



Projet pilote soins intégrés  
en faveur des malades chroniques  
Du grand Namur (RESINAM)

2 Octobre 2020

# Les PARTENAIRES du PROJET



# Public cible du projet

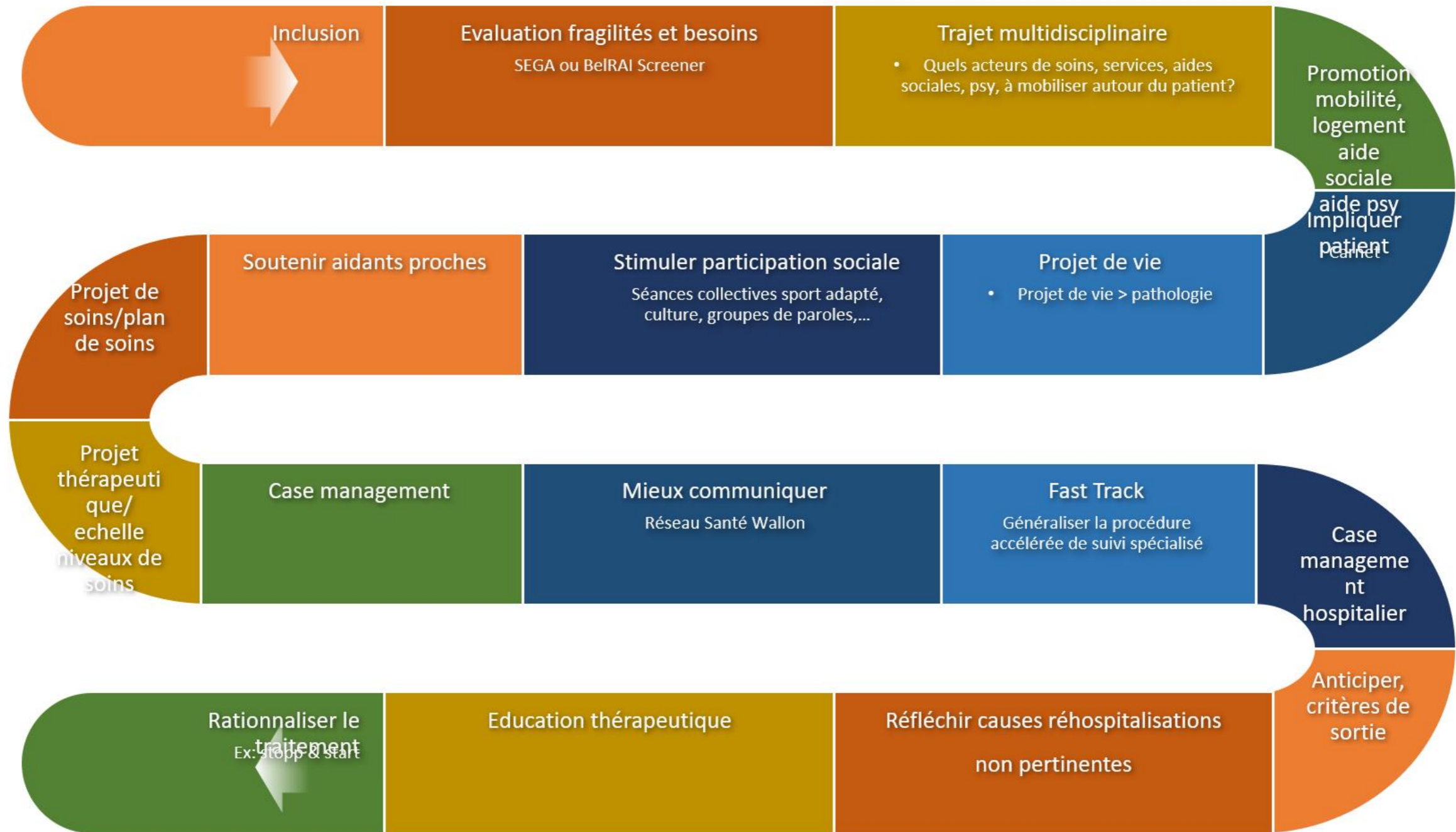


- Patients en cumul de fragilités physiques, psychiques et/ou sociales

=> Maladie(s) chronique(s) (tous types) + 1 ou 2 fragilités psychiques et/ou sociales

- Résider dans la zone Namur – Profondeville

## PARCOURS PATIENT



# Genèse de l'action Case –Manager

- Diagnostic : Identification par des acteurs de la première ligne des limites de leurs interventions et de la nécessité d'un relai professionnel, (*Prévention, temps passé auprès de problématiques ~~compliquées~~ complexes*),
- Côté patients, constat de situation de familles dépassées par l'impact de la maladie chronique et de ses conséquences « malmenant les réseaux de partenaires existants » et ne permettant pas aux familles de trouver pleinement les ressources dont elles auraient besoin.

# Genèse de l'action Case –Manager

- Commande par l'Asbl d'un état des lieux sur les connaissances en matière de CM,
- Constitution d'un groupe d'action avec pour projet de mettre en œuvre, suivre puis accompagner mise en œuvre des CM.
- → Puis lever les craintes et risques de confusion...  
Adaptation envisagée par le réseau lui-même. « *le rôle du CM étant fonction du contexte (famille/ressources), et du rôle joué par les autres acteurs* ».

# Genèse de l'action Case –Manager

- Le CM ne pouvant évoluer en « électron libre » il se doit de travailler en équipe et en lien avec les partenaires dont les centres de coordination.
- Il fut envisagé la possibilité de pouvoir rémunérer des professionnels (infirmiers...) faisant fonction du case management. Piste non retenue.

# Mise en œuvre

- convenir entre partenaires des limites des actions de chacun, afin de réaliser un descriptif de fonction qui évite le chevauchement des fonctions entre les acteurs infirmiers, centres de coordination aide et de soins.
- Recrutement via un sous groupe du GT-CM,
- Bcp de candidats avec un besoin de « cadre »...
- Janv. Févr.2020 : 2 CM Julie et Charlotte +/- 4/5 ETP



# Action !

- Etablissement d'une feuille de route avec des objectifs fixés par trimestre à commencer par :
  - Se faire connaître des partenaires,
  - Découvrir et comprendre le fonctionnement du réseau, des partenaires, des offres de services et nouer des relations interpersonnelles, **Cela était sans savoir que la Covid serait là !**
- Débuter les premiers accompagnements patients !

# Action !

- Au moment de débiter véritablement la clinique, ce fut la crainte des MG de devoir faire face à un tsunami de patients Covid.
- Demande de soutien des MG auprès de RESINAM pour :
  - Aide à la mise en place d'une ligne de soutien pour les patients et professionnels de la première ligne dès les premières heures assumée par les CM,
  - Soutien apporté auprès des MR/MRS,
- Une fois les relais trouvés, savoir se retirer +/- 6 semaines !
- Reprise des accompagnements patients et poursuite des rencontres avec les partenaires !

# Action !

- Depuis, la clinique peine à se mettre en place :
  - Patients avec maladie chronique polyfragiles prudents face à l'arrivée de professionnels à domicile,
  - Fonctionnement atypique des réseaux de partenaires, le téléphone, visioconférence et télétravail facilitant les contacts ayant ses limites.
- Mais l'accompagnement clinique avance laissant place à de plus en plus de questions autour de la méthodologie même du travail lié à l'accompagnement dans la fonction du CM.
- Promotion des CM auprès du Réseau Namurois, CPAS, Asbl patients, hôpitaux etc.
- Aide et apport de patients des centres de coordination depuis le Belraï vers les CM !

# Focus processus de dvpt de la fonction

- L'apport incontestable de la clinique en lien avec l'adaptabilité du réseau (*bousculé / bousculant*) « faire sa place ».
- Le GT est devenu un véritable espace de dialogue-réflexion-soutien, « *garant dans la complexité de l'expérimentation* »
- l'évolution du CM, feuille de route (*objectifs*),
- méthodologie de l'accompagnement, (*travail de la demande, positionnement aux côtés du patient, médiateur, accompagnement ponctuel (ou pas). Bref, du sur mesure !*),
- Echanges et « cultures partagées » avec d'autres CM en locorégional mais également auprès d'autres PSI.



info@resinam.  
be



[www.resinam.be](http://www.resinam.be)



Resina  
m

Alexis CONDETTE - Coordinateur  
[a.condette@resinam.be](mailto:a.condette@resinam.be) – +32 479 153 444