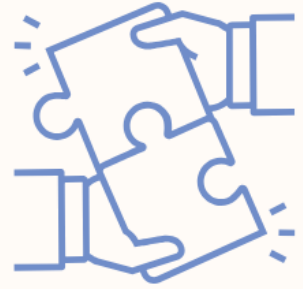


# Parcours de santé chroniques : p(a)nser la qualité de vie localement



Journée Régionale Promotion de la Santé et Prévention

**TERRITOIRES ET PARTENARIATS : POUR UNE  
APPROCHE GLOBALE DE LA SANTÉ !**

 **MARDI 19 NOVEMBRE 2024**

 **PALAIS DES ARTS ET DES CONGRÈS – VANNES**



# Programme

- **Intervenants :**

- **Approche populationnelle, soutenir un suivi global**

- Anne Cario, Chargée de mission Responsabilité populationnelle au CH de Cornouaille et Jean-*

- Claude Ryo, Président de l'Association Française des Diabétiques – Finistère*

- **Présentation du projet ICOPE pour la prévention de la dépendance de la personne-âgée et la lutte contre la fragilité**

- Tristan Maréchal, Président de la CPTS du Pays d'Auray*

- **Patients partenaires : quelles missions et dans quel cadre ?**

- Camille Génie, Patiente partenaire en Education Thérapeutique du Patient (ETP)*

# Introduction



Figure 1 Les parcours de vie, de santé et de soins (source : ARS - Lexique des parcours de A à Z)

# Approche populationnelle, soutenir un suivi global : expérience du territoire du CH de Cornouaille

---

*Anne Cario, Chargée de mission Responsabilité populationnelle  
au CH de Cornouaille*

*Jean-Claude Ryo, Président de l'Association Française des  
Diabétiques – Finistère*

# L'approche Populationnelle en Cornouaille

CRSA

-19 novembre 2024-

Jean-Claude Ryo - Anne CARIO

## Objectifs du modèle

- Meilleure santé
- Meilleure prise en charge
- Meilleur coût
- Meilleure qualité de vie pour les professionnels

*Pour des populations définies, sur un territoire défini, et via des programmes d'actions partagés mais adaptés aux spécificités des territoires*

## Le modèle



**STRATIFICATION MÉDICO-ÉCONOMIQUE DE LA POPULATION DIABÉTIQUE DE TYPE 2, PARCELLE FRANCE**  
**Coût MOYEN / INDIVIDUS SUR 5 ANS (PÉRIODE 2015-2019)**

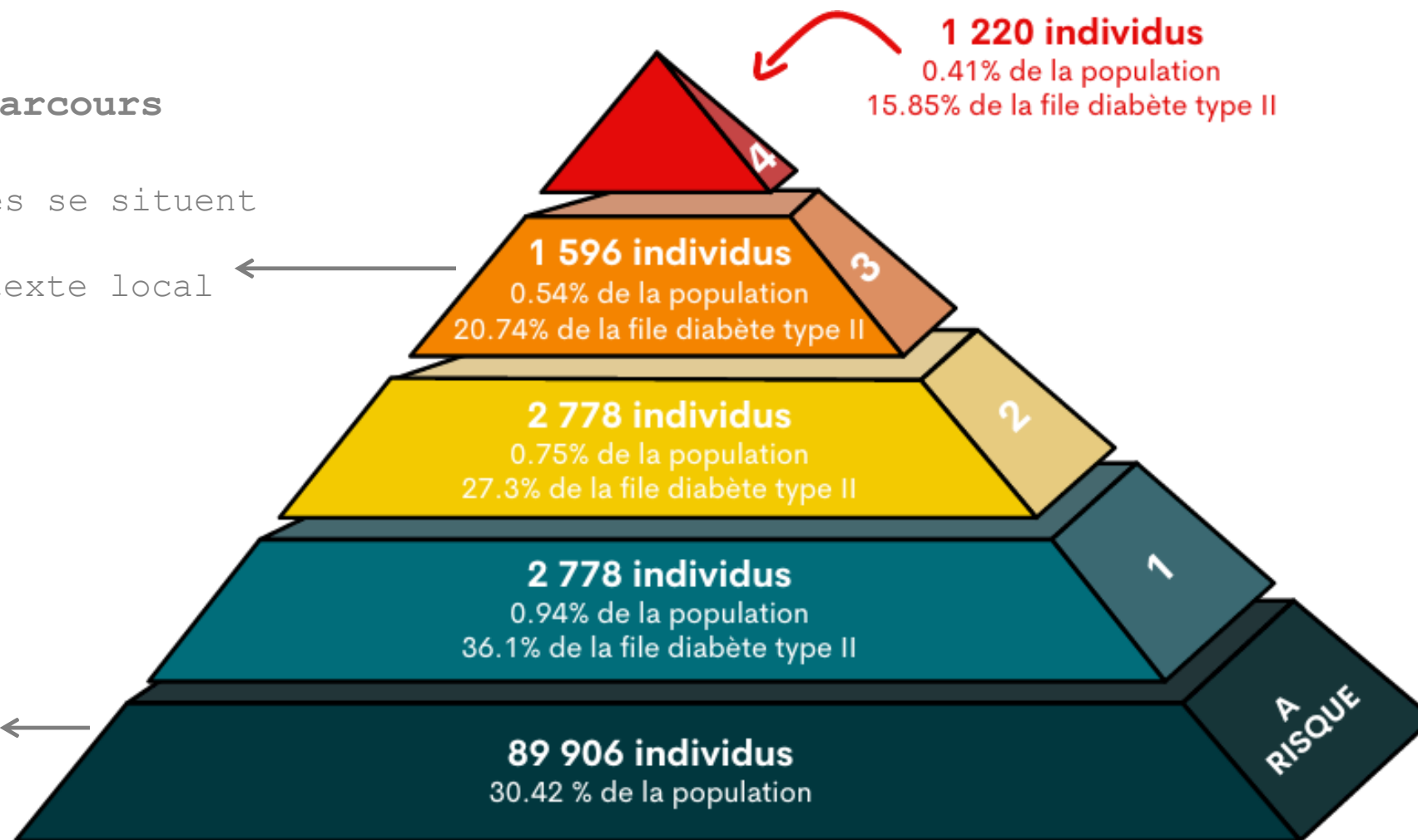


*D'un modèle basé sur la prise en charge des malades ... vers un modèle qui vise le maintien en santé*

# DES PATIENTS DIABÉTIQUES II EN CORNOUAILLE

Patients très complexes

Patients non complexes



## Des logigrammes/parcours

Pour déterminer dans quelles strates se situent les patients et adaptées au contexte local

## Dépistage

Personnes à risques





## Formalisation des relations avec acteurs du terrain

- Les 2 Sèvres-> Hôpital et CPTS
- Haute Saône-> Hôpital avec une CM « relation ville-hôpital », pour lien avec les CPTS du territoire
- Douaisis-> Hôpital, collaboration ++ avec le DAC
- Aube et Sézannais-> Association avec acteurs intra et extra

## Focus en Cornouaille

Porté par le Groupement Coopération Sanitaire: « **Alliance Cornouaille Santé** »

Opérationnellement nous avons décidé de commencer à inclure des personnes dans la **strate 0** (personnes à risque).

Positionnement de l'équipe au sein du Pôle de Santé Publique, permet de proposer des consultations en lien avec facteurs de risque (tabac, activité physique, vaccination...)

Le moyen utilisé -> l' « **aller-vers** », où? Partout!

- Facilitation des échanges ville / hôpital, avec une meilleure communication et une réponse rapide lors de sollicitation, fluidifier les parcours
- Permet la remonté des besoins et participe à améliorer l'offre de santé du territoire

### Dépistage ou orientation par autre pro de santé

Par l'équipe RP, les services, les MT, la Médecine du travail ...  
Et en tout lieu: centres de distribution alimentaire, entreprises...

Inclusion dans le parcours Resp Pop

**Bilan RP:**  
*Réalisé par équipe de Responsabilité Populationnelle*  
**Repérage des fragilités, suivi du parcours de santé, identification des besoins, difficultés...**  
**Rappel des règles hygiéno-diététiques**

Lien avec le MT

**Orientation**  
vers la Maison Sport Santé, consultations sevrage tabac, Assistante sociale, CVP, asso de patients...

**Orientation vers bilans / soins**  
Bilans sanguins, consultations pédicure-podologue, vaccin pneumocoques, programme ETP...

**Consultations avec spécialiste si besoin:**  
Diabétologue, Cardiologue, IPA, dentiste...

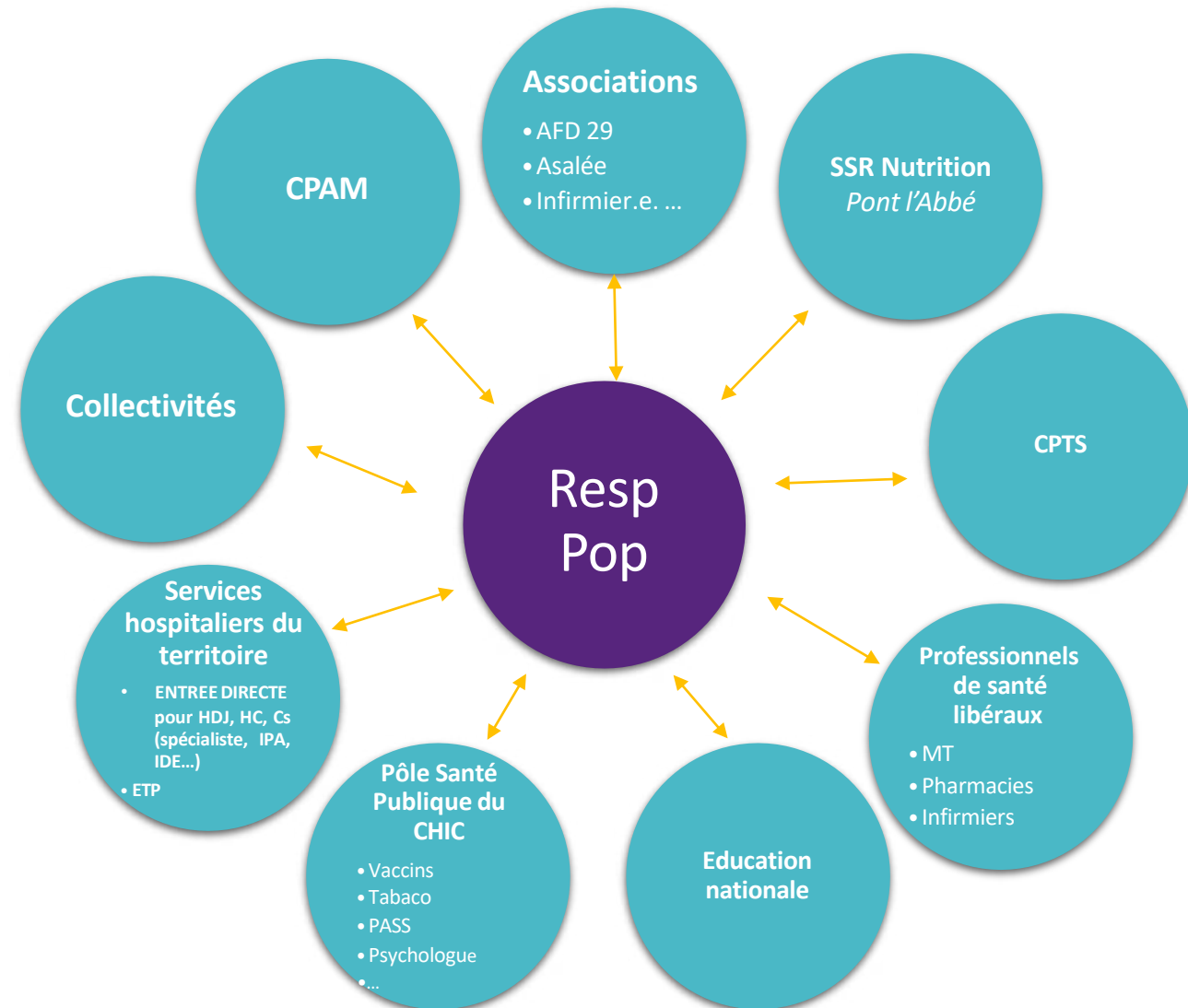


## COORDONNER ET ORCHESTRER LES PARCOURS PATIENTS

- Dépister & inclure
  - Suivre
- Proposer des soins de support

Mais aussi

- Création de parcours ville-hôpital,  
Intra-hospitalier
- Renforcement de certaines actions sur le territoire



## ...juste nos propositions, nos actions...

**Prévention-promotion de la santé auprès des jeunes**-> Actions dans les collèges auprès des jeunes et actions également auprès des enseignants, des personnels éducatifs, des parents (nutrition, activité physique, vaccination)

Former et sensibiliser l'ensemble de la population, en agissant au plus près, en développant des partenariats avec les acteurs locaux, **notamment les collectivités** (Ambassadeurs santé, actions de dépistages), mais aussi les associations de patients ou pas, les professionnels de ville, les CLS...

Agir au plus près de la population, former et sensibiliser, en s'appuyant aussi sur les relais locaux, coordonner les acteurs

Ce qui permet de renforcer la **coopération entre les différents acteurs**, de renforcer les articulations entre médico social et sanitaire et d'acculturer les pro de santé, la pop, les élus... à la santé publique

Faciliter **l'aller vers**, ex dépistage couplé à la mise à jour vaccinale, et ce, en mairie par exemple Réponse à des besoins exprimés ou non de la population: **Elan Solidaire** et **Education Thérapeutique du Patient** par exemple

## Focus « Sur La Route »

**SUR LA ROUTE**

En septembre, prenez un temps pour votre santé

Le Pôle Santé Publique du CH de Compostelle et la Mission Accompagnement Santé de l'ORAM vous invitent à venir.

Gratuit, sans RDV

9 >> 20 SEPTEMBRE 2024

SECOURS POPULAIRE FRANÇAIS

DOUARNENEZ 13 et 20 après-midi

GUILVINEC 13 et 20 après-midi

LANVERN 14 matin

QUIMPER 12 et 19 journée

INFORMATION SUR LA VACCINATION ET MISE A JOUR VACCINALE

DÉPISTAGE DIABÈTE

DÉPISTAGE IST (INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES)

SANTÉ DES FEMMES, CONTRACEPTION

VÉRIFICATION OUVERTURE DES DROITS DE SANTÉ ET ACCÈS AUX SOINS

ACCOMPAGNEMENT SPORT SANTÉ

INFORMATION TABAC, ALCOOL, PRODUITS

CONSEILS NUTRITIONNELS

Veuillez apporter votre carnet de santé / vaccination et carte vitale (si possible)

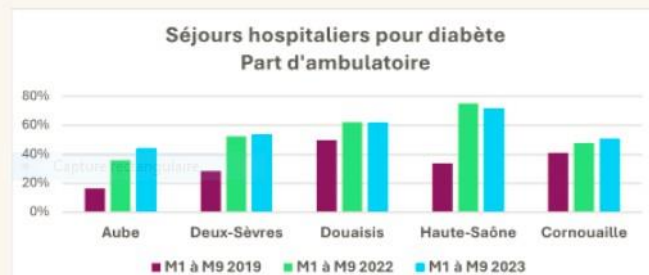
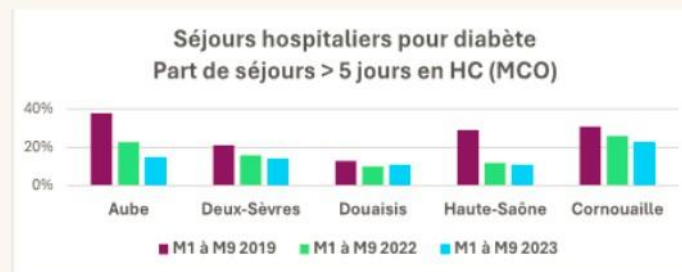
Assurance Maladie

CENTRE HOSPITALIER DE COMPOSTELLE

Union Hospitalière de Compostelle

Responsabilité Populationnelle

- Unité mobile de prévention du Pôle de Santé Publique est allée à la rencontre des accueillis des Secours Populaire Français du Sud-Finistère.
- Pour leur faire bénéficier d'actions de prévention, dépistage et d'un accompagnement personnalisé.
- Ce sont presque 500 personnes qui ont pu profiter de ces actions.



➔ Les résidents atteints de diabète viennent à l'hôpital dans de bonnes conditions...

➔ ... quand ils en ont besoin, de façon systématique

➔ Et retournent chez eux en étant bien suivis

On analyse nos données pour permettre une remontée des besoins et des difficultés des personnes que l'on suit

On agit donc sur l'accès et qualité des soins, ainsi que sur les comportements individuels de la population

**Merci de votre attention**

Des questions ?

# Projet ICOPE pour la prévention de la dépendance de la personne-âgée et la lutte contre la fragilité

---

*Tristan Maréchal, Président de la CPTS du Pays d'Auray*





# Promotion de la santé et Dynamique partenariale au service du « bien et du mieux vieillir »

**Promotion de la santé  
par la prévention**

**Dynamique partenariale  
par la coordination des acteurs**

*Avec la mise en place d'un **Parcours Fragilité**  
basé sur une approche  
en **responsabilité populationnelle de la santé.***



# Promotion de la santé et Dynamique partenariale au service du « bien et du mieux vieillir »

## Promotion de la santé par la prévention

Évaluer & repérer

*Avec des outils*  
ICOPE, Bilans de Prévention

Alerter

Grilles, formulaires partagés

Agir

Plan Individuel personnalisé,  
Coordination des acteurs



# Promotion de la santé et Dynamique partenariale au service du « bien et du mieux vieillir »



## ICOPE

Integrated

Care for

Older

People

## Dynamique partenariale par la coordination des acteurs

... Est un **programme international proposé par l'OMS**, relayé en France avec le programme « Vieillir en bonne santé » et porté par le Gérotopôle de Toulouse.

L'approche par nature en responsabilité populationnelle propose de d'aborder le suivi des séniors en focalisant sur la **prévention** et une **approche fonctionnelle**.

Il s'agit d'évaluer et de suivre en mettant en œuvre un accompagnement qui permette **de valoriser l'autonomie tant fonctionnelle qu'évaluatrice**.



# Promotion de la santé et Dynamique partenariale au service du « bien et du mieux vieillir » avec ICOPE

## Responsabilité populationnelle

- Patient
- Familiers
- SAD
- Soignants
- Médicosocial
- Services sociaux

→ **Coordination de tous les acteurs**

## Évaluer les capacités

- Locomotion
- État nutritionnel
- Santé mentale
- Cognition
- Audition
- Vision
- **Tests standardisés**
- **Outils numériques d'évaluation et de suivi**







## Promotion de la santé et Dynamique partenariale au service du « bien et du mieux vieillir »



### ICOPE, premier retour qualitatifs et quantitatifs...

- 1. Engagement des participants** : Un taux élevé d'acceptation parmi les personnes âgées, avec une majorité manifestant un intérêt pour les interventions de santé proactive. Les personnes âgées et leurs familles se sont montrées très réceptives, ce qui a été crucial pour l'efficacité du programme
- 2. Capacité fonctionnelle** : Les premiers tests d'ICOPE montrent qu'environ 60 % des personnes suivies ayant bénéficié d'interventions précoces ont conservé leur autonomie fonctionnelle au cours de la première année de suivi, alors que des groupes témoins montraient une perte plus rapide de cette capacité
- 3. Défis en ressources humaines** : Environ 80 % des soignants interrogés ont noté un manque de personnel et de temps, citant ce facteur comme le principal frein à l'extension du programme, notamment pour le dépistage et l'évaluation des besoins fonctionnels
- 4. Adaptation numérique** : Le rapport souligne que l'intégration numérique (applications et systèmes de données partagés) a été efficace dans les zones urbaines, avec un taux de satisfaction des professionnels de santé de 70 %. Toutefois, les zones rurales nécessitent une adaptation plus poussée, notamment pour l'intégration des données de santé

Études de cas dans les  
régions pilotes...

- Occitanie (France)
- Rajasthan (Inde)
- Chaoyang (Chine)

Sources

- [Oxford Academic](#)
- [WHO Extranet](#)
- [Healthy Ageing Platform](#)

CPTS du Pays d'Auray  
→ Référente ICOPE

- Déploiement outils
- Animation territoriale
- Gestion tableaux de bord & indicateurs
- Partage des données avec les partenaires



# Parcours Fragilité

## CPTS Référent ICOPE

Patient > 60 ans

CPTS Contact MT Proposition envoi référent ICOPE

Grille d'Alerte SAD - Document liaison SDIS

SDIS Convention Patient Chuteur

SAD Convention Alerte Fragilité sur fragilite@cpts-paysauray.fr

- Coordination des équipes
- Gestion des données remontées par les Test step 1
- Partage des informations avec les autres acteurs

MT Prévention Bilan d'autonomie

Référent ICOPE ICOPE S1 Test Fragilités Auto-évaluation ICOPE



Non

Oui

Référent IDEC/P En appui ICOPE S2,S3 Évaluation Gériatrique Personnalisée

Plan d'intervention personnalisé

Orienta-tion, conseil

Amélioration ?



Non

PIP + Prescriptions, orientations, conseils

Validati-on MT

STAPS Assos Sport Santé  
CPTS Equibr'Âge

Psychologue Diététicienne Kiné, IDEL Surveillance Bilan Psy, Bilan Diet Séances Kiné

MT ESP, autres Professionnel-s

ICOPE S4,S5 Mise en œuvre, suivi Mobilisation acteurs

Référent ICOPE IDEC/P En coordo

EMG CH



# Parcours Fragilité

→ Calendrier

Phase réflexive

Phase opérative

Phase opérationnelle

Préfiguration  
2022-2024

Installation  
2024-2025

Test  
2025

Déploiement  
2026

- Définition du parcours
  - Définition des acteurs
  - Définition des outils
  - Définition des interactions
1. Grille de repérage
  2. Grille de suivi
  3. Convention ICOPE
  4. Convention CHBA
  5. Lien DAC

6. SDIS

- **Coordo territoriale**
- **Coordo ESP**
- **SAD : alerte**
- FG CHBA : lien
- EMG : lien
- **ICOPE : formation**
- [fragilite@cptpspaysauray.fr](mailto:fragilite@cptpspaysauray.fr)
- **Communication**

Recrutement ESP  
Communication ++  
→ Collectivités  
→ Services sociaux  
→ Partenaires

- Cycle 1 puis
- Cycle 2

RETEX 1

- Industrialisation
- Modalité de Financement pérenne (SI, Coordo ESP...)
- RETEX 2

# Patients partenaires : quelles missions et dans quel cadre ?

---

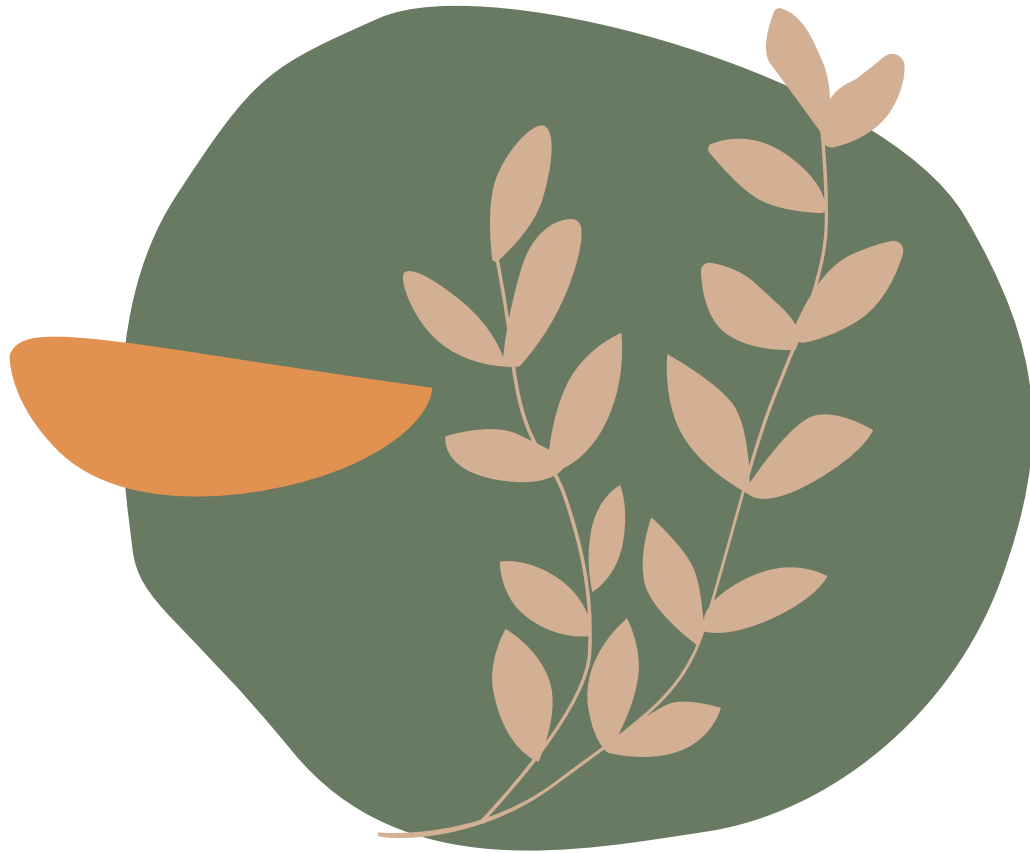
*Camille Génier, Patiente partenaire en Education  
Thérapeutique du Patient (ETP)*



# Patient Partenaire Pourquoi ? Comment ?

## **Camille Génie patiente partenaire**

intervention de sensibilisation sur l'un des enjeux  
de la démocratie sanitaire &  
du partenariat en soin



# E.T.P. (H.A.S.)

La haute autorité de santé se référant à la définition de l'O.M.S.\* "l'éducation thérapeutique vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer ou mieux vivre leur vie avec une maladie chronique"

\*rapport O.M.S. Europe 1996

# Engagement des usagers en santé (glossaire H.A.S.)

## Pairs - Pair-aidance - Pair-émulation - Pair-éducation - Pair navigation

Dans le champ des politiques sociales ou de santé, la pair-aidance regroupe un ensemble de pratiques qui procède d'entraide, de soutien, par lesquelles une personne s'appuie sur son **savoir expérientiel vécu**.

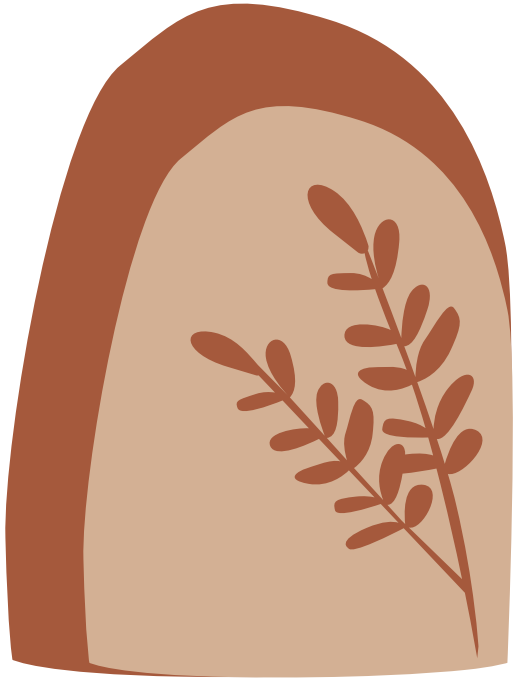
## Patients partenaires

une personne investie d'une mission particulière. Ce terme désigne des personnes qui collaborent de **manière régulière avec les équipes de soins** dans le but, soit d'**améliorer la qualité et la sécurité des soins** et des organisations, soit de **réaliser des enseignements** ou encore de prendre part à des **travaux de recherche**.

## Représentant des usagers

Ils sont membres d'une association agréées et désignés par l'ARS ; à chaque niveau décisionnel du système de santé, le R.U. a une double mission : **observer ce système à travers le prisme de l'utilisateur ou des personnes concernées** et de **faire entendre ce point de vue spécifique**.

# Etre Patient - Devenir Patient Partenaire



1. Passer par la case d'un diagnostic peu sympathique (maladie chronique - 30 ALD)

2. Mûrir avec...

3. Se reconnaître ou être reconnu par des instances de soin, de santé publique...

4. Formation 40h E.T.P.

5. Co-opérer - profils de patients partenaires

# Quelles compétences doit détenir un patient partenaire ?



Flexibilité, adaptabilité



Renvoyer une image positive



Délivrer un savoir  
expérientiel



Prise de parole en public



Prise de recul, capacité réflexive

# Quelles compétences doit détenir un soignant partenaire ?



Flexibilité, adaptabilité



Renvoyer une image positive



Délivrer un savoir  
expérientiel



Prise de parole en public



Prise de recul, capacité réflexive

# Comment je travaille avec un patient partenaire / ressource / expert ?

Atouts, effets

Ecueils, vigilances



Comme avec n'importe quel être humain...



Attentes réciproques



Langage et posture



Le patient partenaire est un patient



Evaluation régulière



« Vivre mieux avec...  
Vivre moins mal avec... »

Camille GENIE, patiente partenaire  
[www.motsdegenie.com](http://www.motsdegenie.com)  
[www.compagnie100doutes.com](http://www.compagnie100doutes.com)