Aide et soins centrés sur les objectifs de la personne (ASCOP)

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

Renforcer la première ligne
FONDS DR. DANIËL DE CONINCK

Fondation Roi Baudouin
Agir ensemble pour une société meilleure

LIÈGE université
Département de Médecine Générale
Unité de Recherche Soins primaires et Santé

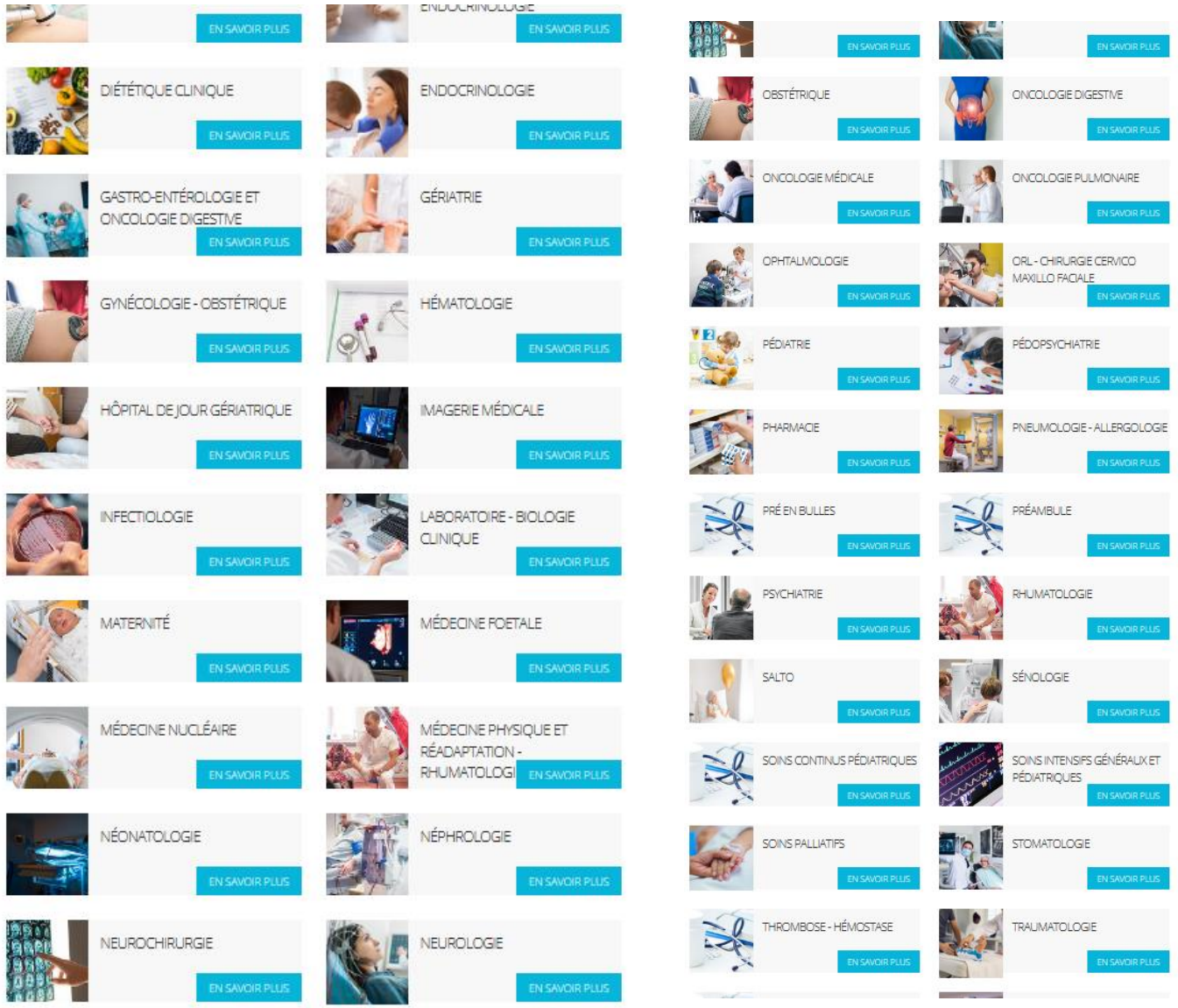
Jean-Luc Belche, MG PhD Prof.
Isabelle Heymans, Coordinatrice Projet Ascop
Laetitia Buret, MG PhD Prof.

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

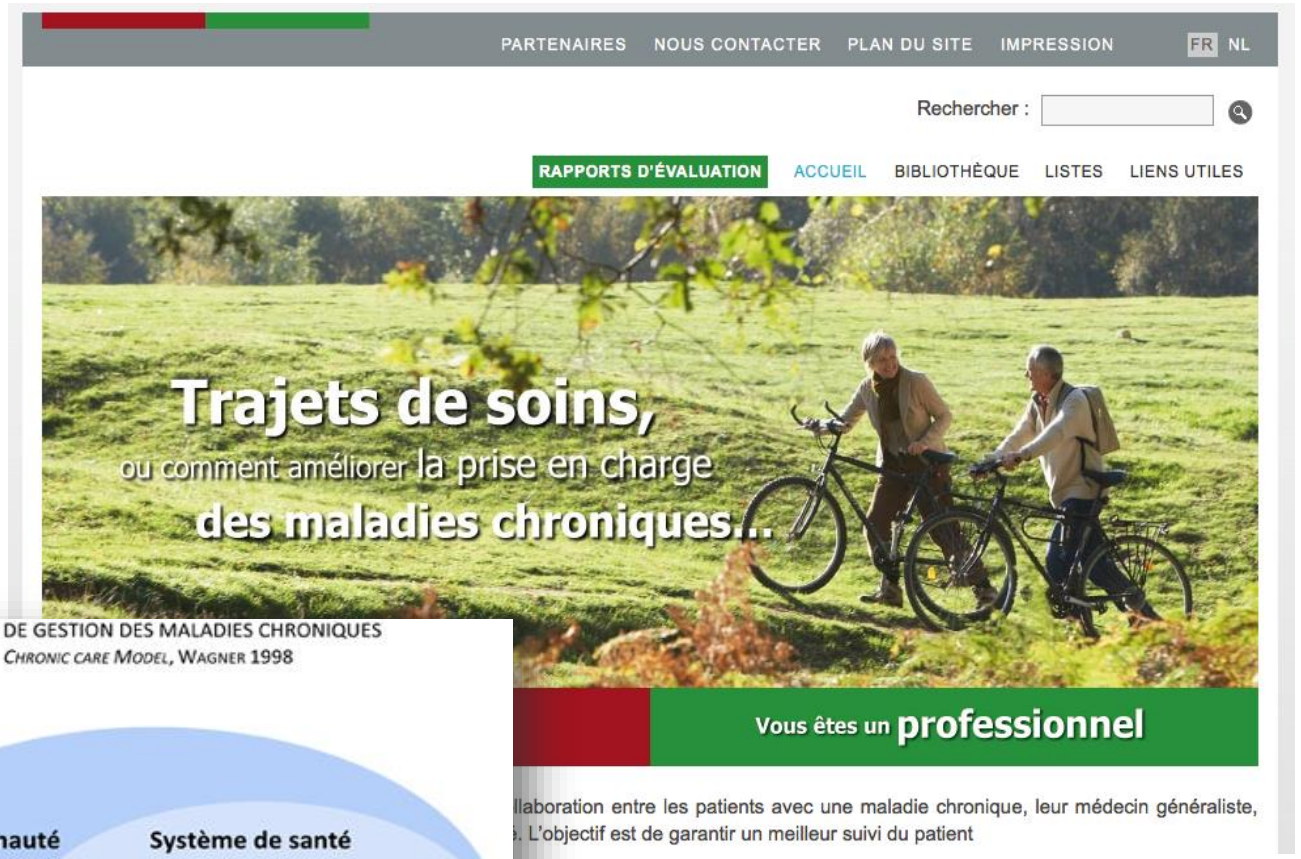
À la base de l’organisation des institutions de soins

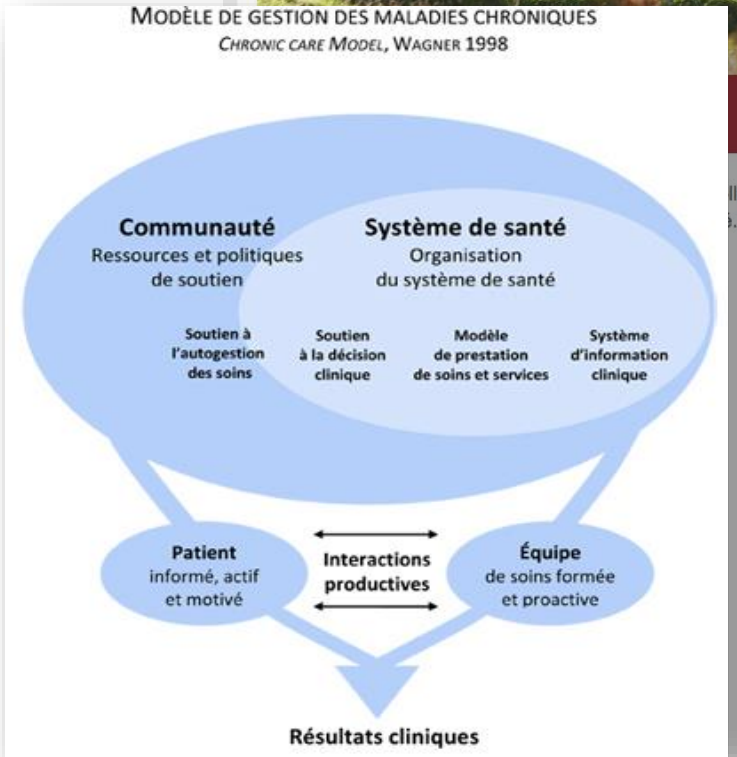


L’approche centrée sur une maladie

À la base de l’organisation des soins

« Chronic care model »





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

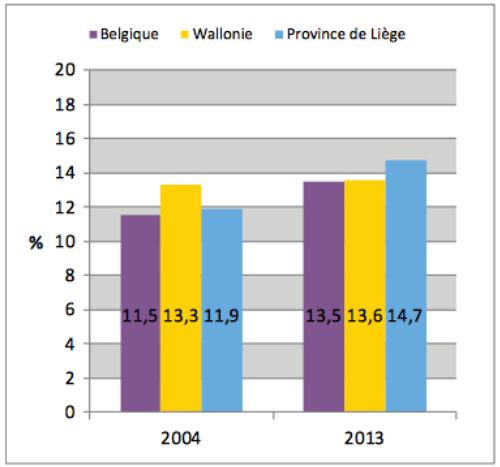
cliniques et, par extension, des synthèses méthodiques, est de montrer qu’il est justifié d’utiliser dans la pratique clinique une intervention déterminée ou un donné chez un patient particulier. C’est surtout la **validité externe** qu’il importe d’évaluer. Les résultats trouvés peuvent-ils être extrapolés à mon patient qui, de s comorbidités et ses autres caractéristiques, ne correspond pas nécessairement en tous points à la population étudiée ? L’environnement dans lequel les études sibilité 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

Minerva
Evidence-Based Practice
pour l’amélioration continue des soins

Et pourtant…

Et pourtant, des constats différents

La multimorbidité est la règle



Source : ISP-HIS

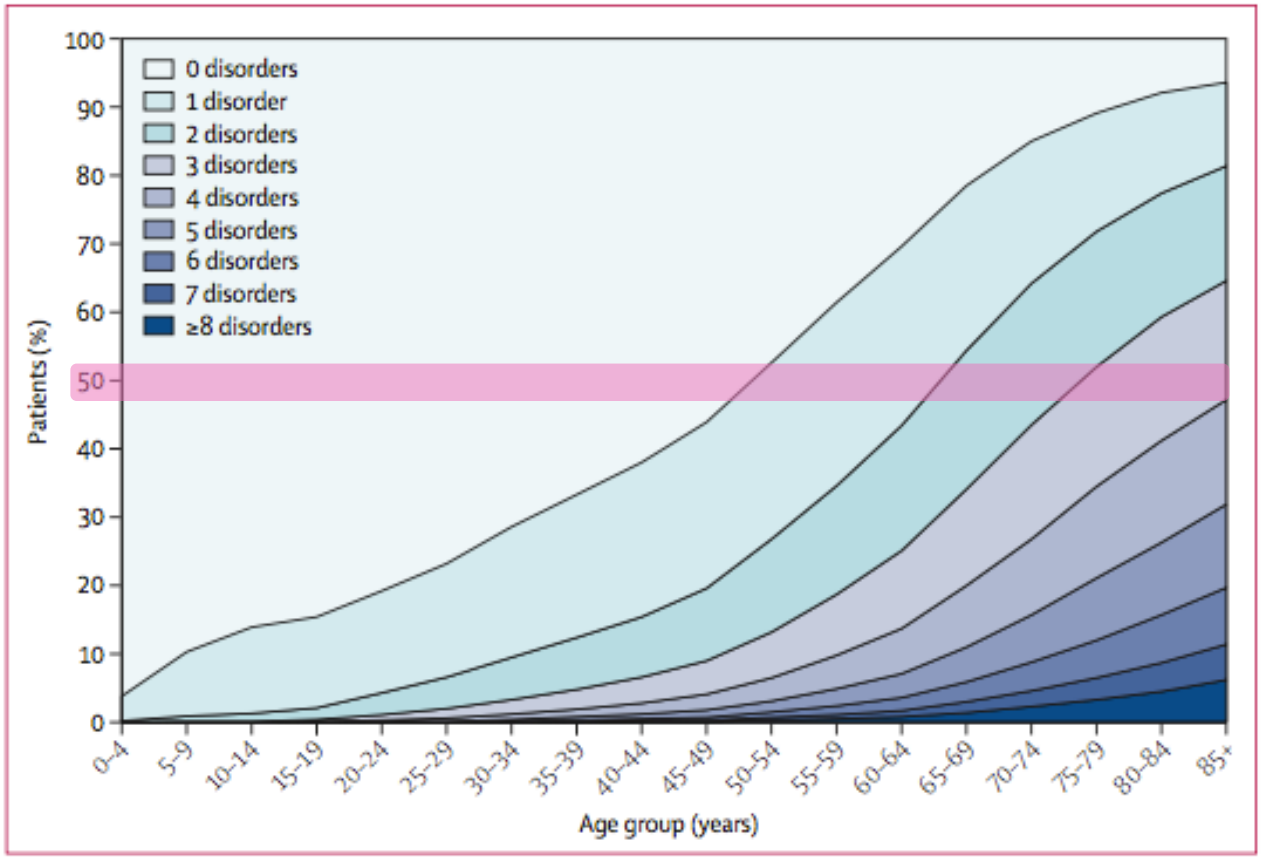
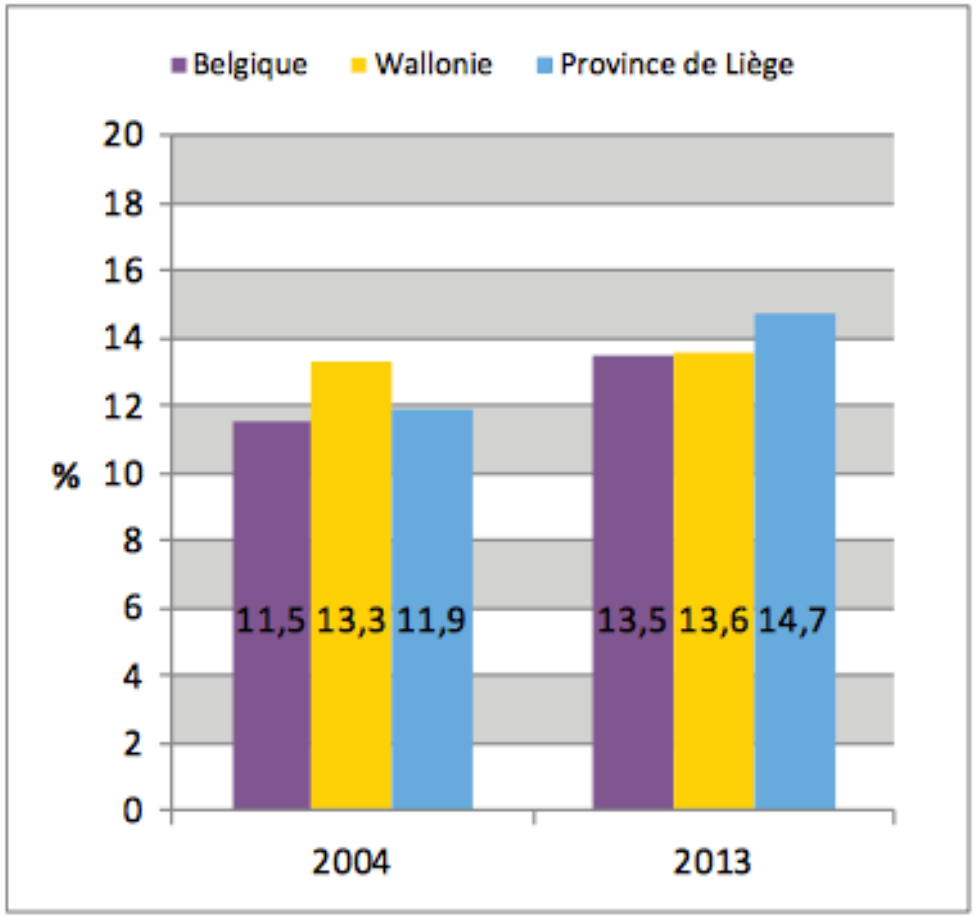


Figure 1: **Number of chronic disorders by age-group**

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. *(Scotland)*

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 identifier

Boeckxstaens *et al. BMC Family Practice* 2014, **15**:159
http://www.biomedcentral.com/1471-2296/15/159

BMC Family Practice

RESEARCH ARTICLE Open Access

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

Pauline Boeckxstaens[1,2*], Wim Peersman[1], Gwendolyn Goubin[2], Souhila Ghali[3], Jan De Maeseneer[1], Guy Brusselle[4] and An De Sutter[1]

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

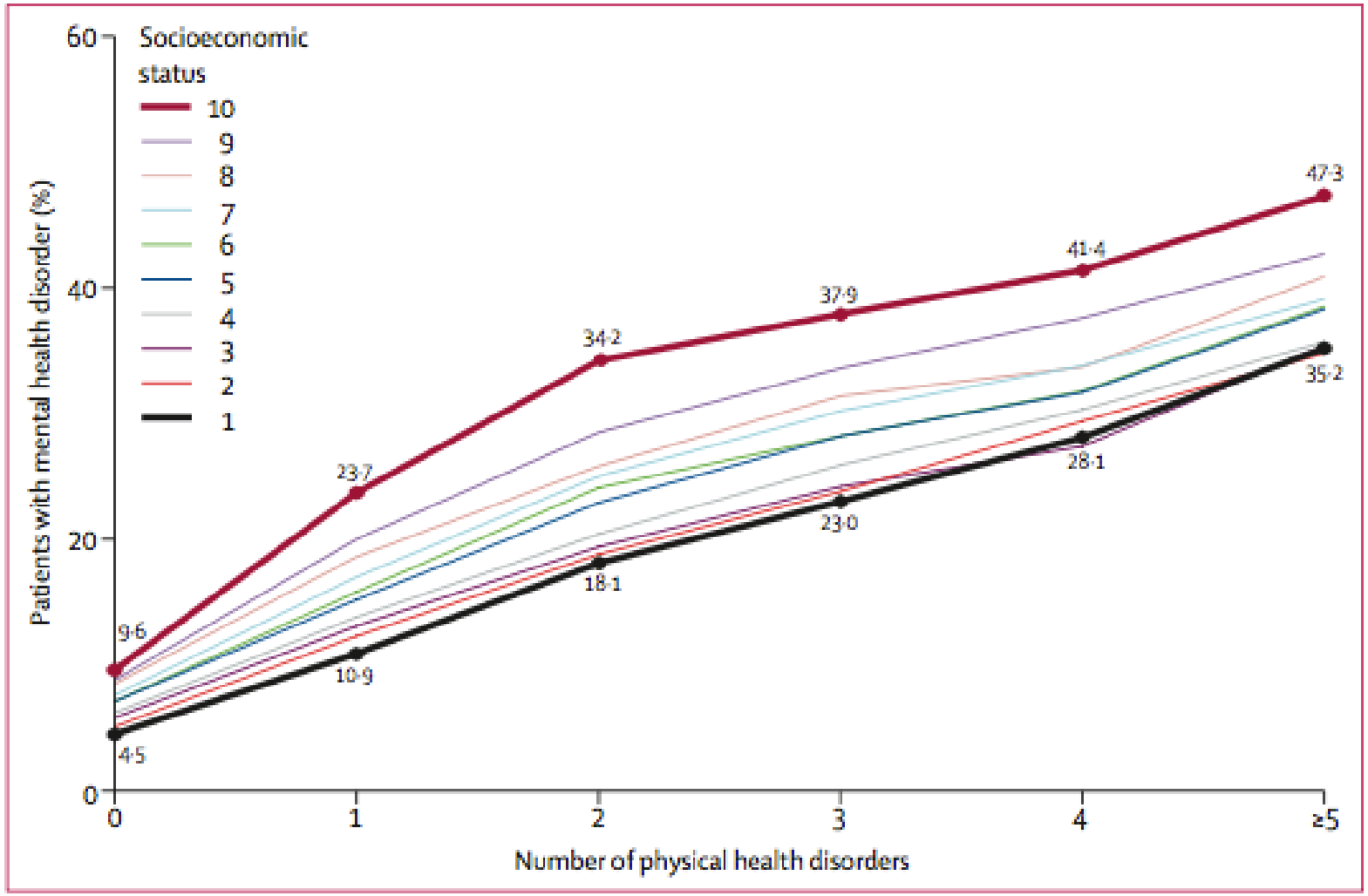


***Figure 3*: Physical and mental health comorbidity and the association with socioeconomic status**
On socioeconomic status scale, 1=most affluent and 10=most deprived.

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.

Une logique qui montre ses limites

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?

Une logique qui montre ses limites

UNE AUTRE MANIÈRE D’ABORDER LA COMPLEXITÉ

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

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)

… les objectifs (de vie) de la personne?

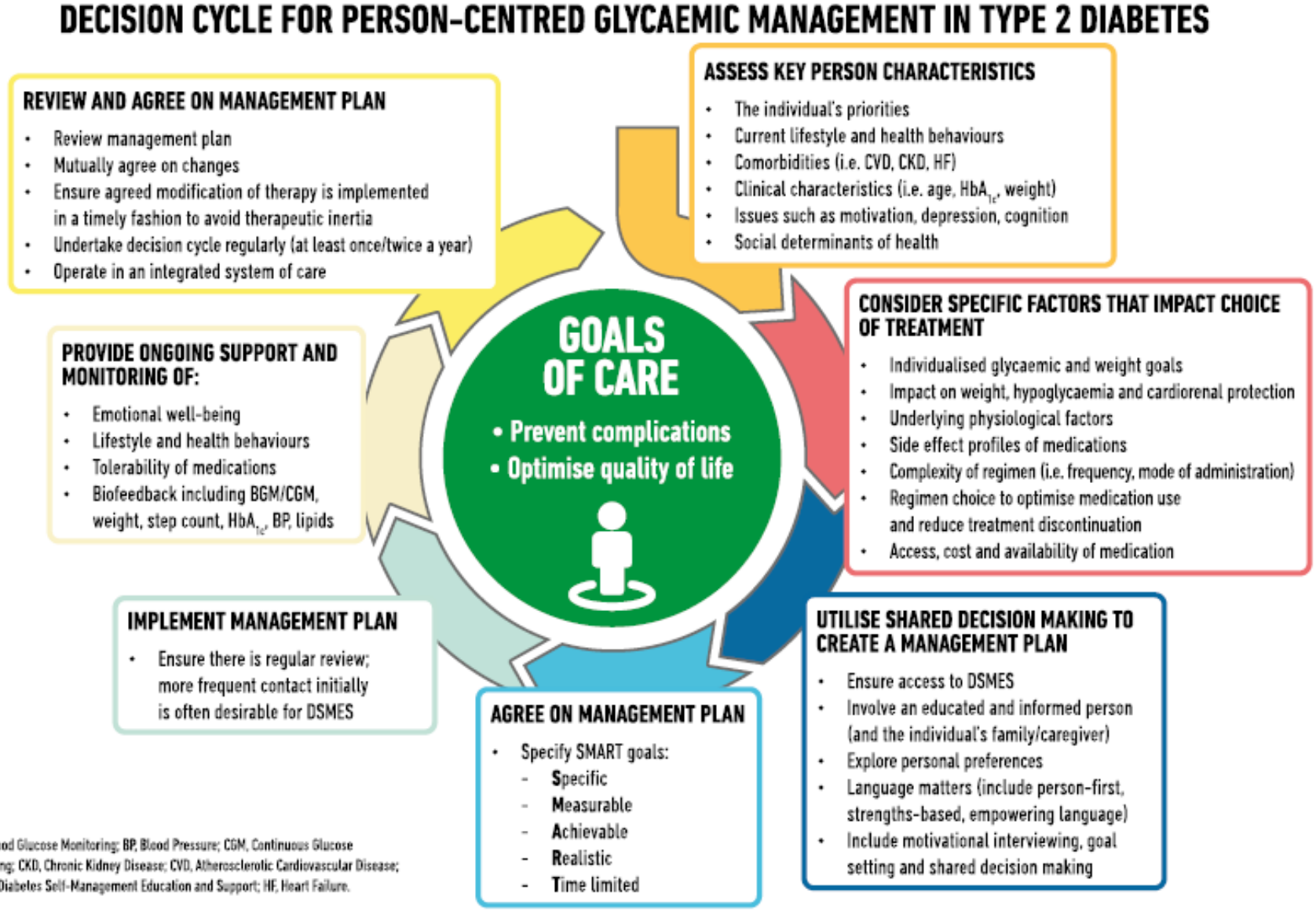


Fig. 1 Decision cycle for person-centred glycaemic management in type 2 diabetes. Adapted from [5] with permission from Springer Nature, © European Association for the Study of Diabetes and American Diabetes Association, 2018

Diabetologia (2022) 65:1925–1966

Springer

Et si on partait 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. Assosications de patients sclérodermiques de Belgique

https://www.who.int/fr/about/governance/constitution

Richer Smith: The end of disease and the beginning of health
https://blogs.bmj.com/bmj/2008/07/08/richard-smith-the-end-of-disease-and-the-beginning-of-health/

https://blogs.bmj.com/bmj/2009/01/05/richard-smith-can-poetry-define-health/

La collaboration exige des objectifs communs

- Soignants et patients
- Equipe interprofessionnelle
- Première ligne et spécialistes
- Première ligne et santé publique
- Première ligne et communautés

→ Qui détermine les objectifs ?

Un schift paradigmatique

What is the matter with the patient?

Quel est le problème ?

Problèmes de santé / sociaux

What matters to the patient?

Qu’est-ce qui vous importe ?

Priorités dans la vie

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

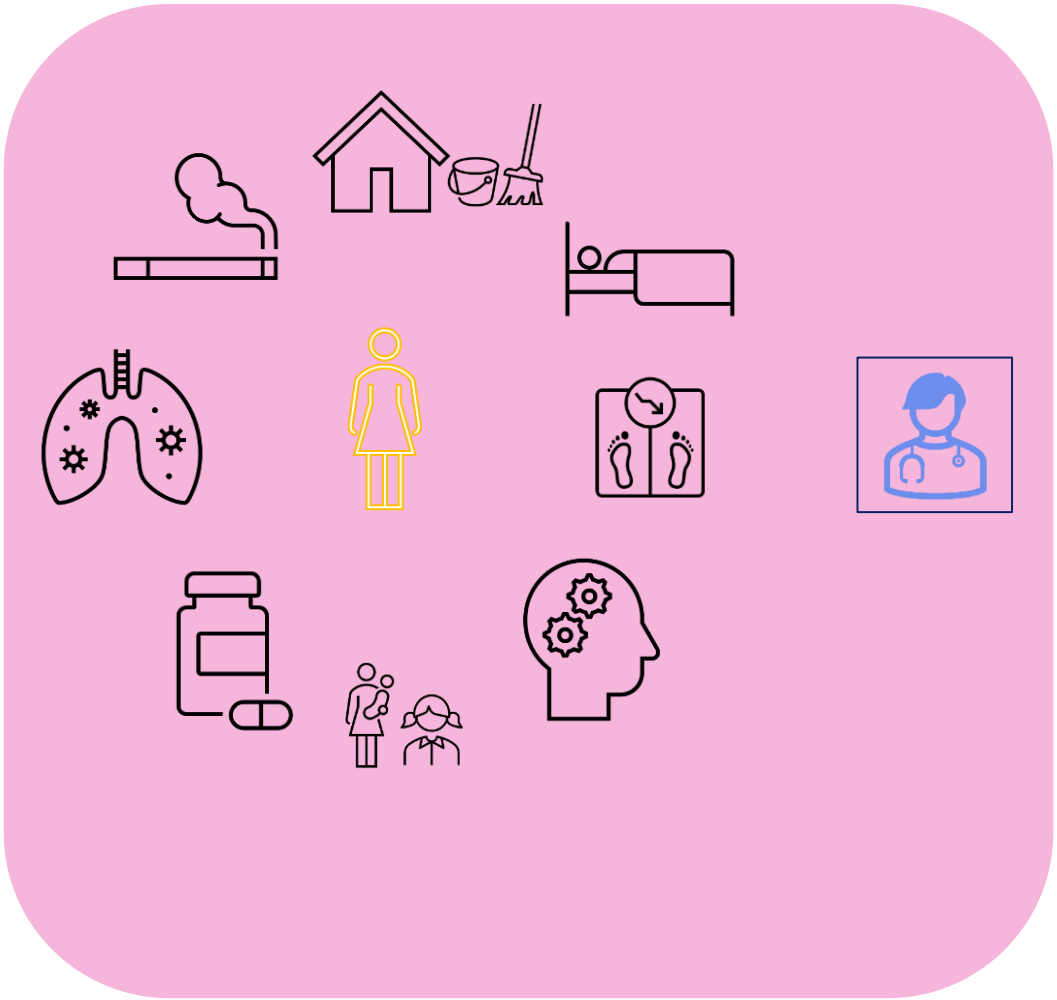
Measurement Domain	Examples of Diseases	Traditional Outcomes	Goal-Oriented Outcomes
Survival	Cancer, heart failure	Overall, disease-specific, and disease-free survival	None if survival not a high-priority goal; survival until personal milestones are met (e.g., grandchild's wedding)
Biomarkers	Diabetes, 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.

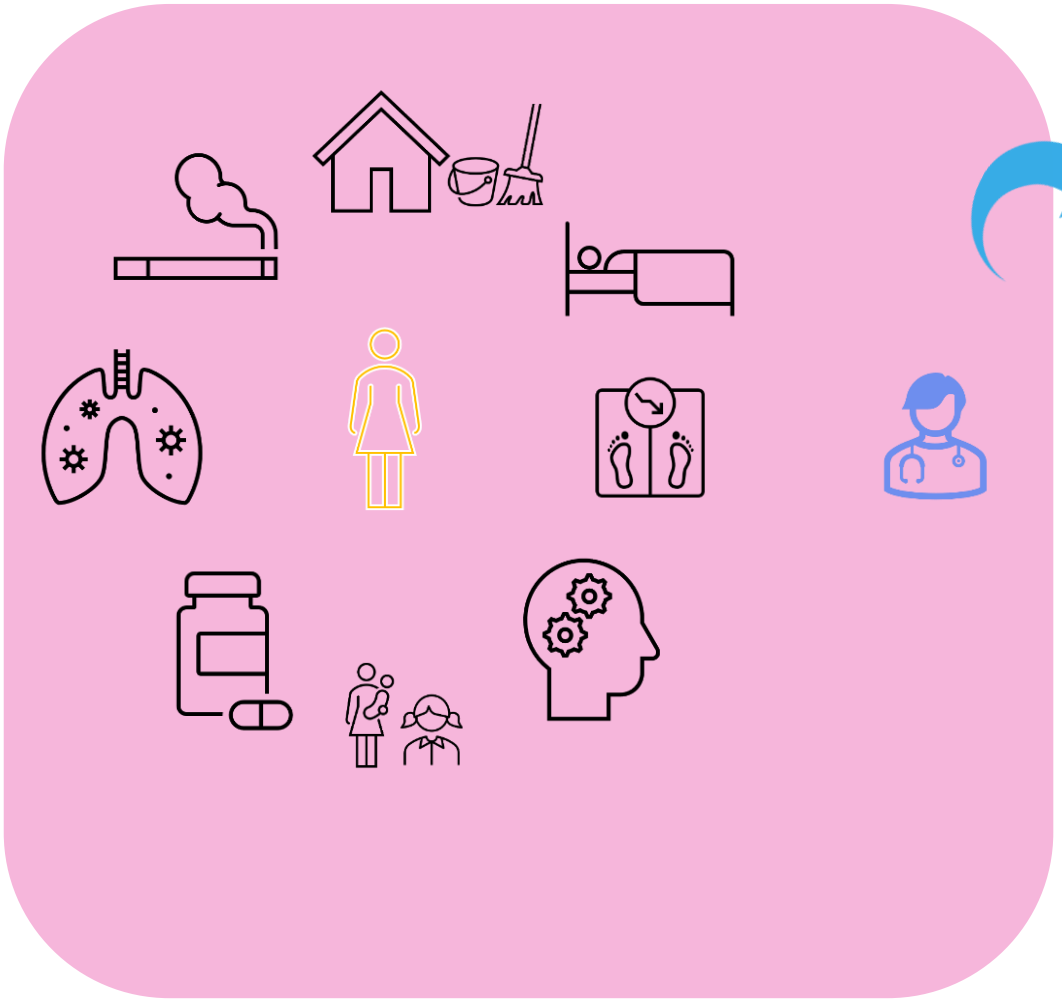
Reuben DB, Tinetti ME. Goal-oriented patient care--an alternative health outcomes paradigm. N Engl J Med. 2012;366(9):777-9.

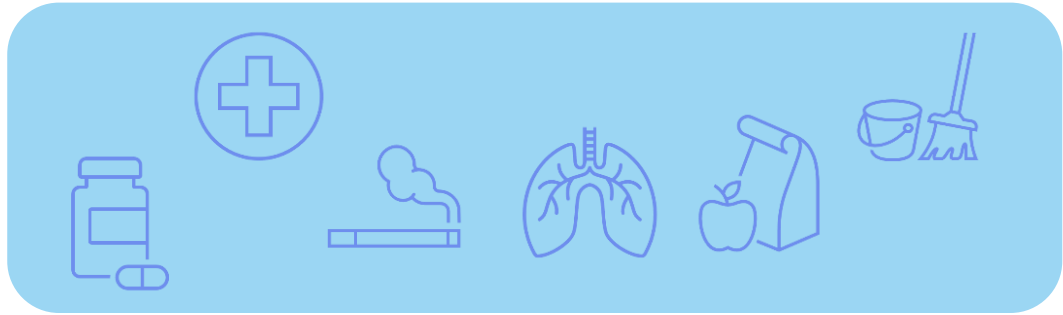
Illustration

Situation clinique



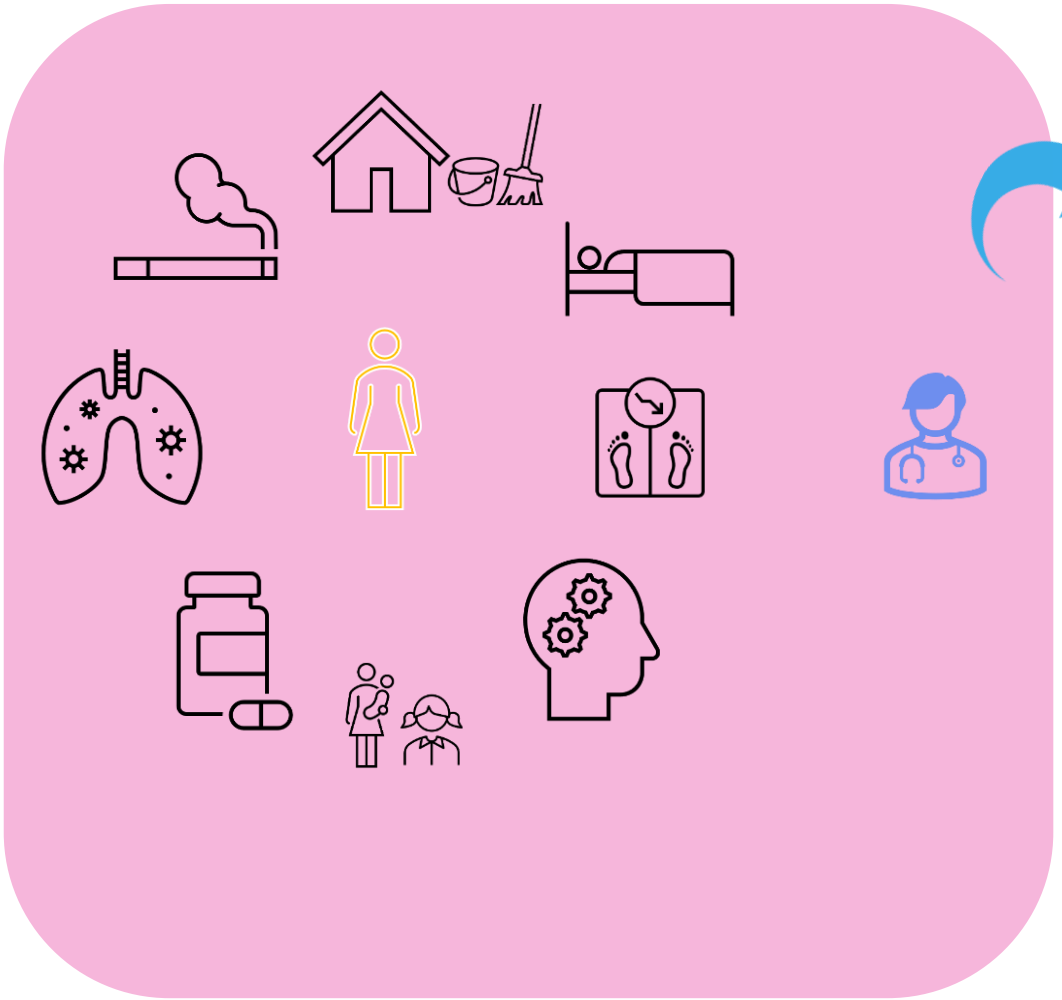
Situation clinique

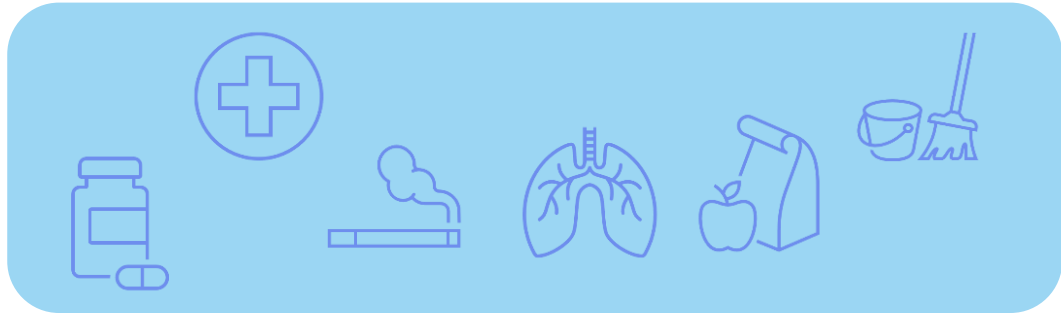


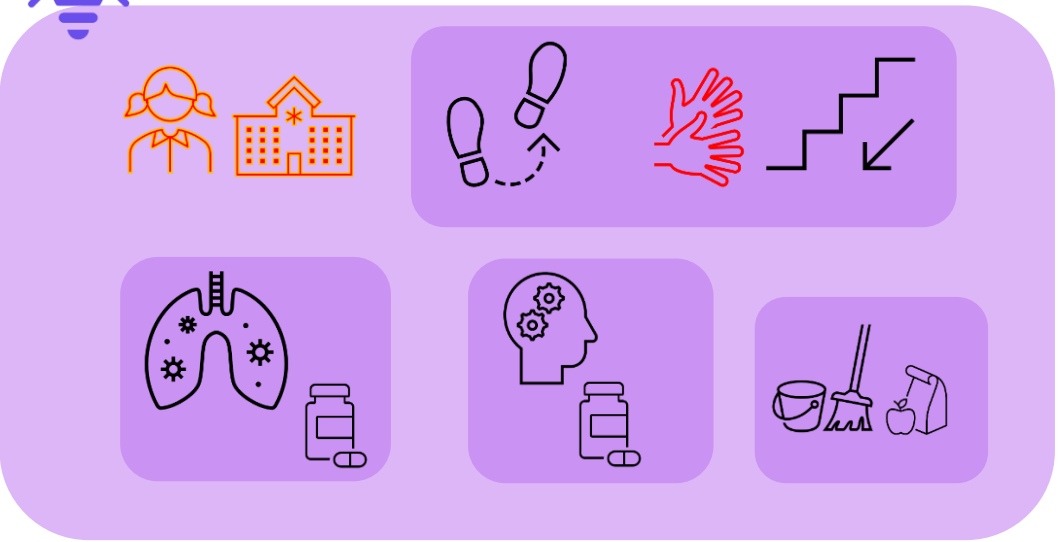


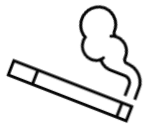
Qu’est-ce qui vous importe le plus dans la vie?
Qu’est-ce que vous souhaiteriez pouvoir faire?

Situation clinique









Situations complexes…?

- Situations complexes (compliquées)
- Plusieurs problèmes de santé
  - Et/ou Incluant des problèmes de santé mentale ou une problématique sociale
  - Avec plusieurs intervenants en 1L et/ou 2L (peu coordonnés)
  - Avec des interventions spécifiques qui peuvent entrer en concurrence et dont on n'est pas certain de l'efficacité
  - Et/ou des facteurs d'instabilité (dégradation ou non prévisibilité à court terme de santé ou cognition, annonce de diagnostic, événement social impactant, …)
- 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
- Situation de cumul psycho-médico-social
- …

Mais pas que :

- Déprescription médicamenteuse
- Douleur chronique
- Maladies chroniques évolutives
- …

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

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.

- 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

SANTÉ PUBLIQUE

Mise au point

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

Jean-Luc Belche, Marie-Astrid Berrewaerts, Frédéric Ketterer, Gilles Henrard, Marc Vanmeerbeek, Didier Giet

Historique de l’approche de soins centrés sur les objectifs

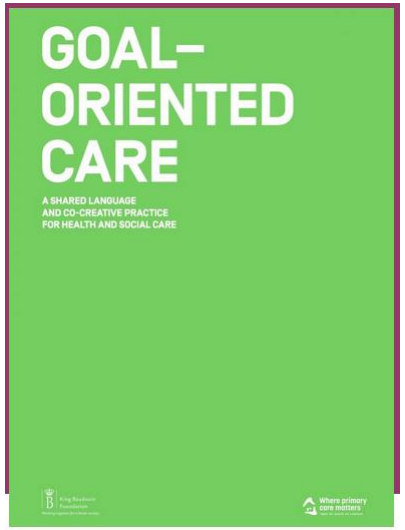
- En Belgique
  - Porté par le fonds Daniel de Coninck-Fondation Roi Baudoin
  - 2019: Conference & Summer Academy
  - 2020: Publication
  - Intégration dans le plan d’action VIVEL (1ère ligne FL)
  - 2022-2023: 1er Appel à projets FRB 1ère ligne: 20 projets FL/NL
  - 17/11/22: colloque national
  - 2024-25: Second Appel à projets : 1ère L et Formations

Renforcer la première ligne

FONDS DR. DANIËL DE CONINCK

Fondation Roi Baudouin

Agir ensemble pour une société meilleure



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

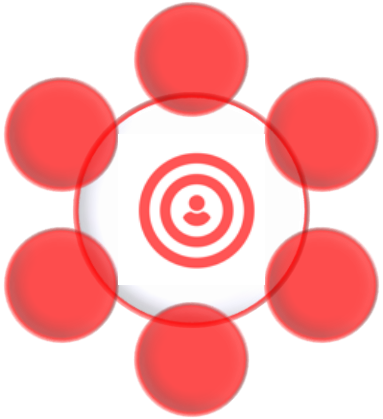
L'intention est là…

→ Aller un pas plus loin?

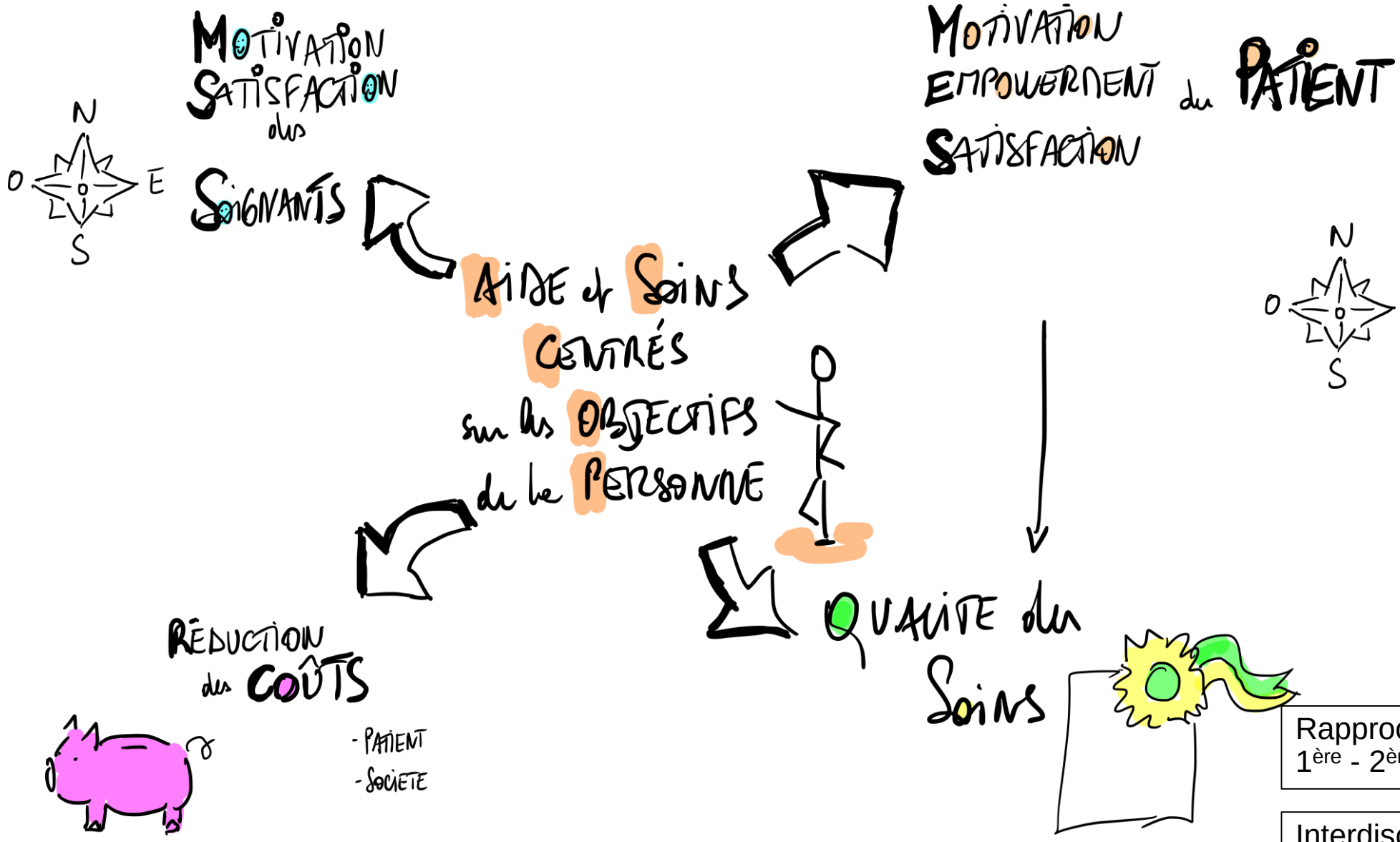
Autres thématiques/concepts proches

Décision médicale partagée	Education thérapeutique du patient	Empowerment du patient	Modèle d'abord de la multimorbidité	Evidenced-based medicine
Soins complexes	Entretien motivationnel	Réduction des risques	Soins palliatifs PSPA	Réhabilitation psycho-sociale
	Soins intégrés	Tubbe	…	

Ascop : Porte d'entrée et cap : le projet de la personne



Une opportunité

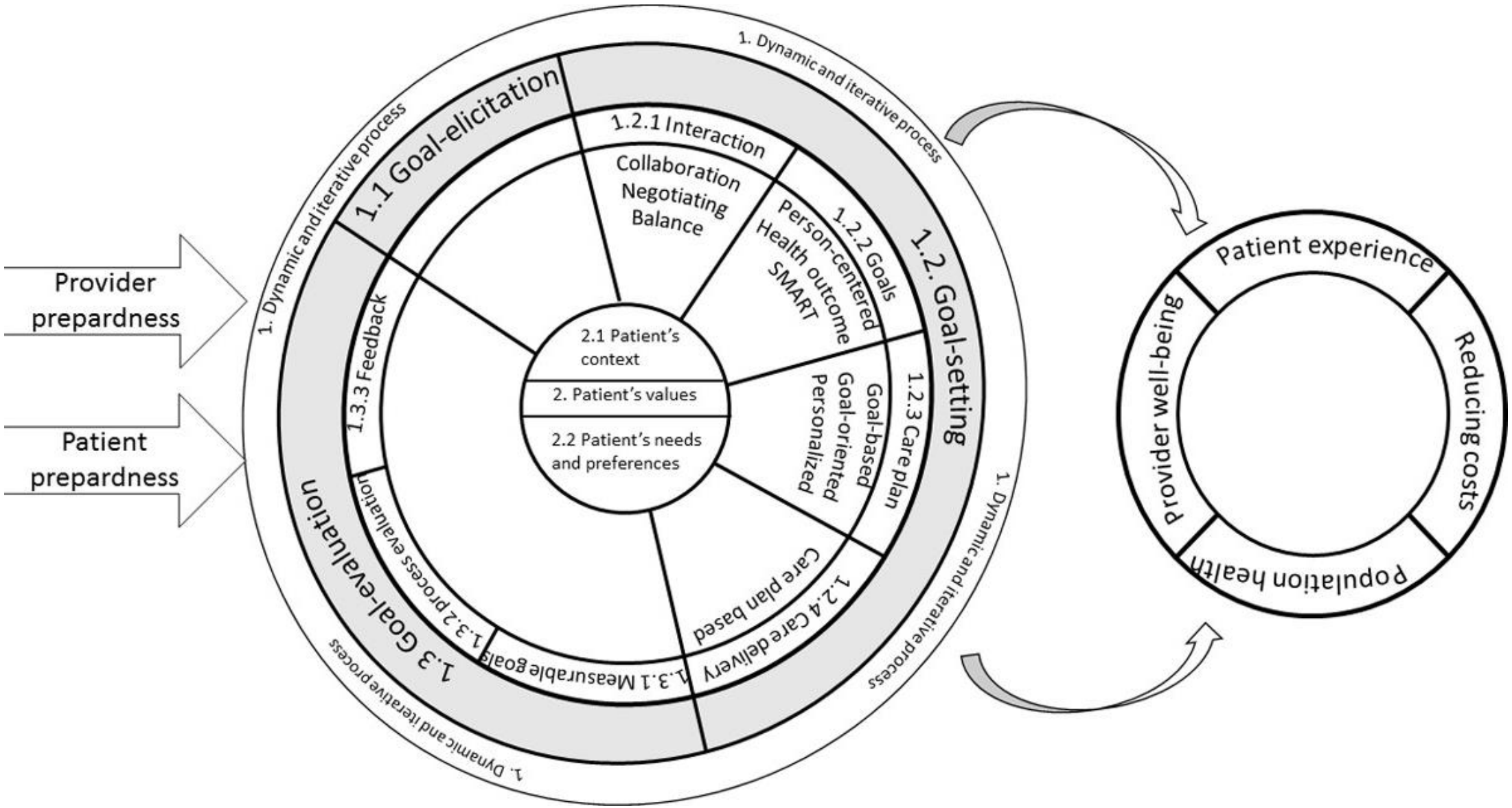


Rapprochement
1ère - 2ème ligne

Interdisciplinarité

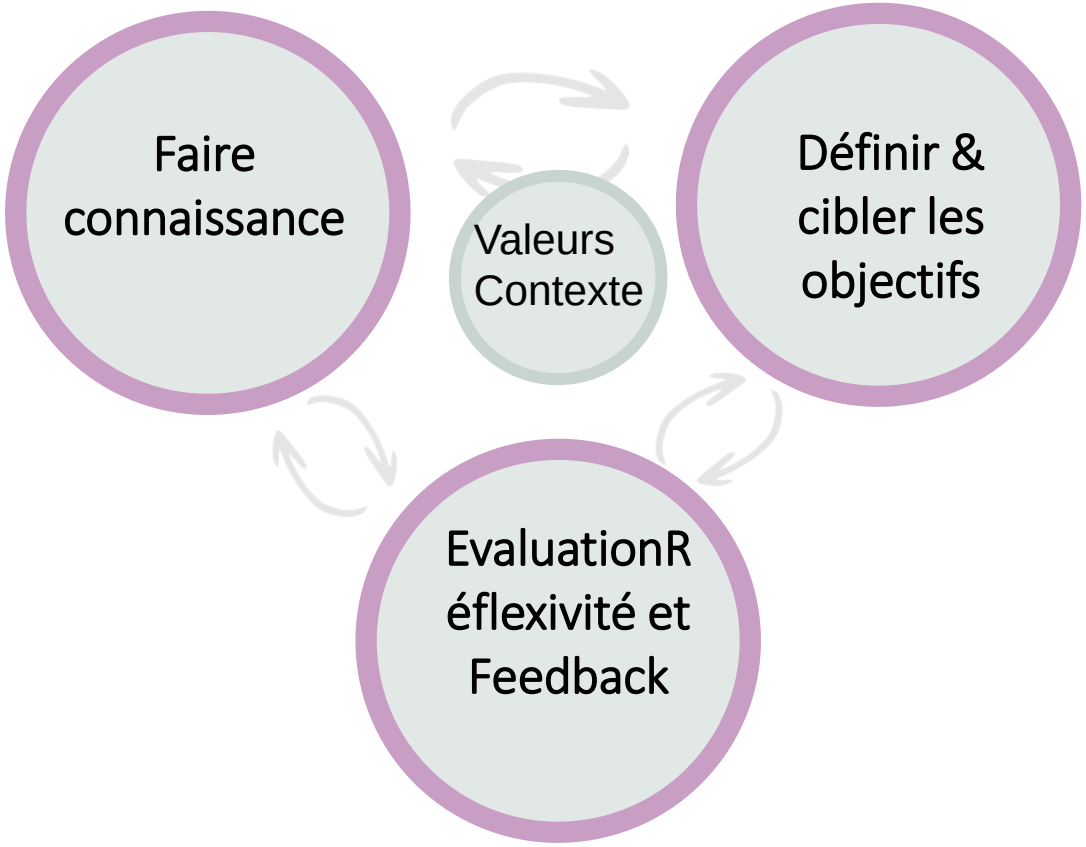
En pratique

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

Caratéristiques des soins centrés sur les objectifs de vie



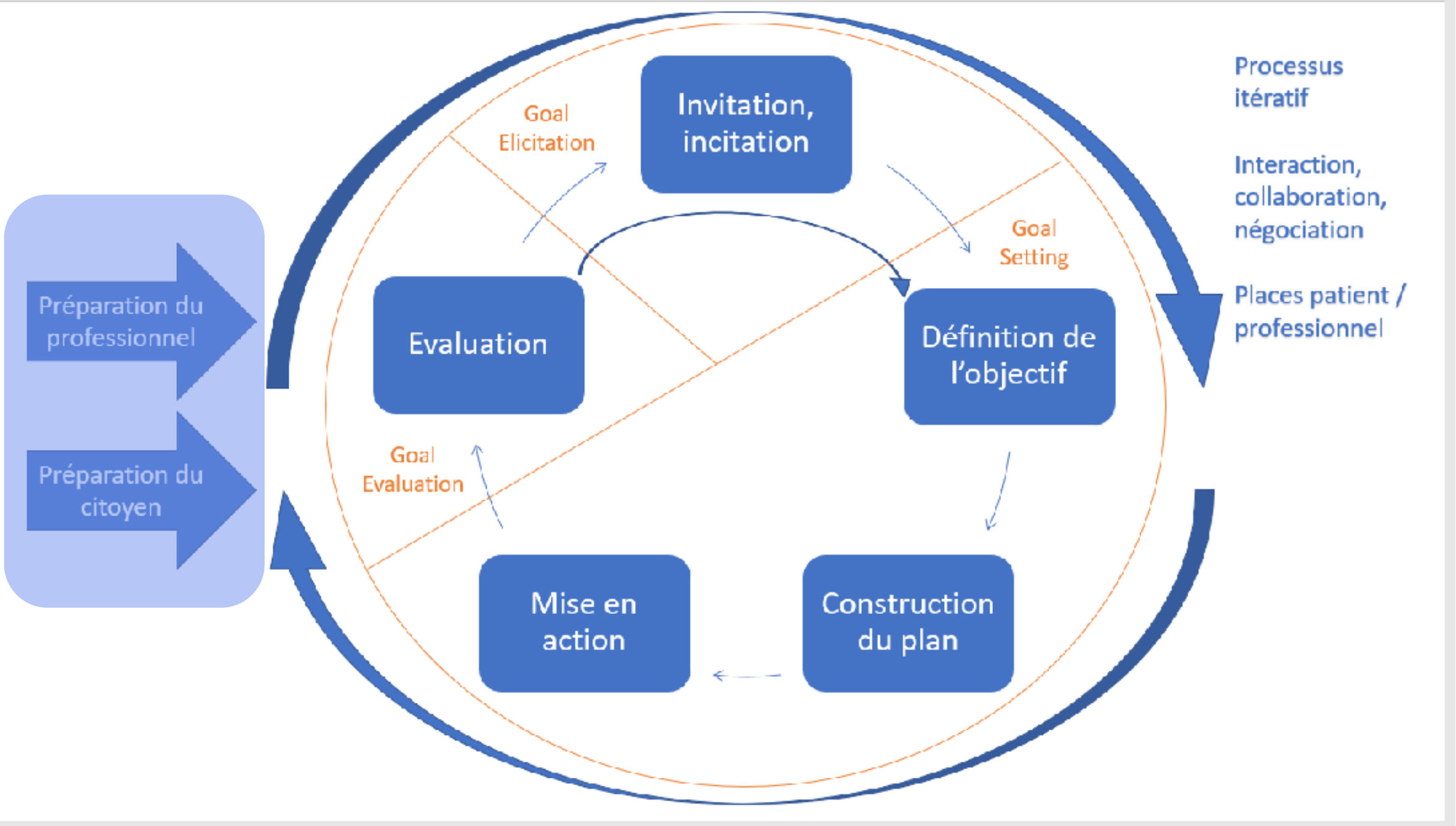
Il s'agit d'un processus dynamique

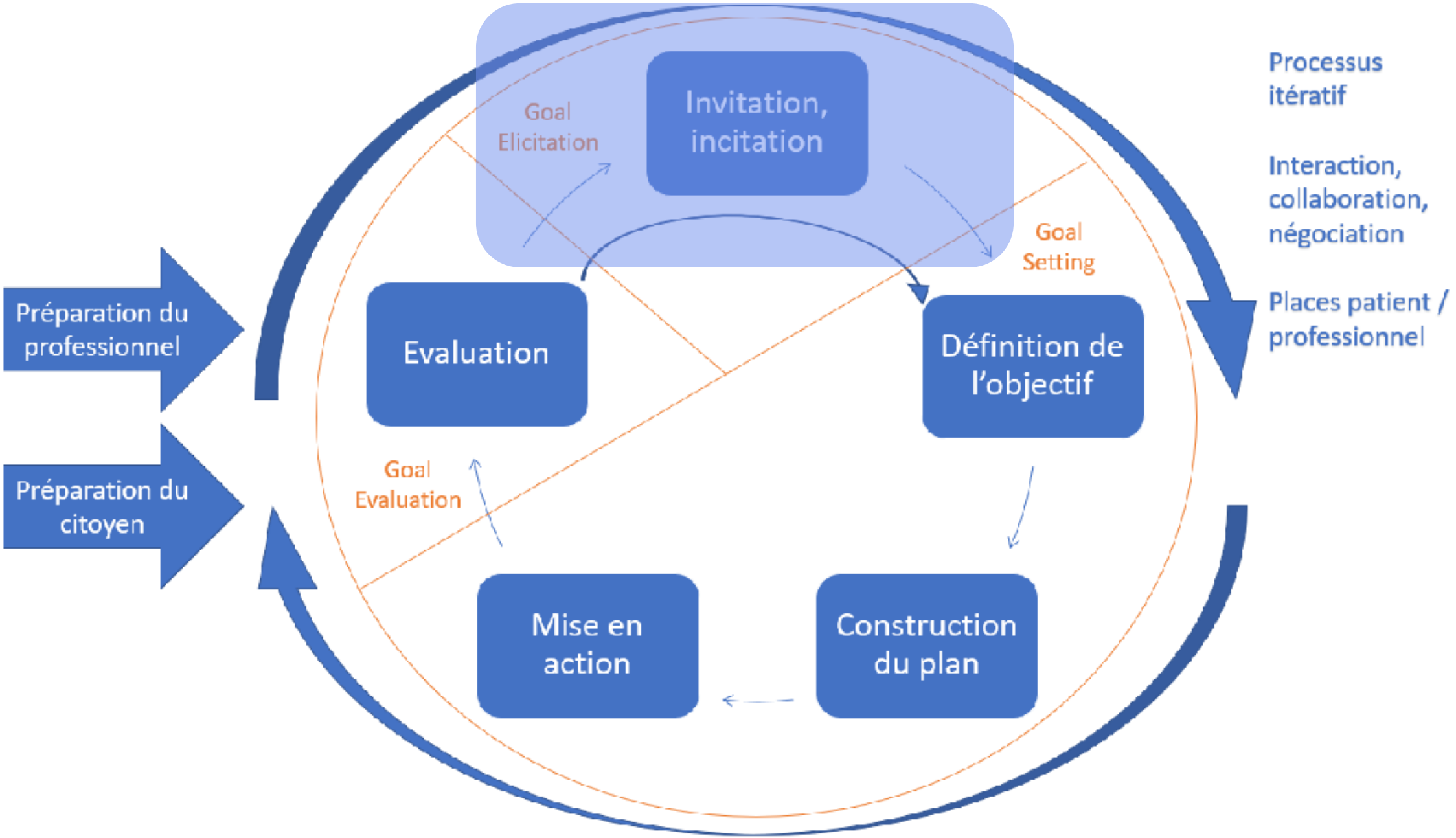
1. Entretien exploratoire (goal-elicitation)
2. Définition de l'objectif (goal-setting)
3. Evaluation (goal-evaluation)

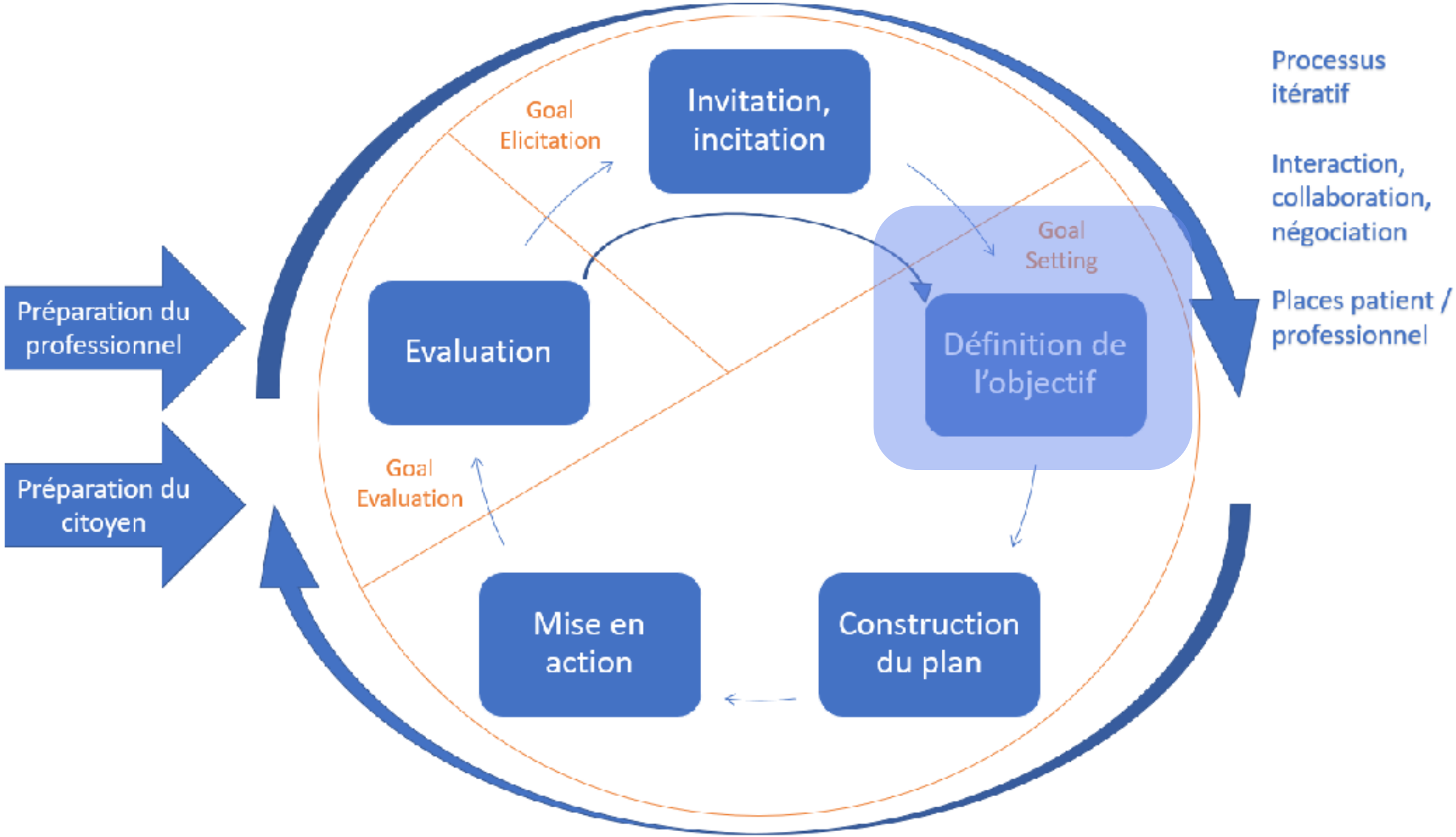
Des soins qui épousent les valeurs du patient

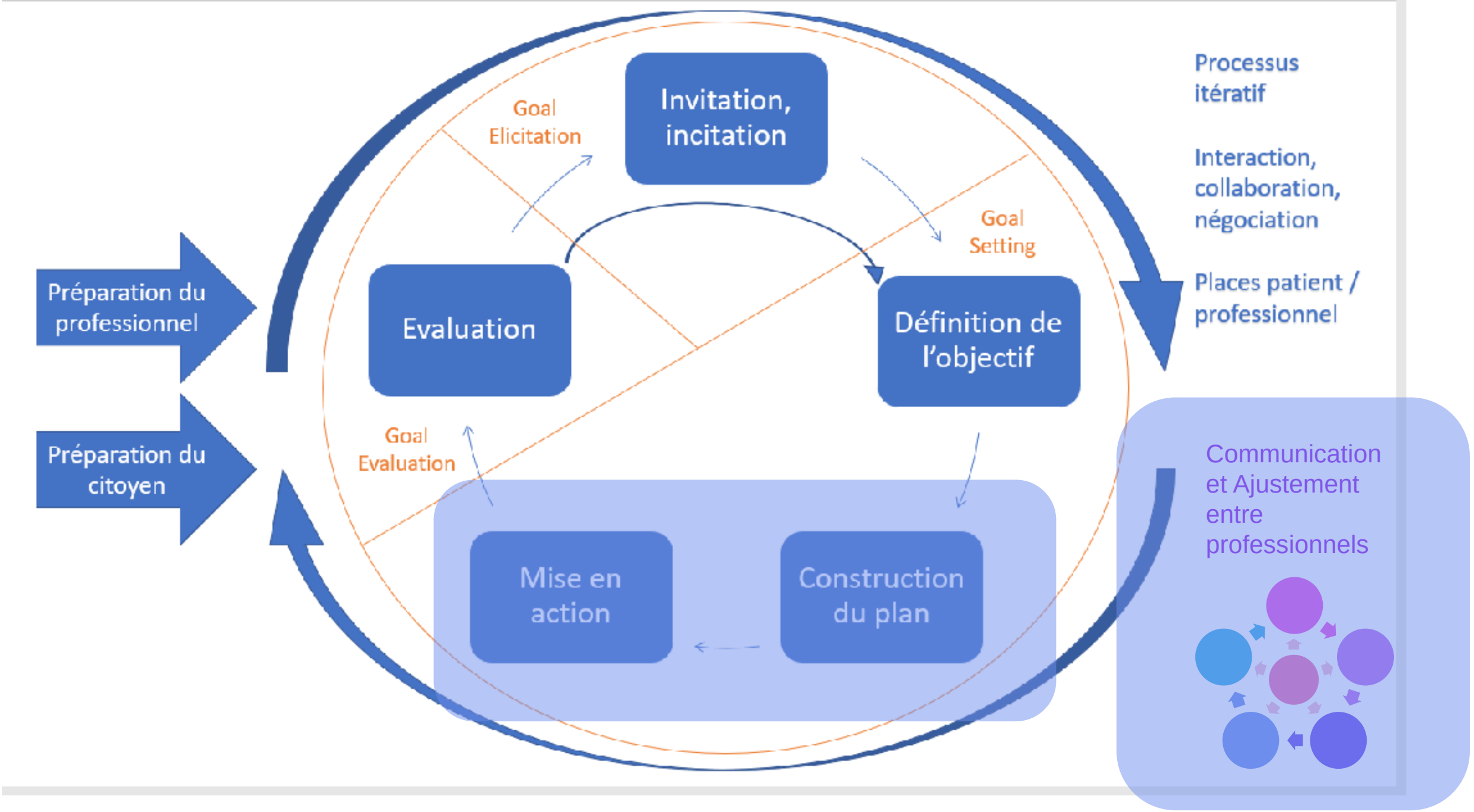
1. Contexte du patient
2. Objectifs et préférences du patient

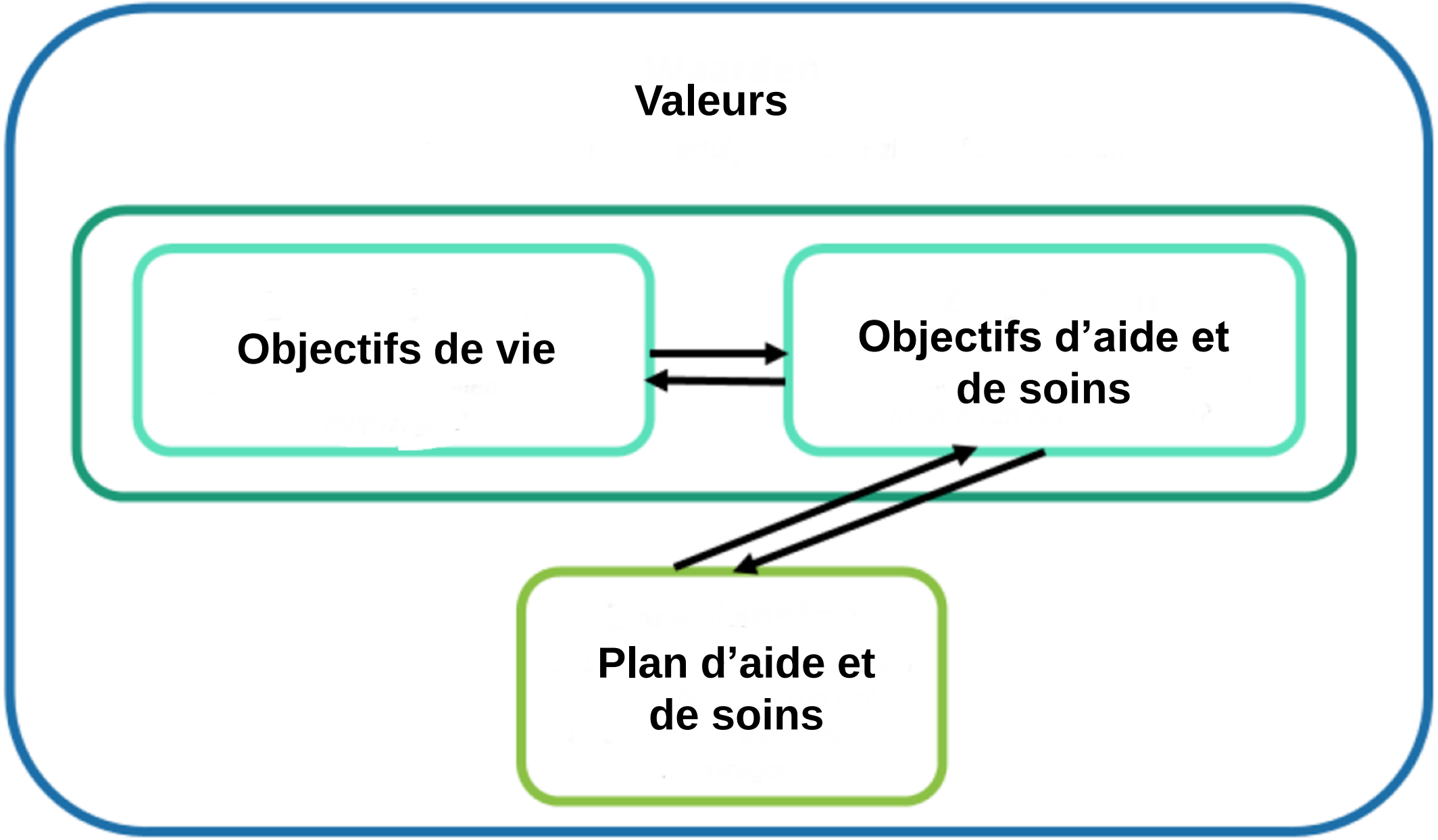
Boeykens D, Boeckxstaens P, De Sutter A, Lahousse L, Pype P, De Vriendt P, Van de Velde D: Goal-oriented care for patients with chronic conditions or multimorbidity in primary care: A scoping review and concept analysis. *PloS one* 2022, 17(2):e0262843.

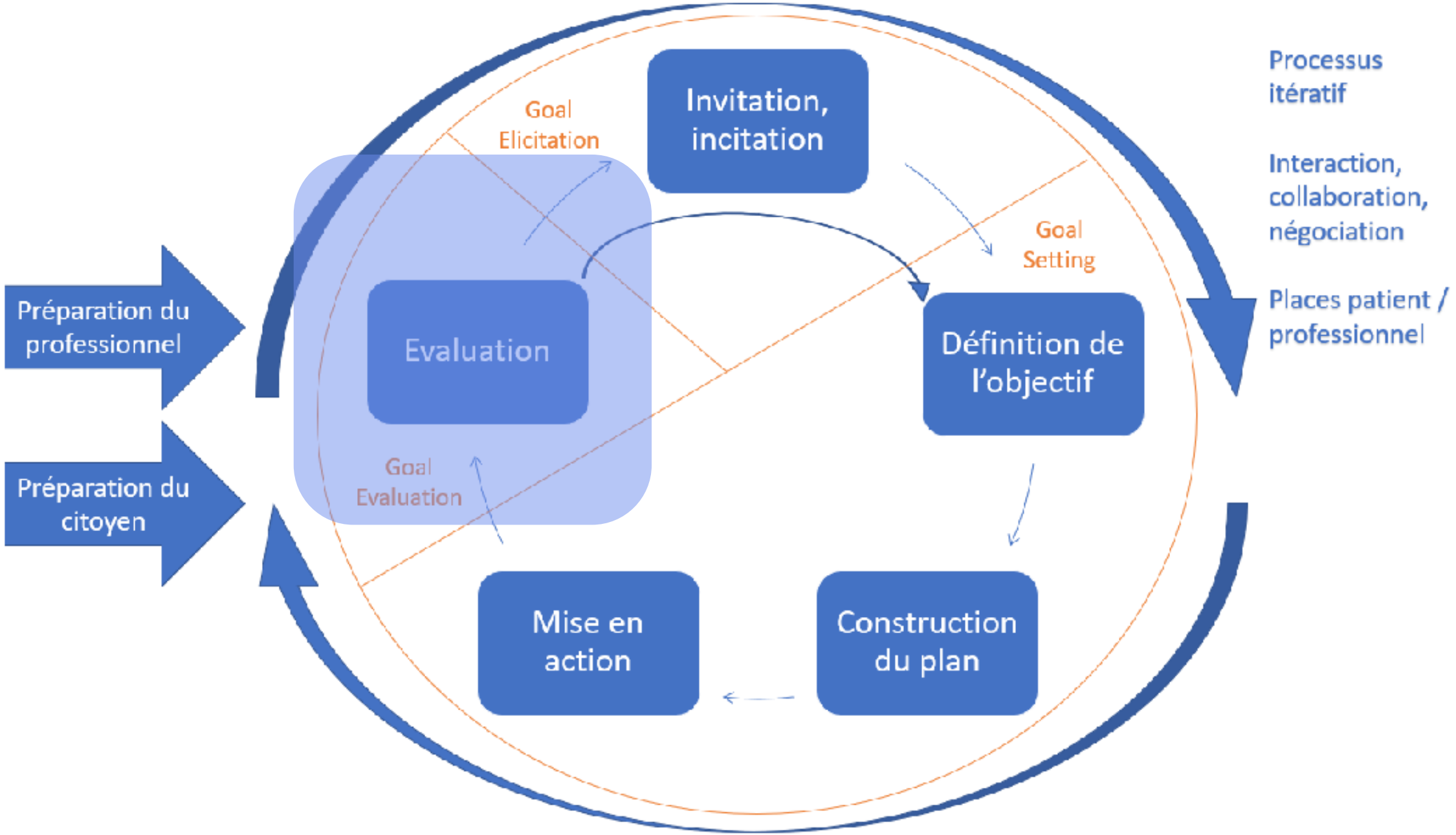

Préparation du professionnel
Préparation du citoyen
Invitation, incitation
Goal Elicitation
Goal Setting
Evaluation
Définition de l'objectif
Goal Evaluation
Mise en action
Construction du plan
Processus itératif
Interaction, collaboration, négociation
Places patient / professionnel


Invitation, incitation
Goal Elicitation
Goal Setting
Définition de l'objectif
Construction du plan
Mise en action
Goal Evaluation
Evaluation
Préparation du professionnel
Préparation du citoyen
Processus itératif
Interaction, collaboration, négociation
Places patient / professionnel


Processus itératif
Interaction, collaboration, négociation
Places patient / professionnel
Préparation du professionnel
Préparation du citoyen
Invitation, incitation
Goal Elicitation
Goal Setting
Définition de l'objectif
Construction du plan
Mise en action
Goal Evaluation
Evaluation


Processus itératif
Interaction, collaboration, négociation
Places patient / professionnel
Préparation du professionnel
Préparation du citoyen
Invitation, incitation
Goal Elicitation
Goal Setting
Définition de l'objectif
Evaluation
Goal Evaluation
Mise en action
Construction du plan
Communication et Ajustement entre professionnels


Valeurs
Objectifs de vie
Objectifs d'aide et de soins
Plan d'aide et de soins


Processus itératif
Interaction, collaboration, négociation
Places patient / professionnel
Préparation du professionnel
Préparation du citoyen
Invitation, incitation
Goal Elicitation
Goal Setting
Définition de l'objectif
Construction du plan
Mise en action
Goal Evaluation
Evaluation

Par qui?

- Vous?
- Infirmier.e?
- Assistant social.e?
- Case manager/coordinateur de soins?

- DU TEMPS
  - Pas nécessairement en une fois
- Informations à partager!
- Préparation du soignant
  - shift paradigmatique
- De l’aide par des outils?

Une philosophie … par tous

Un processus … parfois à déléguer

Ce que cela mobilise

Écoute … au-delà de son champ de compétence. Sortir du soin. Prendre en compte la personne dans ses différentes dimensions.

Changement de place, de posture, d'équilibre dans la relation

Réflexivité, écoute de soi. Identifier ses propres enjeux et limites

Processus dynamique, itératif

Implication de la personne à toutes les étapes

Implication de son entourage

Travail interdisciplinaire

Prendre le temps

Mettre en place l’Ascop

Changement de mentalité

- De la résolution de problèmes à la fixation d’objectifs
- De la standardisation à la priorisation
- D’un rôle de sauveur à celui d’un coach aidant
- D’une place d’expert au partage d’expertise

Éducation et formation

- D’un apprentissage axé sur les problèmes à un apprentissage axé sur les objectifs
- Vers un apprentissage interprofessionnel

Différents projets en cours

- Des pratiques multidisciplinaires de première ligne
- Des coordinations de soins
- Des maisons de repos
- Le CHU de Liège
- … et le service formation de la SSMG ☺

Ce que des professionnels en disent…

- Le temps investi est gagné par après
- C’est motivant, cela (re)donne du sens au travail
- Les personnes bénéficiaires se sentent reconnues, satisfaction
- Un travail multidisciplinaire plus riche, plus créatif
- Une meilleure compréhension de la personne, de pourquoi elle réagit d’une certaine manière
- Des réels changements, même rapidement, dans la situation de certains patients
  - Qui se mettent en mouvement
  - Pour lesquels la prise en charge est plus adaptée

Outils pour aborder les objectifs de vie du patient/usager

Besoins d’outils?

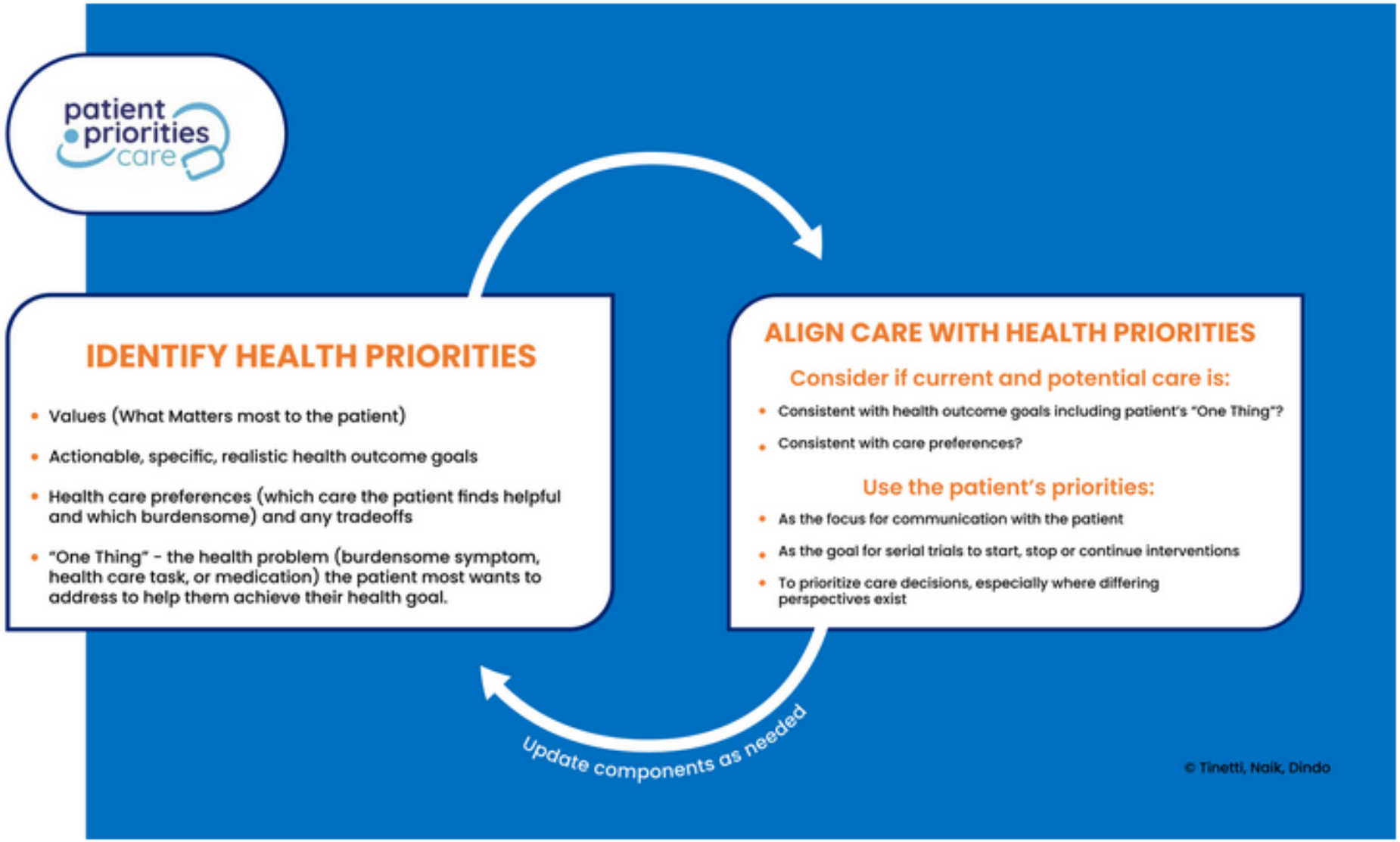
- Pas indispensable pour débuter
- Place, écoute, ouverture

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?

Qu’est-ce qui vous préoccupe le plus?

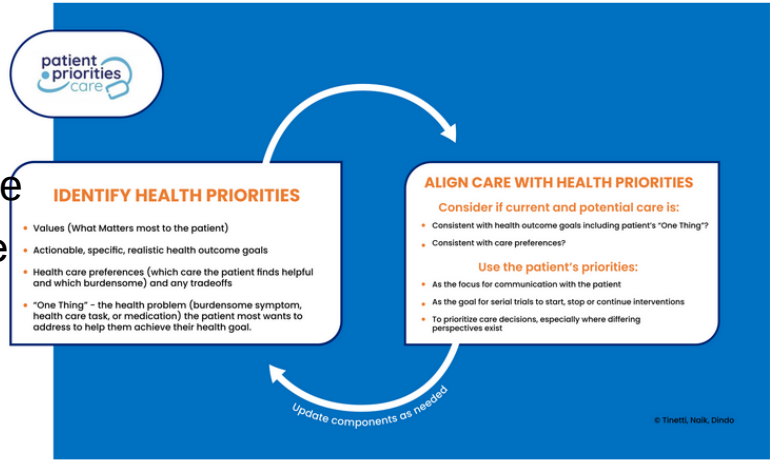
Exemple d’incise dans une lettre de référence:

	Les objectifs prioritaires du patient sont les suivants :
	Les questions du patient sont notamment les suivantes :


patient priorities care
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
© Tinetti, Naik, Dindo

Identifier des priorités en santé

- Ce qui importe pour le patient
- Des objectifs 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, tâches 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 débuter/arrêter/modifier une intervention
  - Pour aider à prioriser les décisions de soins

Babbel Boost

Public cible = patient avec multimorbidités et en situation complexe

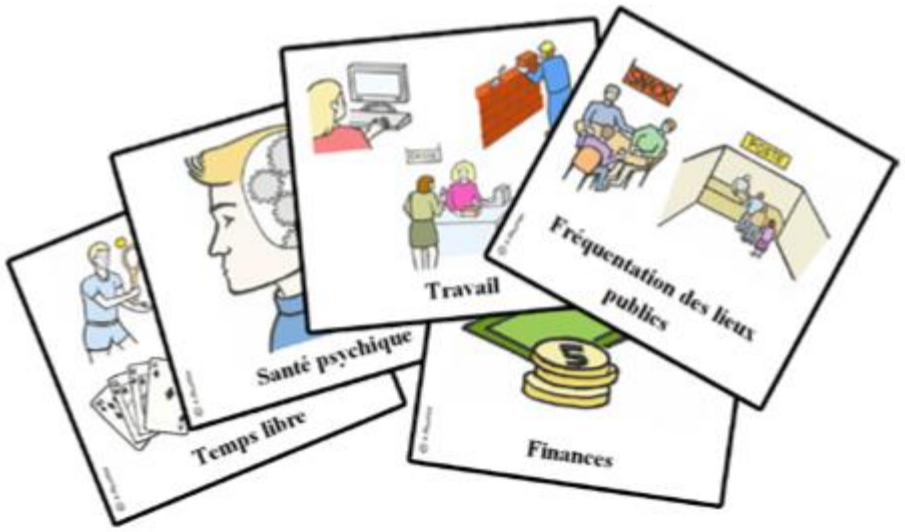
« Cet outil de dialogue a été élaboré avec des professionnel·le·s de la santé et du social, des chercheurs ainsi que des patients et leurs proches. Il vise à ouvrir le dialogue, à prendre un temps pour identifier ce qui est important pour la personne que vous accompagnez et à cibler les dimensions auxquelles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

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

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



https://ateliers-rehab.ch/docs/eladeb/ELADEB_Manuel.pdf

Figure 2. Étiquettes utilisées pour l'évaluation des problèmes

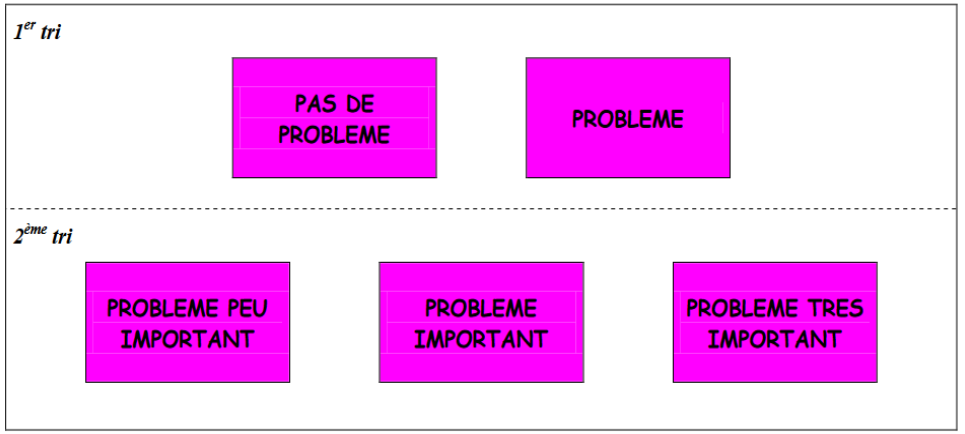
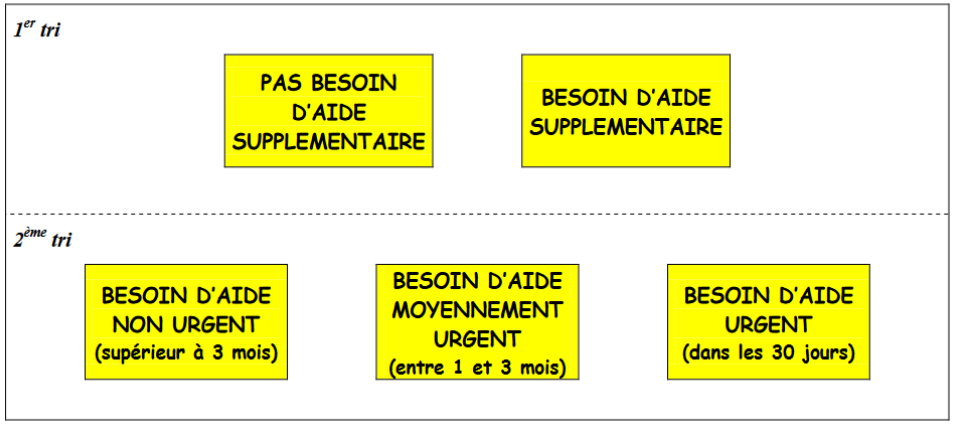


Figure 3. Étiquettes utilisées pour l'évaluation des besoins



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					
Sous-total	...../4	...../12	...../4	...../12	
5. Temps libre					
6. Tâches administratives					
7. Entretien du ménage					
8. Déplacements					
9. Fréquentation des lieux publics					
Sous-total	...../5	...../15	...../5	...../15	
10. Connaissances/Amitiés					
11. Famille					
12. Enfants					
13. Relations sentimentales					
Sous-total	...../4	...../12	...../4	...../12	
14. Alimentation					
15. Hygiène personnelle					
16. Santé physique					
17. Santé psychique					
18. Addiction					
19. Traitement					
20. Spiritualité & Croyances					
21. Sexualité					
Sous-total	...../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

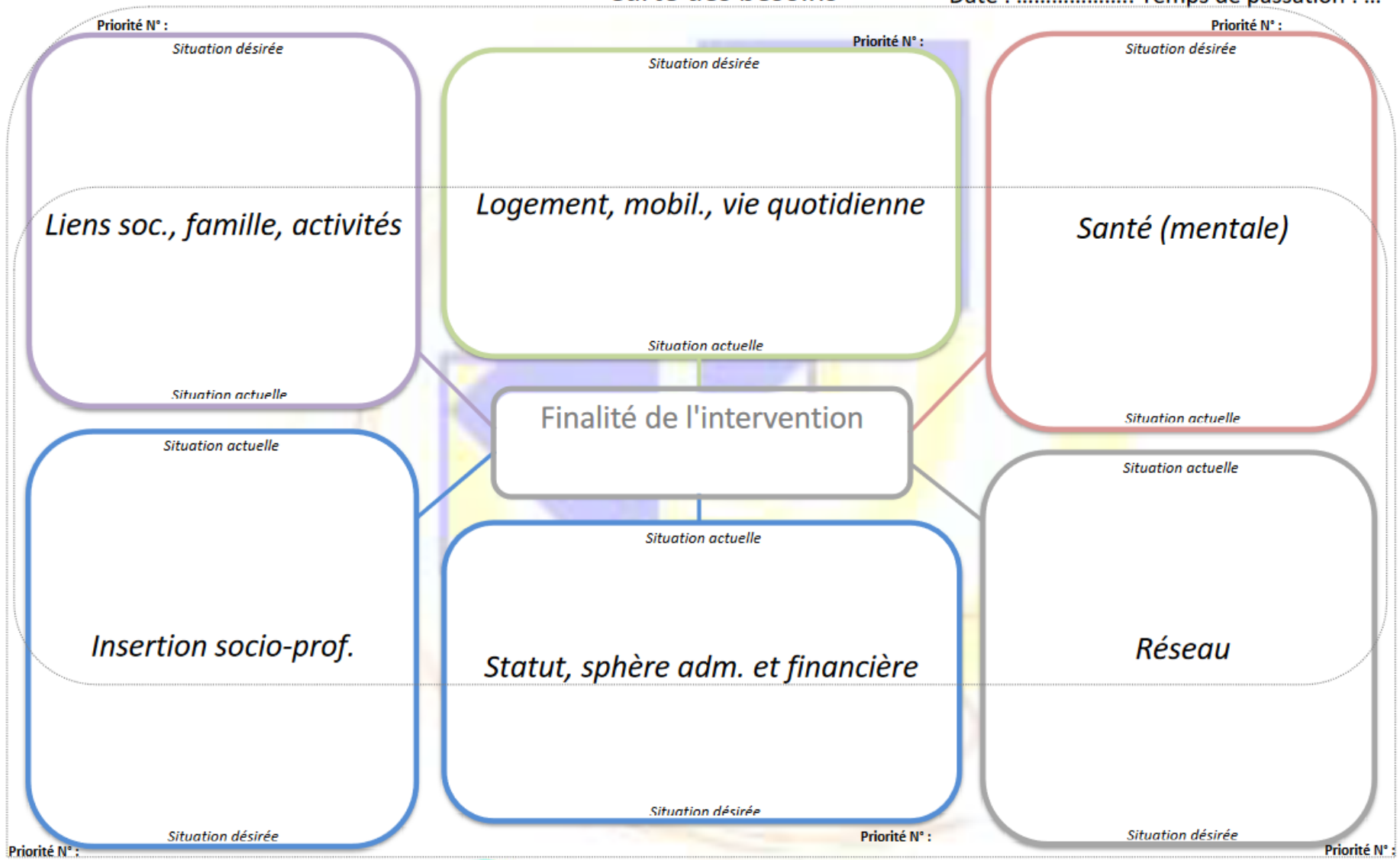
C. Besoin prioritaire (si on ne pouvait faire qu'une seule chose pour vous, laquelle choisiriez-vous?) :

Plan des Besoins Individualisés – PBI

Identification : .....

Date : ..... Temps de passation : ...

Carte des besoins



Association Interrégionale de Guidance et de Santé (AIGS), 2017.

Plan des Besoins Individualisés – PBI

Association Interrégionale de Guidance et de Santé (AIGS)

Carte des objectifs

Priorité N° Liens sociaux, act.	Priorité N° Vie quotidienne	Priorité N° Santé (mentale)	Priorité N° Insertion socio-pro.	Priorité N° Statut, sphère adm.	Priorité N° Réseau
Besoin(s)	*Besoin(s)*	*Besoin(s)*	*Besoin(s)*	*Besoin(s)*	*Besoin(s)*
Objectif(s)	*Objectif(s)*	*Objectif(s)*	*Objectif(s)*	*Objectif(s)*	*Objectif(s)*
Ressource(s)	*Ressource(s)*	*Ressource(s)*	*Ressource(s)*	*Ressource(s)*	*Ressource(s)*
Concertation ? (Qui inviter ?)	*Concertation ? (Qui inviter ?)*	*Concertation ? (Qui inviter ?)*	*Concertation ? (Qui inviter ?)*	*Concertation ? (Qui inviter ?)*	*Concertation ? (Qui inviter ?)*

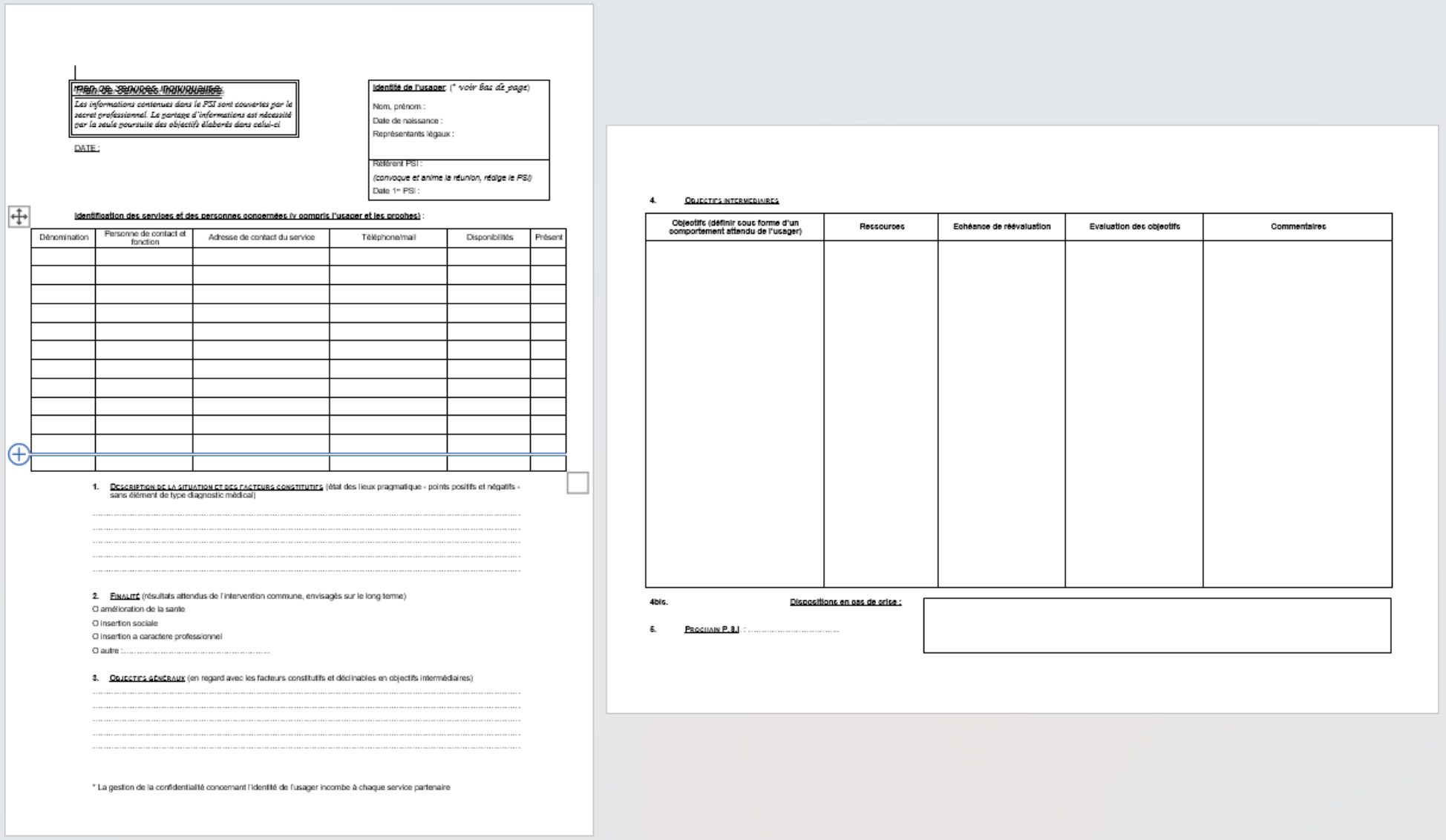
Doelzoeker
Samen onderweg
naar persoonlijke zorg
Doelzoeker

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, brulures, 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

Plan de services individualisé



PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISE

Les informations contenues dans le PSI sont couvertes par le secret professionnel. Le partage d'informations est nécessité par la seule poursuite des objectifs élaborés dans celui-ci

DATE :

Identité de l'usager (* voir bas de page)

Nom, prénom :
Date de naissance :
Représentants légaux :

Référent PSI :
(convoque et anime la réunion, rédige le PSI)
Date 1er PSI :

Identification des services et des personnes concernées (y compris l'usager et les proches) :

Dénomination	Personne de contact et fonction	Adresse de contact du service	Téléphone/mail	Disponibilités	Présent

1. DESCRIPTION DE LA SITUATION ET DES FACTEURS CONSTITUTIFS (état des lieux pragmatique - points positifs et négatifs - sans élément de type diagnostic médical)

2. FINALITÉ (résultats attendus de l'intervention commune, envisagés sur le long terme)

O amélioration de la santé
O insertion sociale
O insertion a caractere professionnel
O autre :.....

3. OBJECTIFS GÉNÉRAUX (en regard avec les facteurs constitutifs et déclinables en objectifs intermédiaires)

* La gestion de la confidentialité concernant l'identité de l'usager incombe à chaque service partenaire

4. OBJECTIFS INTERMEDIAIRES

Objectifs (définir sous forme d'un comportement attendu de l'usager)	Ressources	Echéance de réévaluation	Evaluation des objectifs	Commentaires

4bis. **Dispositions en cas de crise :**

5. PROCHAIN P.S.I : .....

Bilan Goc et Props

Bilan GOC (fiche dossier patient)

Résumé de l'entretien :

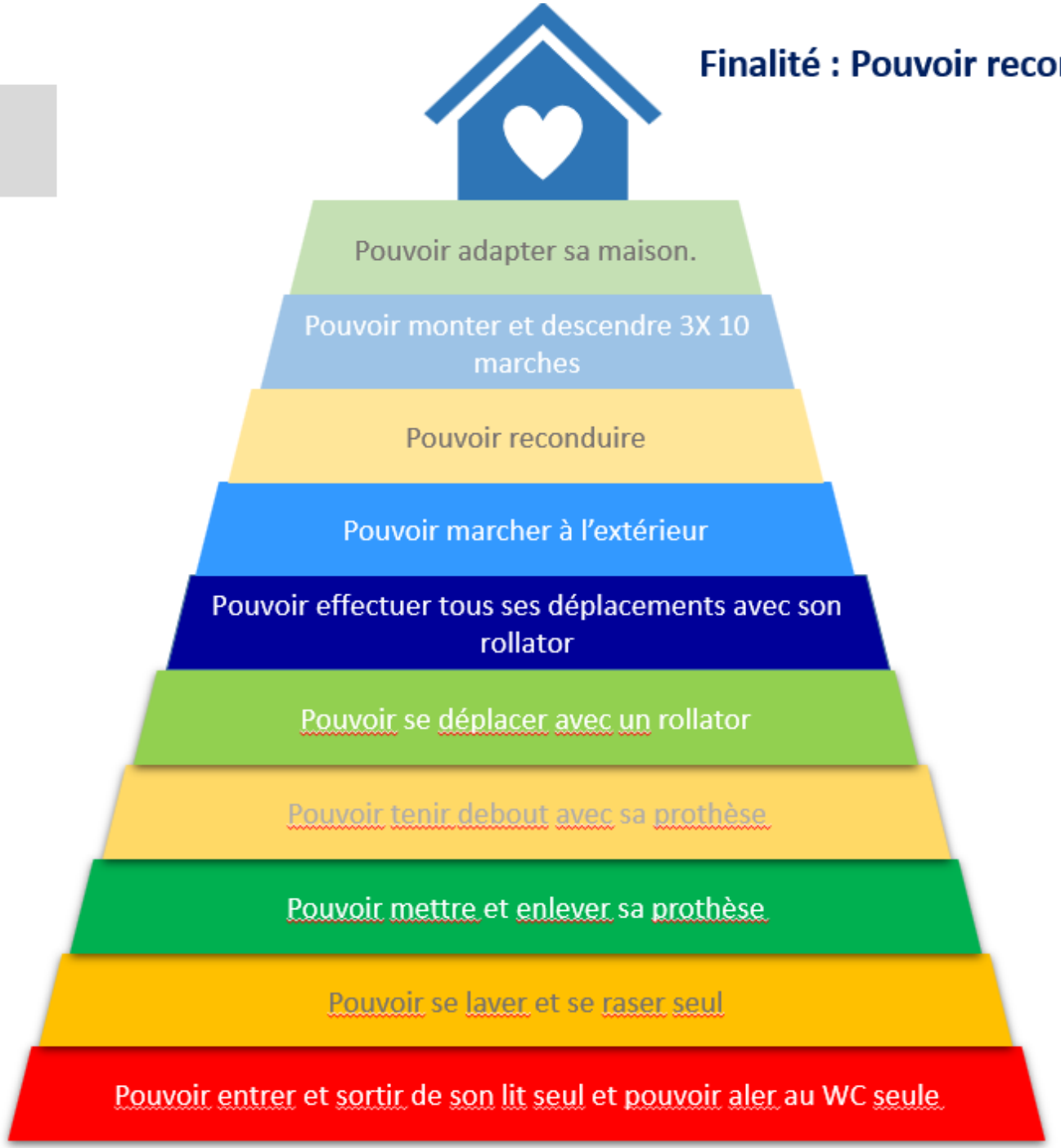
Priorisation des difficultés (par le patient) :

Analyse via PROPS

Difficulté priorisée	Pause	Réflexion (Quel est le problème ?)	Options	Priorité	Stratégie

Nom :
Date : 07/06/2022

Finalité : Pouvoir reconduire



Et encore tellement d’autres…

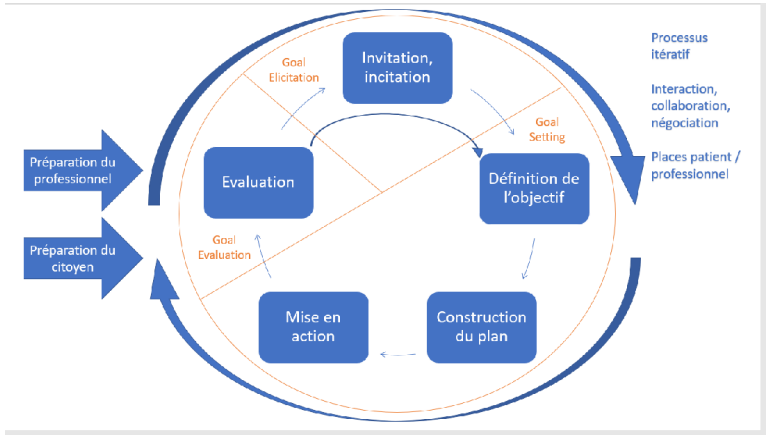
- PBI
- ICOPE
- COMETE
- ENEO-Carnet de vie
- Senoah - Carnet Choix lieu de vie
- KAWA
- MCRO
- OTHOPE
- CLEVER
- …

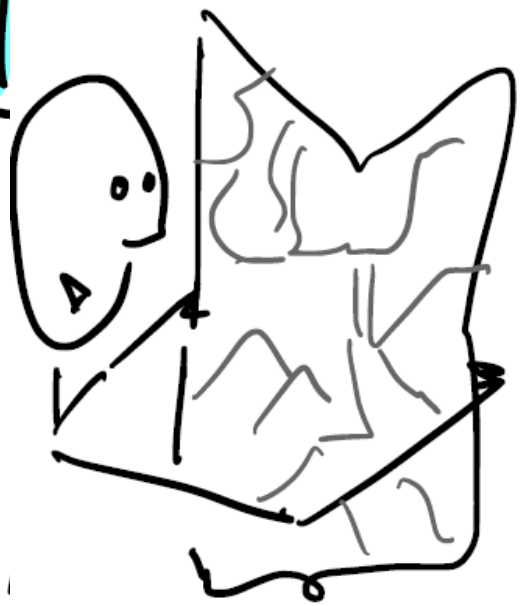
EN CONCLUSION

Aide et Soins Centrés sur les Objectifs (de vie) de la Personne :

Une posture

- De la résolution de problèmes à la fixation d'objectifs
- De la standardisation à la priorisation
- D'un rôle de sauveur à celui d'un coach aidant
- D'une place d'expert au partage d'expertise

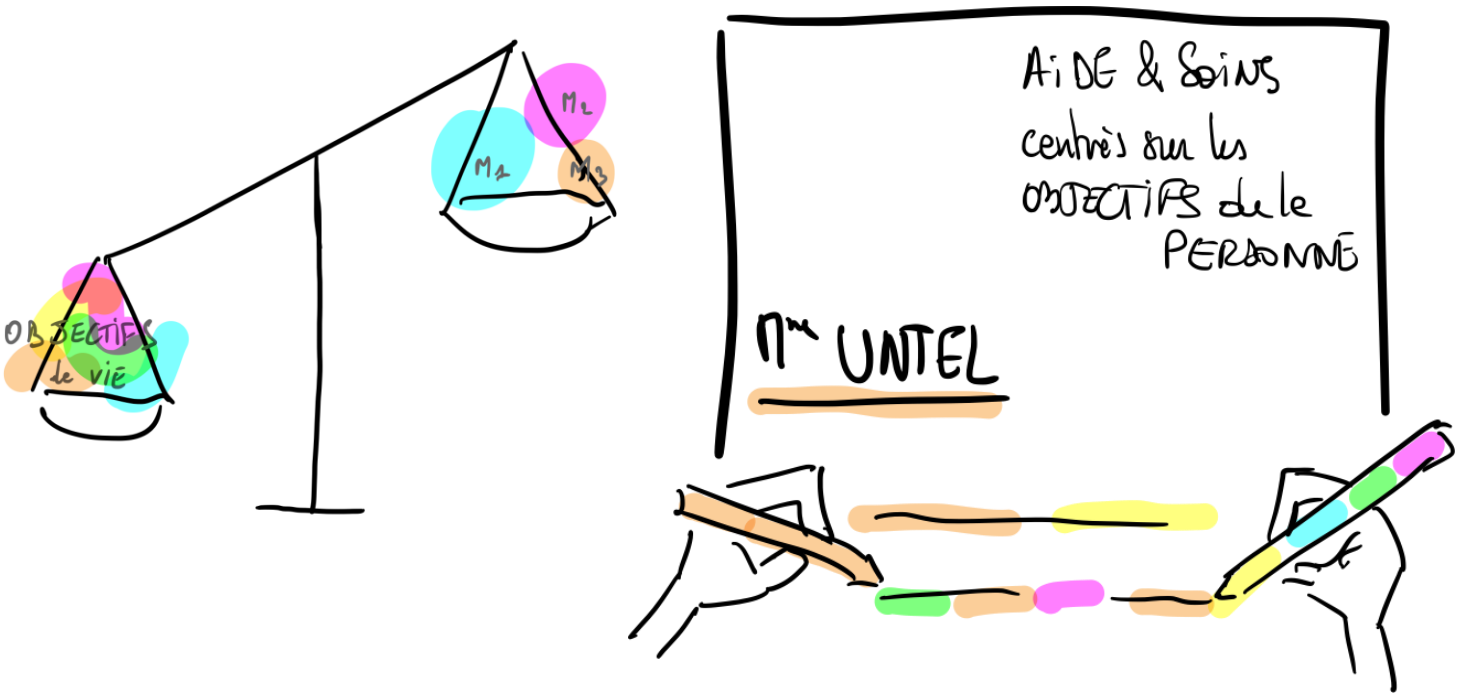


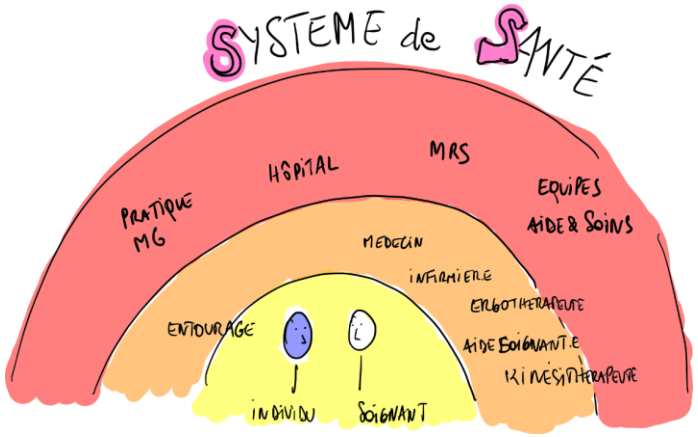


ON SAIT OÙ ON VA ?

Ce que l'ASCOP n'est pas…

Ce que l'ASCOP pourrait être





Quelques messages à retenir

- La personne, son contexte, ses valeurs, ses priorités guident les actions
- La personne est impliquée dans toutes les étapes
- Cela exige une attitude de base nouvelle de la part des soignants / aidants
- On ne le fait pas tout seul
- Il y a encore beaucoup à apprendre

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
  - Outils et méthodes
  - Témoignages de professionnels

Merci pour votre attention!

Fondation Roi Baudouin

Agir ensemble pour une société meilleure

Renforcer la première ligne

FONDS DR. DANIËL DE CONINCK

- Plus d'informations:
  - jlbelche@uliege.be
  - laetitia.buret@uliege.be
  - isabelle.heymans@uliege.be
  - pauline.vanngoc@uliege.be (Ascop et déprescription)
- Site INTERNET à venir!
- www.ascop.be

LIÈGE université
Département de Médecine Générale
Unité de Recherche Soins primaires et Santé