESSOURCES</th> <th>FREINS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ancien sportif, j'aime prendre soin de moi.</td> <td>Peu de connaissances diététiques et manque d'ustensiles</td> </tr> </tbody> </table>		RESSOURCES	FREINS	Ancien sportif, j'aime prendre soin de moi.
RESSOURCES	FREINS					
Ancien sportif, j'aime prendre soin de moi.	Peu de connaissances diététiques et manque d'ustensiles					
<p>➤ Hygiène personnelle</p>	Je n'ai pas de problème pour me doucher, je me douche tous les jours, je tonds ma barbe régulièrement et me brosse les dents tous les soirs. Je change de sous-vêtements et mon tee-shirt tous les jours, pour le reste c'est une fois par semaine ou quand je me tâche. Je fais mes lessives, j'ai une machine à laver chez moi.					

Babbel Boost



Public cible = patient avec multimorbidités et en situation complexe

« Cet outil de dialogue a été élaboré avec des professionnel-le-s de la santé et du social, des chercheurs ainsi que des patients et leurs proches. Il vise à **ouvrir le dialogue**, à **prendre un temps** pour identifier ce qui est important pour la personne que vous accompagnez et à cibler les **dimensions auxquelles accorder une attention particulière** pour améliorer sa qualité de vie. »

<https://brusano.brussels/services/aide-a-la-consultation/>



Anamnèse infirmière selon Virginia Henderson

- BESOIN DE RESPIRER
- BESOIN D'ELIMINER (digestif, urinaire, transpiration, règles, ...)
- BESOIN DE BOIRE ET MANGER
- BESOIN DE BOIRE ET MANGER
- BESOIN DE DORMIR ET SE REPOSER
- BESOIN DE SE VETIR ET SE DEVETIR
- BESOIN DE MAINTENIR LA TEMPERATURE DU CORPS DANS LES LIMITES NORMALES
- BESOIN D'ETRE PROPRE ET PROTEGER SES TEGUMENTS
- BESOIN D'EVITER LES DANGERS (chutes, brûlures, accidents, ..) → sens, état d'éveil mental, ...
- BESOIN DE **COMMUNIQUER AVEC SES SEMBLABLES**
- BESOIN DE PRATIQUER SA RELIGION OU D'AGIR SELON SES **CROYANCES ET SES VALEURS**
- BESOIN DE S'OCCUPER DE FACON A **SE SENTIR UTILE**
- BESOIN DE **SE RECREER** (loisirs, détente, ...)
- BESOIN **D'APPRENDRE**
 - Questions au patient
 - Observations de l'infirmier.e

Et encore tellement d'autres...

- PBI
- ICOPE
- COMETE
- ENEO-Carnet de vie
- Carnet Choix lieu de vie
- KAWA
- MCRO
- OTHOPE
- CLEVER
- ...

Grille d'analyse en cours
Pour faciliter le choix par les équipes sur le terrain
(diffusion via site internet décembre 2023)

EN CONCLUSION

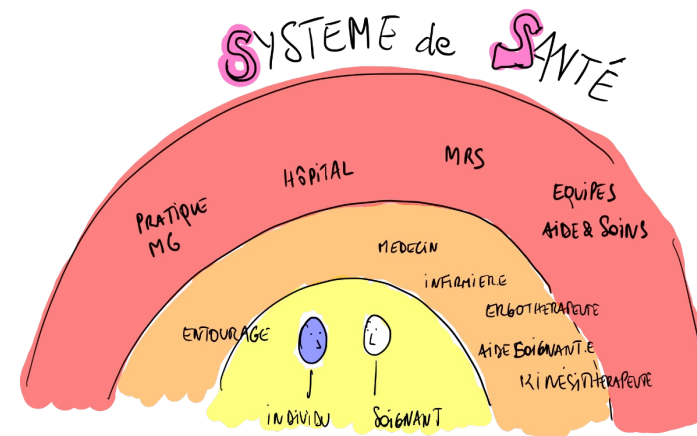
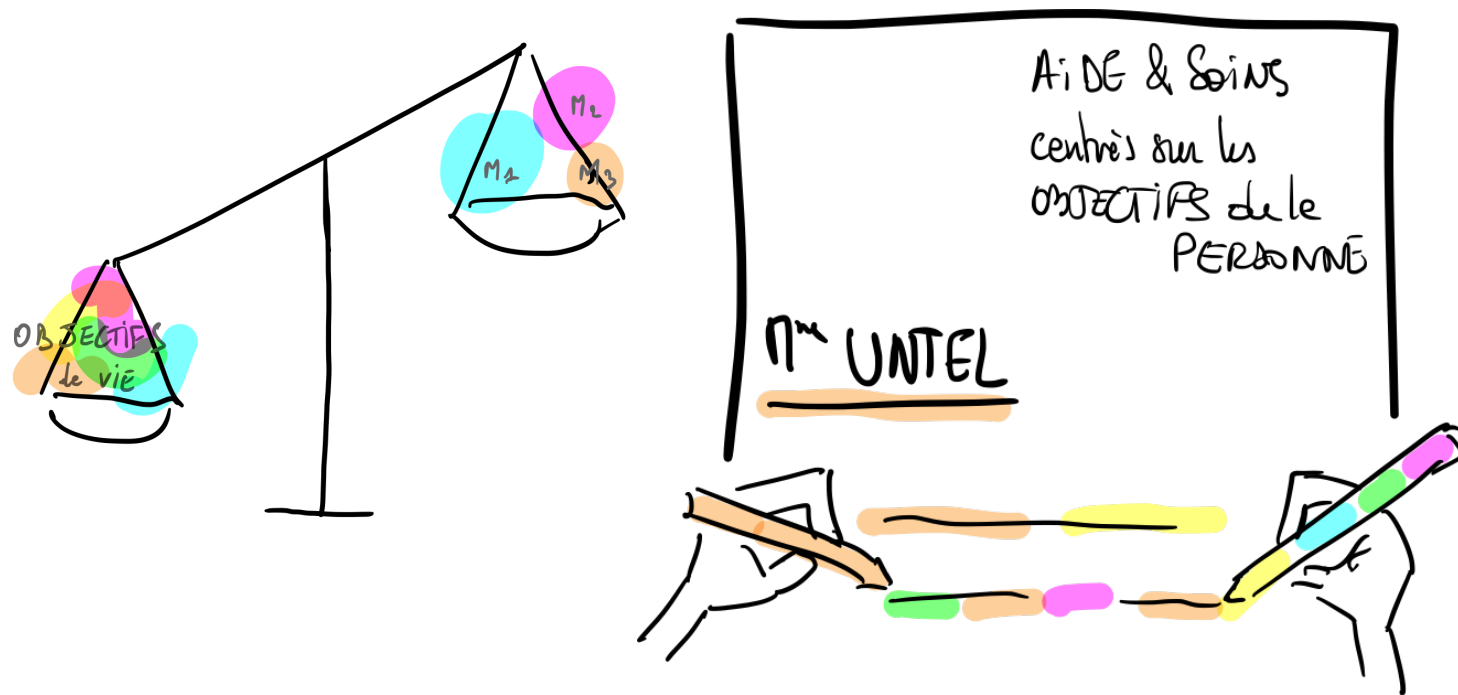


ON SAIT OÙ ON VA ?



Ce que l'ASCOP n'est pas...

Ce que l'ASCOP pourrait être



En 2023 une dynamique en route

- Projets concrets soutenus par le fonds Daniel De Coninck-Fondation Roi Baudoin
- Accumulation d'expérience et de connaissance
 - Équipe de recherche UGENT-ULIEGE
 - Site internet de diffusion d'outils
 - Témoignages de professionnels



Merci pour votre attention!



Agir ensemble pour une société meilleure



- Plus d'informations:
 - jlbelche@uliege.be
 - amandine.stassen@uliege.be
 - Isabelle.heyman@uliege.be
- Site INTERNET à venir!
- <https://www.fondsdanieldeconinck.be/fr/>

