

MATINÉE D'ÉCHANGES - 23 NOVEMBRE 2021

L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

RETOUR SUR LA PLÉNIÈRE



Interview croisée du Dr. Gabriel (Chef de clinique, Service de cardiologie (Site de Godinne) & Pr. Kessler (Néphrologue, présidente de Néphrolor)

Cet échange s'est focalisé sur deux thèmes : les leviers pour développer l'ETP de "proximité" mais aussi quels leviers pour renforcer le lien hôpital-ville pour ainsi identifier des leviers pour coordonner les parcours de santé des personnes atteintes de maladies chroniques et renforcer le déploiement de l'ETP de proximité.

Développement de l'ETP de "proximité"

- Professionnalisation pour les soignants de première ligne
 - d'une part en les formant à l'ETP : socle commun - comment acquérir la posture éducative.
 - d'autre part en les formant plus spécifiquement à la pathologie concernée par le programme et au regard de leur métier : module complémentaire propre à chaque professionnel
 - créer une culture commune entre les acteurs pour véhiculer un même message.
- Imaginer une rémunération spécifique intégrant plusieurs possibilités :
 - des consultations d'éducation thérapeutique du patient
 - des ateliers d'éducation thérapeutique du patient
- Recréer un pôle de seconde ligne ayant comme mission de déployer des actions de prévention (à la fois en prévention primaire mais également en prévention secondaire)
 - inclure les patients dans ce pôle : identifier un statut et des rémunérations possibles
 - trouver des financements pour prendre en charge le temps des professionnels qui s'impliquent dans ce pôle

Lien Hôpital / Ville

- Manque un cadre : l'hôpital est très structuré alors que la prise en charge de la première lignée est morcelée
 - difficulté d'identification de l'ensemble des acteurs du territoire et des projets menés
 - les structures hospitalières ne sont pas si nombreuses et donc il manque un relai en proximité à qui l'hôpital pourrait s'adresser car il a la connaissance du territoire (professionnels en exercice et projet déployé).
- Créer une structure de coordination entre la prise en charge hospitalière et le domicile : cela renforce le travail conjoint en mutualisant les moyens nécessaires à la méthodologie de projet (rédaction d'appel à projets, mutualisation des ressources, évaluation, coordination...)
 - pour créer du lien entre les différents professionnels intervenant auprès du même patient : fluidifier les étapes entre le repérage, l'orientation, le diagnostic et le suivi du patient
 - pour porter des projets conjoints et coordonnés au niveau d'un territoire
 - pour obtenir un financement du temps de coordination nécessaire au développement des projets

Les leviers identifiés :



- **Agir au niveau des systèmes de chaque pays**
 - Créer un pôle ressource par territoire
 - Créer une nouvelle fonction de coordination territoriale
- **Plaidoyer à mener en faveur d'un financement**
 - Mutualiser le temps et les ressources (professionnels, patients, acteurs en ETP)
 - Renforcer la notion de parcours de vie et non plus de parcours de soin en identifiant un forfait financé par patient tout au long de sa vie
- **Implanter les programmes en proximité**
 - Développer l'ETP de proximité en s'appuyant sur les acteurs du territoire
 - Créer un ETP au domicile
- **Renforcer la formation des acteurs**
 - Mixer les modalités de formation (visio & présentiel)
 - Créer une formation socle et décliner des formations complémentaires par professionnel et pathologie.



A quoi pourrait ressembler la fonction de coordination territoriale de santé ?

Présentation de deux dispositifs existants et reconnus par les autorités en compétence.

VERSANT BELGE

Les projets de soins intégrés

Céline Hoerner, PhD, coordinatrice du Chronicopôle

- 12 projets pilotes sur la Belgique
 - Les objectifs
 - Tester des solutions favorisant la prise en charge des personnes malades chroniques
 - Grâce à une collaboration renforcée entre prestataires de l'aide et des soins ET le malade chronique (+ aidants proches)
 - La philosophie
 - Amélioration de la qualité de vie des patients et de leurs aidants proches
 - Utilisation plus efficace des moyens disponibles
 - Une population en meilleure santé plus longtemps.
 - Une amélioration de la qualité de vie des professionnels
 - Les partenaires
 - Première ligne d'aide et de soins (médecins généralistes, maisons médicales, infirmiers, kinésithérapeute, ergothérapeute, pharmaciens, aides familiales, centres de coordination)
 - Hôpitaux
 - Plateformes/structures/réseaux de concertation
 - Associations de patients
 - Autres: mutuelles, universités, associations de soutien, autorités locales
 - Le financement
 - Budget « management d'intégration »: financement de la coordination et des dépenses courantes de l'ASBL (jusqu'en juillet 2023)
 - Budget « actions »: financement des actions (jusqu'en décembre 2022)

VERSANT FRANÇAIS

Communauté professionnelle territoriale de santé

Prune Pernin, coordinatrice d'une CPTS

- Objectif
 - Une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) est une organisation créée à l'initiative de professionnels de santé libéraux, qui vise à structurer l'offre de soins et le parcours des patients en améliorant leurs conditions d'exercice et en facilitant la coordination des soins.
- Le cadre national
 - Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
 - 20 juin 2019: parution de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI)
- Le projet de santé sur une durée de 3 ans
 - Le projet de santé est un document dans lequel les professionnels présentent le territoire, la CPTS et définissent les grands axes et thématiques d'actions pour la CPTS
 - C'est ce document qui est présenté à l'ARS et la CPAM et qui constitue le "document de référence" pour les actions de la CPTS
 - un diagnostic détaillé qui présente le territoire et les besoins identifiés à la faveur du diagnostic
 - les différentes actions proposées par les professionnels pour y répondre
 - les acteurs engagés
 - les modalités de fonctionnement et de la coordination
- Le financement
 - Les fonds pré-fir de l'ARS pour la phase de réflexion et de mise en place de la CPTS
 - Les ACI en convention avec la CPAM lors de dialogues de gestion une fois par an



Les échanges de l'atelier

Les fonctions clés d'une coordination territoriale de santé

Connaissance des dynamiques

- Visibilité sur les professionnels et leur mode d'exercice sur un territoire donné
- Compétence en méthodologie de projet en santé publique
- Coordonner et faciliter le travail pluridisciplinaire
- Construire ensemble pour et avec les acteurs mais aussi pour et avec les patients.

Articulation des dispositifs :

- Connaissance des dispositifs existants et de leur financement
- Facilitateur et créateur de lien : créer, faire vivre et/ou renforcer la dynamique de partenariat d'un territoire
- Connaître les professionnels mais aussi les patients
- Faciliter les échanges entre les différents acteurs
- Connaître l'offre existante et la faire connaître auprès du grand public et des professionnels

Connaissance des besoins du territoire :

- Compréhension des systèmes politiques : mode de financement, prise en charge, politiques publiques menées ...
- Connaissance du réseau : les différents acteurs (sociaux, de santé, associatifs...)
- Connaissance du territoire (rural/urbain, accès aux soins ...)
- Développer et/ou renforcer l'offre existante

Deux types de coordination : coordination autour du patient et coordination territoriale qui est plus une démarche d'implication politique.

Difficulté de se projeter sur les dispositifs financiers nécessaires et d'identifier des porteurs de cette coordination territoriale

• Travailler à partir de l'existant

- Comment mieux le faire connaître ?
- S'appuyer sur une structure existante plutôt de recréer une structure.

• Mutualiser

- Oui mais comment ?
- Beaucoup de financements possibles dans le domaine de la santé et du social comment mutualiser les demandes ?
- Comment mutualiser les ressources ?





Les échanges de l'atelier

Quels leviers seraient à notre disposition pour développer l'ETP en proximité ?

S'appuyer sur le parcours de vie

- Avec une transversalité de la prise en charge de l'ETP pouvant intervenir à chaque moment avec ses caractéristiques, ses spécificités et des professionnels différents
- Développer l'ETP en proximité et au domicile
- Renforcer et mettre en exergue le rôle des associations de patients

Renforcer la coopération des acteurs :

- Faciliter le lien ville/hôpital en articulant la coopération entre différents professionnels
- Elaborer une culture commune entre tous les acteurs
- Proposer des temps d'échanges de pratiques entre les différents acteurs

Communiquer :

- Revoir le terme ETP qui ne fait pas sens auprès de la majorité des patients (Cf. les travaux menés précédemment)
- Trouver des nouveaux modes de communication pour informer les acteurs (réseaux sociaux, logiciel de coordination entre les professionnels...)
- Améliorer la visibilité & la lisibilité de l'offre existante



Qu'est-ce qui semble facilement réalisable auprès des acteurs interrogés

• Faire l'état des lieux de l'offre existante

- Versant français : mission de la plateforme ressource ETP GE - mise à jour de leur site effectuée régulièrement - cartographie existante.
- Versant belge : cartographie en cours d'élaboration - finalisation pour mi 2022.

• Formation

- Semble plus facile à mettre en oeuvre au niveau des formations initiales
- Plus de difficultés à identifier des leviers pour la formation continue

• Système d'information collaboratif et organisationnel

- Pourrait être facilité par un portage politique ou territorial
- Difficultés ressenties la multitude d'offres et donc la variété des outils utilisés par les professionnels.

L'élu local comme promoteur de santé

les quatre fonctions transversales

une fonction d'interpellation et de médiation

une fonction de coordination des ressources locales

une fonction de communication

une fonction de soutien aux projets de proximité

Pour conclure :

Cette matinée a permis d'identifier des leviers et de souligner l'importance d'associer et de coordonner l'ensemble des acteurs intervenant ou pouvant intervenir dans les programmes d'ETP, y compris de renforcer la place du patient. L'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir des personnes est un processus de mise en mouvement par lequel les personnes accèdent ensemble ou séparément, à une plus grande possibilité d'action sur ce qui est important pour elles ou même pour un groupe donné au niveau de leur santé. L'implication des habitants et à fortiori des élus contribue à l'organisation de projets de santé appropriés aux besoins et aux demandes d'un territoire.

Cindy LEOBOLD

chargée d'études ORS GE

cindy.leobold@ors-ge.org