



Objectif 2030

CONSTRUISONS LES SYNERGIES
AVEC LA PREMIÈRE LIGNE

Livret de résumés de la conférence Be.Hive 2022

Gembloux, les 28 et 29 avril 2022

Be.Hive, Chaire Interdisciplinaire de la première ligne - Fonds De Coninck
Le Fonds Dr. Daniël De Coninck est géré par la Fondation Roi Baudouin

La Chaire interdisciplinaire de la première ligne [Be.Hive](#) a pour mission de mener des recherches, de participer à l'enseignement et au partage des connaissances avec les acteurs de la première ligne.

Durant la pandémie, les chercheurs de Be.Hive ont dû faire face à de nombreux défis. Si une partie de ces défis étaient directement en lien avec le contexte exceptionnel que nous avons tous rencontrés (par exemple la difficulté d'accessibilité au terrain en raison de la mobilisation des professionnels dans la lutte contre la Covid-19) ou encore de la protection des publics les plus vulnérables, d'autres recouvrent une réalité davantage ancrée dans les réalités locales et être sensibles aux besoins de la communauté (patients, population générale et praticiens).

Sans oublier que la première ligne a parfois souffert d'un manque de reconnaissance et de collaboration de la part des lignes plus structurées, comme les réseaux hospitaliers. Ceci a été relevé en Belgique mais également à l'étranger.

Malgré cela, il existe des points forts dans la recherche sur et avec la première ligne. Nous avons pu développer et encourager la collaboration sur des projets de recherche et contribué aux réseaux de recherche basés sur la pratique. Un nombre important de doctorants aident la recherche sur la première ligne à atteindre une masse critique.

Le succès de ces initiatives de renforcement des capacités de la recherche sur et avec la première ligne découle d'une vision tournée vers l'engagement de la communauté pour comprendre les besoins locaux, et envers le réseau de chercheurs qui travaillent ensemble avec les prestataires, administrations et responsables des politiques de santé, enseignants, associations de patients et d'aidants proches, pour trouver ce qui fonctionnera le mieux dans chaque contexte.

Au cours de notre colloque 2022, les communications scientifiques et ateliers interactifs, adaptés à un public non-spécialiste, permettront d'interagir avec les professionnels de la première ligne, chercheurs et enseignants. En effet, nous avons opté pour un modèle permettant davantage de temps d'échanges par rapport au modèle de 2021, où la pandémie nous avait contraint au distanciel.

Au total, 28 résumés scientifiques ont été acceptés et seront présentés. Ils sont répartis en différentes sessions autour des 5 thèmes suivants :

1. Le soutien à la première ligne via une structuration territoriale ;
2. La participation des personnes et des communautés à la promotion de la santé ;
3. Le soutien aux personnes vivant une situation complexe ;
4. La collaboration interprofessionnelle et avec le patient, partenaire de ses soins ;
5. La formation et le partage des connaissances.

L'enjeu pour la première ligne francophone et Be.Hive est de taille. Les recherches futures au niveau de la première ligne devraient permettre de mieux aligner les sujets et les méthodes sur les besoins du terrain, tout en répondant aux exigences scientifiques. Nous espérons ainsi pouvoir contribuer à la réflexion concernant le renforcement de la première ligne francophone.

Nous vous souhaitons un excellent colloque 2022,

Le comité organisateur et scientifique de Be.Hive 2022

VERSION COMPACTE DU PROGRAMME DES DEUX JOURS DE LA CONFERENCE

JEUDI 28 AVRIL 2022

13h00	Accueil et inscriptions Buffet sandwiches
14h00	Introduction du colloque Be.Hive
14h15	Projets et vision du partage de connaissances en première ligne selon le Fonds Dr. D. Deconinck <i>Monsieur Gerrit Rauws, Directeur Santé auprès de la Fondation Roi Baudouin, Président de VIVEL, Institut flamand pour la première ligne & Membre du comité de direction du Fonds Dr. D. Deconinck</i>
15h00	Sessions parallèles 1 et 2
16h15	Pause santé et session poster
16h45	Sessions parallèles 3 et 4
18h00	Pause santé
18h15	Sessions parallèles 5 et 6
19h30	Table ronde avec les fonctionnaires dirigeants des administrations bruxelloises et wallonne en charge de la santé <i>Madame Nathalie Noël, COCOM (Services du Collège réuni) (à confirmer)</i> <i>Madame Bernadette Lambrechts, COCOF (à confirmer)</i> <i>Madame Tania Dekens, IRISCARE (à confirmer)</i> <i>Madame Françoise Lannoy, Agence pour une vie de qualité (AViQ)</i>
20h15	Fin de la première journée

VENDREDI 29 AVRIL 2022

09h00	Accueil et inscriptions Buffet café et thés
09h30	Partage de connaissances au sein de la 1 ^{ère} ligne <i>Madame Bénédicte Gombault, Coordinatrice de projets pour le Fonds Dr Daniel De Coninck, géré par la Fondation Roi Baudouin</i>
10h00	EBPracticeNet, un outil d'aide à la prise de décision mis à disposition pour améliorer les pratiques <i>Madame Nathalie Pauwen, membre du conseil de rédaction et de l'équipe d'implémentation d'EBPracticeNet.</i>
10h15	Sessions parallèles 7 et 8
12h00	Synthèse du colloque et inspirations pour la suite
12h15	Fin du colloque

TABLE DES MATIERES

Introduction à la conférence	2
Version compacte du programme des deux jours de la conférence.....	3
Jeudi 28 avril 2022.....	3
Vendredi 29 avril 2022	3
Résumés des présentations	7
Session 1 - Formation & partage de connaissances – Partie I (15h-16h15)	7
Mise en œuvre de dispositifs pédagogiques innovants, utiles aux acteurs de la première ligne de soins et d'aide.....	9
Escape game pédagogique dans la formation initiale sage-femme : « Oseras-tu poser la question ? »	11
Formation en Santé Mentale à Bruxelles, tous ensemble ! <i>Pour un meilleur accompagnement en médecine générale</i>	12
Session 2 - Structuration territoriale et participation communautaire – Partie I (15h-16h15).....	14
Les communautés de pratique comme maillon de l'organisation des soins au niveau local	16
Une perspective territoriale en santé mentale pour répondre aux besoins de la première ligne.....	18
Surexposition aux écrans chez les adolescents.....	19
Session 3 - Formation & partage de connaissances – Partie II (16h45-18h00)	21
Former au suivi d'un patient présentant une pathologie chronique en médecine : quelle évaluation par les patients ?.....	23
Les humanités médicales pour former les soignants à l'éthique	24
Formation Assuétudes pour les assistant·e·s en Médecine Générale : et après ?.....	25
Vers une articulation des approches de soins et de promotion de la santé dans la formation des professionnel·le·s de première ligne : Résultats préliminaires de deux revues de la littérature.....	26
Session 4 – Structuration territoriale et participation communautaire – Partie II (16h45-18h00).....	28
Vaccination et professionnels de la première ligne : des alliés mais pas des exécutants de l'action publique locale	30
Monitoring des enquêtes en contexte de covid-19 à l'aune de la démocratie en santé.....	31
IMaGe : penser un accompagnement « gender friendly » des jeunes vivant avec une maladie chronique en Région bruxelloise – premiers résultats d'une étude qualitative	33
Session 5 – Formation & partage de connaissances – Partie III (18h15-19h30).....	35
Equality Health Lab : Former à la lutte contre les inégalités sociales de santé en première ligne	37
Application d'une nouvelle méthode dermoscopique en médecine générale : l'algorithme TADA « Triage Amalgamated Dermoscopic Algorithm »	38
Quelle place pour le gut-feeling dans le diagnostic de l'embolie pulmonaire en première ligne de soins ?....	40
Session 6 – Collaboration interprofessionnelle – Partie I (18h15-19h30)	42
L'accueil des plus vulnérables au sein de la fonction 0,5, une fonction d'adaptation ?	44
Développement d'un outil d'E-santé dans l'asthme au service de la collaboration soignants-patients dans un esprit de continuité entre la 1ère ligne et la 2ème ligne de soins	46

Les programmes d'hospitalisation à domicile : la communication au centre des préoccupations des professionnels de la première ligne et hospitaliers	48
Améliorer la communication médecin – patient : analyse qualitative d'un outil d'aide à la communication : le teach-back	49
Session 7 – Personne vivant une situation complexe(10h15-12h00)	51
« Ma vie est perdue » : douleurs chroniques neuro-musculo-squelettiques et risques de bifurcation de la trajectoire de vie.	53
Définition et détection de la pré-fragilité au sein de la première ligne bruxelloise	54
Dionysos : évaluation d'un dispositif de soutien au réseau des personnes âgées en situation de fragilité à Bruxelles	55
La collaboration interprofessionnelle entre les médecins généralistes et les psychologues de première ligne en Belgique.....	56
Interventions de l'ergothérapeute au sein des équipes mobiles auprès de personnes âgées souffrant de dépression : modèle « Do-Live-Well »	57
Session 8 – Collaboration interprofessionnelle – Partie II (10h15-12h00)	59
Clarification de la fonction de gestionnaire de cas au niveau de la première ligne d'aide et de soins en Belgique francophone	61
SAM : un outil d'accès à l'information pour les aidants.....	62
Une plateforme d'échanges interprofessionnelle : la PPLW	64
Relier les savoirs complexes en santé via une communauté de pratique digitale, WeLinkCare.be	65
Le streptocoque bêta-hémolytique du groupe B : le rôle de la sage-femme dans la prévention de LA COLONISATION maternelle et de la transmission périnatale.....	66
Comment renforcer la sororité entre sages- femmes indépendantes et sages-femmes hospitalières dans le cadre de l'accouchement à domicile en Belgique ?	68

RESUMES DES PRESENTATIONS

SESSION 1 - FORMATION & PARTAGE DE CONNAISSANCES – PARTIE I (15H-16H15)

	Modérateur de la session : Dan Lecocq	Salle BV
1 AI	Mise en œuvre de dispositifs pédagogiques innovants, utiles aux acteurs de la première ligne de soins et d'aide	Dan Lecocq 
2 AI	Escape game pédagogique dans la formation initiale sage-femme : « Oseras-tu poser la question ? »	Sophie Evrard
3 AI	Formation en Santé Mentale à Bruxelles, tous ensemble ! : Pour un meilleur accompagnement en médecine générale	Lou Richelle

AI= Atelier interactif

MISE EN ŒUVRE DE DISPOSITIFS PEDAGOGIQUES INNOVANTS, UTILES AUX ACTEURS DE LA PREMIERE LIGNE DE SOINS ET D'AIDE

Auteur·e·s : Dan Lecocq¹, Delphine Kirkove², Jennifer Foucart³, Benoit Petre², Céline Mahieu⁴, Pierre D'Ans¹



Affiliation : ¹ Haute Ecole Libre de Bruxelles Ilya Prigogine, ² Université de Liège, Département des Sciences de la Santé Publique, ³ Université Libre de Bruxelles, Faculté des Sciences de la Motricité, ⁴ Université Libre de Bruxelles, Ecole de Santé Publique

Contact : dan.lecocq@helb-prigogine.be

DESCRIPTION ET FONDEMENT DU PROJET

Parmi les membres de la Chaire Be.Hive, un groupe de chercheurs s'est fixé comme but de recherche de décrire et comprendre les enjeux, les leviers, les obstacles et les stratégies des innovateurs aux différents stades de développement et de mise en œuvre d'un dispositif pédagogique innovant (DiPI) utile aux acteurs de la première ligne de soins et d'aide (PLSA). Pour pouvoir répondre à cette question, il paraît pertinent : 1/ de déterminer les thématiques et les caractéristiques d'un dispositif pédagogique jugé innovant du point de vue des acteurs professionnels et des bénéficiaires des services de la PLSA et 2/ de décrire et comprendre les enjeux, les leviers, les obstacles et les stratégies des innovateurs aux différents stades de développement et de mise en œuvre des dispositifs pédagogiques co-identifiés comme innovants par tous les acteurs (enseignants, acteurs professionnels, bénéficiaires des services de la première ligne de soins et d'aide et chercheurs). En répondant successivement à ces questions au travers de différentes séquences de recherche, les résultats des premières servant de base aux suivantes. L'objectif des chercheurs est de contribuer à la construction d'une communauté d'apprentissage en collectant et en mettant à disposition des enseignants des données pertinentes pour nourrir leurs réflexions afin de leur permettre de construire des DiPI et pérennes, qui développent des savoirs et des compétences utiles aux acteurs professionnels et aux bénéficiaires de services de la PLSA. La programmation de recherche a été développée de façon heuristique par l'équipe de recherche. Elle recourt à des méthodes diverses, tant qualitatives que quantitatives. Une première séquence de recherche a permis au moyen d'entretiens de groupes avec les acteurs professionnels de la première ligne de soins et d'aide et les bénéficiaires : 1/ de codéterminer 8 thématiques jugées innovantes (tableau I) et 2 / de co-identifier les caractéristiques d'un dispositif pédagogique jugé innovant en termes de contenu et de méthode (tableau II). Les [Tableau I](#) et [Tableau II](#) sont accessibles [ici](#).

La dernière séquence de recherche a été initiée ce printemps pour décrire et comprendre les enjeux, les leviers, les obstacles et les stratégies des innovateurs aux différents stades de développement et de mise en œuvre d'une série de dispositifs pédagogiques co-identifiés comme innovants par tous les acteurs. Les chercheurs ont choisi une approche qualitative et plus précisément une étude de cas multiples. Un échantillon hétérogène de 10 dispositifs pédagogiques a été constitué pour faire l'objet d'une étude de cas sur base 1/ des résultats des auto-évaluations ; 2/des échanges lors des entretiens de groupes ; 3/ des populations cibles des dispositifs et 4/ de l'établissement d'enseignement organisateur.

QUESTIONS

1/ Quelles sont selon vous les compétences essentielles à développer en formation initiale des futurs acteurs de la première ligne ?

2/ Quel dispositif (que Be.Hive pourrait soutenir) conviendrait-il de mettre en place pour favoriser le développement d'innovation pertinente en enseignement pour les acteurs de la première ligne ?

MOTS-CLES

Innovation pédagogique, première ligne, communauté d'apprentissage

ESCAPE GAME PEDAGOGIQUE DANS LA FORMATION INITIALE SAGE-FEMME : « OSERAS-TU POSER LA QUESTION ? »

Auteur·e·s : Evrard Sophie¹, Jarosik Milena¹

Affiliation : ¹ Haute Ecole Namur-Liège-Luxembourg

Contact : sophie.evrard@henallux.be

DESCRIPTION ET FONDEMENT DU PROJET

En Belgique, 1 femme sur 4 est victime de violences conjugales. Il est raisonnable de supposer que la sage-femme rencontrera certaines d'entre-elles lors de l'accompagnement en périnatalité. Les violences conjugales durant la grossesse sont peu abordées par les professionnels de santé. Les repérer de manière précoce et systématique permettrait de mieux accompagner les femmes pour diminuer leur impact sur la santé de la mère, du nouveau-né et de la famille. La grossesse est une période charnière tant les contacts avec les professionnels de santé et en particulier les sages-femmes qui sont des praticiens de soins de santé primaire et ont l'opportunité d'instaurer un climat de confiance avec la femme. Actuellement, il n'existe pas de recommandation belge pour améliorer le repérage et l'accompagnement de ces violences lors de la grossesse. Les violences conjugales sont peu ou pas abordées dans la formation initiale des sages-femmes. Former les étudiantes au repérage des violences conjugales en période périnatale via un escape game pédagogique permet d'instaurer une sécurité affective lors de la séance et une meilleure rétention des concepts abordés.

PLANIFICATION DE LA REALISATION DU PROJET

Mise en place en mai 2022 d'un escape game pédagogique dans le cursus de formation des bachelières sages-femmes (Bloc 3) sur le thème des violences conjugales, basé sur le modèle de Prochaska. Une étude observationnelle descriptive portera sur les bénéfices de la formation des futures sages-femmes à la problématique des violences conjugales via ce dispositif pédagogique.

RESULTATS ATTENDUS

Une étude observationnelle descriptive sera réalisée afin de mesurer l'impact du dispositif d'escape game sur les apprentissages des étudiant.e.s. Les résultats sont attendus pour fin mai.

Cette étude vise à explorer l'expérience vécue par des étudiant.e.s sages-femmes, ainsi que leurs perceptions, d'un escape game relatif au repérage et à l'accompagnement de femmes enceintes souffrant de violences intra-familiales.

- Mesurer la jouabilité de l'escape game
- Evaluer la perception de l'efficacité pédagogique de l'escape game

DISCUSSION

Elle portera sur les bénéfices de la sensibilisation des futures sages-femmes la problématique des violences conjugales, l'impact de l'escape game sur les apprentissages et le vécu des étudiant.e.s.

MOTS-CLES

Violences conjugales, escape game, sage-femme

FORMATION EN SANTE MENTALE A BRUXELLES, TOUS ENSEMBLE ! *POUR UN MEILLEUR ACCOMPAGNEMENT EN MEDECINE GENERALE*

Auteur·e·s : Lou Richelle¹, Nathalie Vanbeylen², Sylvie Cassiers³, Anne-Marie Offermans¹, Christophe Barbut⁴, Hassane Moussa⁵, Ann Roex⁶

Affiliation : ¹ Université Libre de Bruxelles, Département de Médecine Générale, Faculté de Médecine, ² Brusselse Huisartsenkring, Bruxelles ³ Réseau d'Aide aux Toxicomanes asbl, Bruxelles, ⁴ Fédération des Associations pour Médecins Généralistes de Bruxelles, Belgique, ⁵ Plateforme Bruxelloise pour la Santé Mentale, Bruxelles, ⁶ Vrije Universiteit Brussel, Faculteit van de Geneeskunde en Farmacie

Contact : lou.richelle@ulb.be

Face à l'importante prévalence des troubles de santé mentale à Bruxelles, exacerbée par la crise sanitaire, un projet de formation a été élaboré par 6 partenaires bruxellois (BHAK, FAMGB, RAT, DMG-ULB, Faculté de Médecine de la VUB). Ce projet bicommunautaire vise à offrir un soutien à la pratique à travers un volet formatif et collaboratif. Il s'adresse principalement aux MG de la région Bruxelloise souhaitant développer des compétences cliniques avancées et une meilleure collaboration interprofessionnelle dans l'accompagnement des patients présentant un trouble de santé mentale. La formation bilingue a ainsi démarré en septembre 2021. Elle est animée par différents intervenants médico-psychosociaux et comporte 8 modules couvrant plusieurs aspects de la santé mentale. Le dernier module, qui se déroulera dans les 4 antennes du Réseau Santé Mentale projet 107 a pour thématique la collaboration interdisciplinaire et servira à introduire le volet collaboratif. En effet, à travers une situation clinique complexe, nous mettrons en relation les médecins généralistes bicommunautaires du quartier avec les différents intervenants médico-psychosociaux et institutions locales. Pour soutenir la territorialisation des soins, nous mettrons en place, par la suite, des interventions et des concertations multidisciplinaires localement, en partant du vécu du médecin et en faisant appel à des intervenants médico-psychosociaux locaux, des pair-aidants et/ou comité d'aidants proches.

Nous visons, à travers ce projet, une meilleure connaissance des troubles de la santé mentale; la création de trajets de soins spécifiques en relation avec les dispositifs existants; un meilleur accès aux soins et une sensibilité accrue à la diversité culturelle des patients.

A ce stade-ci du projet, nous nous demandons comment procéder pour favoriser au mieux les collaborations professionnelles autour du médecin généraliste pour un meilleur accompagnement de ces patients ?

MOTS-CLES

Santé Mentale, Soutien à la pratique, Médecine Générale

**SESSION 2 - STRUCTURATION TERRITORIALE ET PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE –
PARTIE I (15H-16H15)**

	Modérateur de la session : Benoit Petré	Salle PhV
4 AI	Les communautés de pratique comme maillon de l'organisation des soins au niveau local.	Maguelone Vignes
5 CO	Une perspective territoriale en santé mentale pour répondre aux besoins de la première ligne	Céline Mahieu 
6 CO	Surexposition aux écrans chez les adolescents	Caroline Michot

AI= Atelier interactif ; CO=Communication orale

Auteur-e-s : Maguelone Vignes¹

Affiliation : Brusano

Contact : maguelone.vignes@brusano.brussels

DESCRIPTION ET FONDEMENT DU PROJET

Brusano lancera en 2022 une dizaine de communautés de pratiques à Bruxelles en soutien à l'émergence de nouvelles fonctions d'accompagnement de personnes en situation complexe ou à risque de l'être.

Il s'agit de fonctions endossables par des professionnels de disciplines et métiers variés, telles que celle de référent de proximité, née dans le cadre du projet Integreo BOOST, celle de case manager, conceptualisée notamment à partir du dispositif « Protocole 3 », ou celle d'organisateur de concertations multidisciplinaires.

L'incubation d'un tel dispositif au sein de Boost entre 2019 et 2021 et ses résultats pour la fonction de référent de proximité confortent Brusano dans le développement de l'initiative au-delà de cette fonction, par un déploiement territorial. Les communautés de pratique nées dans ce cadre initial ont regroupé une douzaine de participants de disciplines différentes (santé et social). Ils ont travaillé 1 séance par mois autour de 4 objectifs :

- Renforcer le fonctionnement en réseau des professionnels à un niveau local,
- Partager des ressources et ouvrir des pistes de solutions autour de cas concrets,
- Partager l'expérience sur la fonction et dégager des bonnes pratiques,
- Co-construire et expérimenter les outils soutenant la fonction.

PLANIFICATION

Brusano vise la mise en place de 10 nouvelles communautés de pratiques, ayant chacune une implantation locale, à partir de mai 2022 pour une durée d'un an.

RESULTATS ATTENDUS

Les objectifs sont la construction et la consolidation des fonctions visées, ainsi que la mise en réseau multidisciplinaire au niveau local pour soutenir les parcours des personnes accompagnées.

QUESTIONS

Comment stimuler l'utilisation et la mise en œuvre de communautés de pratiques à Bruxelles ?

En particulier, quelles modalités pratiques permettraient leur plein développement ?

Comment créer un équilibre entre un cadrage méthodologique rigoureux et un accès simplifié à ce type d'espaces de rencontre ?

MOTS-CLES

Communautés de pratique, Soins intégrés, Local

Auteur-e-s : Céline Mahieu¹, Laura Solar¹, Maxime Fontaine¹, Laura López Forés¹, Ilan Tojerow¹, Vanessa De Greef¹



Affiliation : ¹ Université Libre de Bruxelles

Contact : celine.j.mahieu@ulb.be

À Bruxelles, la prévalence du mal-être psychique est plus importante que dans les autres régions du pays, la population doit en outre faire face à des conditions spécifiques (pourcentage élevé de la population vivant sous le seuil de risque de pauvreté, forte proportion de personnes peu qualifiées, population multiculturelle, mobilité et organisation géographique des services, juxtaposition des compétences institutionnelles) susceptibles d'impacter l'accessibilité des services à tous. Le Livre Noir de la santé mentale bruxelloise (2018) dénonce des difficultés d'accès directement liées à la structure de l'offre elle-même et aux freins à la collaboration, en particulier les freins à la collaboration entre première ligne et services de santé mentale. Or, la première ligne représente l'acteur principal vers qui se tournent les personnes en demande d'un traitement dans le domaine de la santé mentale. Le besoin de collaboration entre métiers, entre structures et entre lignes, au-delà des limites strictes du secteur de la santé, est au cœur des analyses et pistes que nous avons explorée au cours de notre recherche-action menée dans deux quartiers anderlechtois, dans une logique de territorialisation de la santé mentale. La recherche-action comprenait d'une part des entretiens qualitatifs approfondis menés auprès de différents acteurs de la commune (en première et deuxième ligne, dans le secteur de la santé comme dans d'autres secteurs) ; d'autre part, une Méthode d'Analyse en Groupe (MAG), mise en œuvre dans deux quartiers. Cette méthode permet d'associer les acteurs de terrain et les chercheurs à la réalisation d'un diagnostic de terrain. Elle a débouché sur un certain nombre de recommandations et une liste d'outils qui ont été discutées avec les participants, y compris des représentants de l'asbl L'Equipe, et le groupe de chercheurs. Plus qu'une simple liste d'outils, l'ancrage anderlechtois nous a permis de construire certaines hypothèses quant aux conditions de succès des solutions déjà ou encore à mettre en œuvre. Ces pistes d'action ont été structurées en une « boîte à outils modulaire » autour de trois fonctions principales : la fonction de coordination sur un territoire, la fonction pour la capacitation de la première ligne, la fonction de référent.e santé mentale mobile dans chaque institution de première ligne.

MOTS-CLES

Territoire, Collaboration interprofessionnelle, Santé mentale

Auteur·e·s : Caroline Michot¹, Aurore Girard¹

Affiliation : ¹ UCLouvain, Faculté de médecine et médecine dentaire

Contact : carmichot@gmail.com

INTRODUCTION

Le médecin généraliste a-t-il un pouvoir d'action auprès des adolescents et de leurs parents en matière de prévention face à la surexposition aux écrans et ses conséquences biopsychosociales ?

METHODE

Une étude de type recherche-action a été menée auprès de six couples adolescent-parent, avec pour objectif d'analyser l'impact d'une intervention de prévention sur les habitudes de consommation d'écrans et la santé ressentie des adolescents. Plus globalement, l'étude a tenté de viser une meilleure adhésion des familles aux recommandations actuelles, d'explorer les difficultés éventuelles à instaurer un cadre familial en matière d'écrans et la manière d'aborder la question de la surexposition aux écrans en consultation de médecine générale.

RESULTATS

Au niveau quantitatif, aucune différence significative n'a été démontrée entre les deux échantillons appariés (questionnaire soumis avant et un mois après l'intervention). Au niveau de l'étude qualitative, quatre grands thèmes se sont dégagés : le besoin de communiquer des adolescents, l'ennui comme moteur de consommation des écrans, un style parental basé sur la confiance plutôt qu'un cadre familial strict autour des écrans, et l'importance de l'exploration des ressources du jeune.

DISCUSSION

On ne peut donc pas conclure à un impact significatif de l'intervention sur les habitudes de consommation d'écrans et la santé ressentie des jeunes.

Au regard de ce travail et en accord avec la littérature, l'approche devrait être basée sur le dialogue entre les jeunes et les parents, et s'inscrire dans un processus au long cours. Les habitudes de consommation d'écrans semblent en effet difficiles à changer, et aborder la question des écrans devrait donc se faire régulièrement en consultation.

CONCLUSION

Explorer les ressources du jeune et l'interroger sur son bien-être en évitant une approche confrontante et négative, apparaissent comme des points essentiels dans la prévention de comportements problématiques concernant les écrans.

MOTS-CLES

Ecrans, Adolescents, Prévention

SESSION 3 - FORMATION & PARTAGE DE CONNAISSANCES – PARTIE II (16H45-18H00)

Modérateur de la session : Pierre D'Ans		Salle BV
7 AI	Former au suivi d'un patient présentant une pathologie chronique en médecine : quelle évaluation par les patients?	Quentin Vanderhofstadt 
8 AI	Les humanités médicales pour former les soignants à l'éthique	Nathan Charlier
9 AI	Formation Assuétudes pour les assistant·e·s en médecine générale : et après ?	Lou Richelle
Pitch du poster		
10	Vers une articulation des approches de soins et de promotion de la santé dans la formation des professionnel·le·s de première ligne : Résultats préliminaires de deux revues de la littérature	Alyssa Hennebert Katlyne Guillaume

AI= Atelier interactif; CO=Communication orale

FORMER AU SUIVI D'UN PATIENT PRESENTANT UNE PATHOLOGIE CHRONIQUE EN MEDECINE : QUELLE EVALUATION PAR LES PATIENTS ?

Auteur-e-s : Quentin Vanderhofstadt¹, Lou Richelle¹, Sarah Nouwynck², Raphaël Panier¹, Vinciane Bellefontaine¹



Affiliation : ¹ Université Libre de Bruxelles, Département de Médecine Générale, Faculté de Médecine ² Université Libre de Bruxelles, Centre d'appui pédagogique

Contact : quentin.vanderhofstadt@ulb.be

Former adéquatement les médecins à l'accompagnement longitudinal de patients ayant des problèmes de santé chroniques est essentiel pour la première ligne de soins. La courte durée des stages de médecine lors de la formation initiale ne favorise pas le transfert de compétences à cette famille de situations cliniques.

En complément des stages, nous avons développé à l'ULB un dispositif pédagogique dont l'objectif est de renforcer les compétences mobilisées dans le cadre des suivis longitudinaux. L'accent est mis sur le développement des compétences relationnelles, la gestion de l'information au long cours, l'accompagnement dans la globalité et la réflexivité (métacognition).

Ce dispositif place les étudiants en situation de suivi longitudinal d'un patient en première ligne pendant 2,5 ans. Des séminaires permettant le partage d'expériences entre les étudiants jalonnent ce suivi et différentes ressources sont mises à leur disposition afin de favoriser au mieux l'acquisition des apprentissages malgré la diversité de situations rencontrées.

Nous évaluons formellement lors d'une défense orale et par l'analyse des productions :

- La participation assidue au projet ;
- La gestion de l'information à l'aide d'un dossier médical informatisé ;
- La capacité à développer une approche globale de santé ;
- L'analyse réflexive autour de l'expérience vécue.

Le développement des compétences relationnelles fait l'objet d'auto-évaluations et d'une réflexion critique sans évaluation certificative. L'évaluation régulière du dispositif par les enseignants et les étudiants est encourageante. Il nous manque à ce stade la perspective du patient qu'il nous semble essentielle d'intégrer dans ce projet.

De plus, nous espérons que la confrontation des étudiants en médecine, quelle que soit la spécialité à laquelle ils se destinent, au suivi longitudinal d'un patient dans le contexte de la première ligne contribuera à une meilleure perception des rôles respectifs des différents acteurs de soin et favorisera la collaboration entre lignes de soins.

QUESTIONS

Comment et pour quels aspects intégreriez-vous les patients à l'évaluation des apprentissages et du dispositif ?

MOTS-CLES

Suivi longitudinal, Dispositif pédagogique, Formation médicale initiale

Auteur·e·s : Nathan Charlier¹

Affiliation : ¹ Université de Liège, Département des Sciences de la Santé Publique

Contact : ncharlier@uliege.be

DESCRIPTION ET FONDEMENT DU PROJET

La formation des médecins à l'Université de Liège n'intègre que peu l'enjeu de l'éthique, pourtant central dans la pratique médicale. La position, la mission et le travail des médecins contribuent à donner forme à la société. Les soignants, au jour le jour, sont confrontés à des situations complexes, à des dilemmes qui demandent des savoirs et des compétences ne relevant pas des domaines cliniques et biomédicaux. Pourtant, leur formation fait défaut sur ces points. Dans de nombreuses universités de par le monde, le cursus des médecins en formation comprend des enseignements de sciences humaines et sociales (SHS) au sens large. Ces enseignements peuvent être regroupés sous le terme « humanités médicales » ; champ académique englobant les travaux de SHS étudiant des questions de santé, de soins et de médecine. Inspirés d'expériences développées en France, en Suisse, au Royaume-Uni et ailleurs, notre projet « Medical Humanities: ethics, politics and pedagogy for social sciences and biomedicine » ambitionne d'explorer et de développer de nouveaux enseignements dans la formation médicale, de manière à outiller les futurs médecins et à les former à leur engagement social, politique et éthique à venir.

PLANIFICATION

Ce travail interdisciplinaire associant philosophie, sciences politiques et santé publique est nourri par plusieurs axes de recherche en cours : comparaison transnationale de l'enseignement de l'éthique et des SHS aux soignants (2021), recueil des situations problématiques vécues par les soignants sur le plan éthique ou sociétal (2022), expérimentation progressive de nouveaux enseignements (2021-2024).

RESULTATS ATTENDUS

Nouveaux enseignements de SHS et éthique pertinents et adaptés à la pratique et aux besoins des soignants, pour les outiller à mieux répondre aux situations problématiques rencontrées et à être réflexif quant à leur rôle sociétal.

QUESTIONS

Quelles sont les situations problématiques sur le plan éthique et sociétale couramment rencontrées par les soignants de 1^e ligne et pour lesquelles ils et elles sont peu outillés ?

Comment y répondent-ils ?

Quels sont les principaux besoins perçus par les soignants en matière de formation à l'éthique ?

MOTS-CLES

Humanités médicales, Ethique, Formation médicale

Auteur·e·s : Lou Richelle¹, Sarah Nouwynck², Nadine Kacenenbogen¹

Affiliation : ¹ Université Libre de Bruxelles, Département de Médecine Générale, Faculté de Médecine ² Université Libre de Bruxelles, Centre d'appui pédagogique

Contact : lou.richelle@ulb.be

Le trouble lié à l'usage de substances est une problématique de Santé Publique en Belgique pourtant il existe une carence importante dans sa prise en charge en première ligne. Pour y pallier, un dispositif pédagogique innovant, basé sur la réalité de terrain et la littérature scientifique, a été mis en place en 2018 en Belgique francophone afin de former les assistants en médecine générale à l'accompagnement de tout patient présentant des assuétudes.

Ce dispositif vise à former des médecins compétents pour prendre en charge adéquatement ces patients. Il se base sur l'expérience et des apports théoriques scientifiques. La partie pratique du dispositif consistant en une expérience immersive d'un an à raison d'une demi-journée par semaine dans deux centres dédiés aux assuétudes et dans des institutions partenaires aux pratiques et aux publics variés. Dans chaque institution, une équipe pluridisciplinaire co-encadre et co-évalue les participants.

Une recherche-action est menée autour de ce projet ayant pour objectifs :

Objectif primaire : Evaluer les effets du dispositif chez les participants en termes de :

- Evolution des représentations liées aux assuétudes
- Acquisition de bonnes pratiques de soins
- Inclusion de patients avec trouble lié à l'usage de substances dans leur pratique

Objectif secondaire : Evaluer l'adéquation du dispositif par rapport aux objectifs pédagogiques (Evaluation à 360°c)

Pour ce faire, nous menons d'un côté une recherche qualitative auprès des participants et de l'autre, nous administrons des questionnaires de représentations et de compétences. Les lieux de formation sont parties prenantes depuis le début du projet de son élaboration et de son ajustement.

A ce stade, nous observons un impact favorable du dispositif. Pour que celui-ci soit durable, se pose la question suivante : comment soutenir les médecins ayant fini la formation assuétudes dans la construction d'une démarche collaborative et pluridisciplinaire pérenne par la suite ?

MOTS-CLES

Assuétudes, Médecine générale, Formation implicite

Auteur·e·s : Alyssa Hennebert¹, Katlyne Guillaume¹, Isabelle Aujoulat², Ségolène Malengreaux²

Affiliation : ¹ UCLouvain, Faculté de Santé Publique, ² UCLouvain, Institut de Recherche Santé et Société, Service Universitaire de Promotion de la Santé (RESO)

Contact : mariangela.fiorente@uclouvain.be

INTRODUCTION

La nécessité de réorienter les services de santé vers davantage de promotion de la santé et de prévention en matière de santé est appuyée par la littérature. Une des difficultés à cette réorientation réside dans le manque de préparation des professionnel·le·s de la 1^{ère} ligne, au cours de leur formation initiale, à développer certaines compétences complexes, qu'ils sont pourtant amenés à mobiliser dans leurs pratiques professionnelles, pour soutenir, entre autres, l'interdisciplinarité entre les professionnel·le·s de la santé et du social. Notre recherche vise à comprendre quelles sont les compétences nécessaires aux professionnel·le·s de la 1^{ère} ligne pour contribuer à réorienter les pratiques de soins vers davantage de promotion de la santé et de prévention et comment ces compétences sont actuellement travaillées dans la formation initiale et continue de ces professionnel·le·s.

METHODE

Une des premières étapes du projet est de réaliser deux rapides états des lieux au travers d'une analyse de la littérature scientifique et grise : l'une centrée sur les référentiels de compétences en prévention et promotion de la santé existants, et l'autre sur les pratiques pertinentes et innovantes en matière d'enseignement et de formation de la promotion de la santé et de la prévention au niveau international. Ces démarches de revues de la littérature sont réalisées par deux infirmières, dans le cadre d'un mémoire de master en sciences de la Santé Publique et accompagnées par les partenaires du projet de recherche.

RESULTATS

Les résultats de leurs analyses contribueront à une meilleure compréhension de l'articulation entre des compétences transversales de PPS et des compétences relationnelles dans le soin d'une part et à une meilleure compréhension des dispositifs méthodologiques favorables au développement de ces compétences transversales.

DISCUSSION

Ce travail de revue de la littérature constituera un socle théorique et méthodologique de départ, qui pourra s'enrichir de l'analyse des pratiques de formation en cours, pour contribuer à l'élaboration d'un référentiel de compétences assorti d'un ou plusieurs cahiers de charges, adaptés au contexte de la Fédération Wallonie Bruxelles.

MOTS-CLES

Formation, Promotion de la santé, Compétences

**SESSION 4 – STRUCTURATION TERRITORIALE ET PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE –
PARTIE II (16H45-18H00)**

Modératrice de la session : Thérèse Van Durme		Salle PhV
11 CO	Vaccination et professionnels de la première ligne : des alliés mais pas des exécutants de l'action publique locale	Céline Mahieu 
12 CO	Monitoring des enquêtes en contexte de COVID-19 à l'aune de la démocratie en santé	Delphine Kirkove 
Pitch du poster		
13	IMaGe : penser un accompagnement « gender friendly » des jeunes vivant avec une maladie chronique en Région bruxelloise – premiers résultats d'une étude qualitative	Tyana Lenoble

CO=Communication orale

Auteur-e-s : Céline Mahieu¹

Affiliation : ¹ Université Libre de Bruxelles, Centre de recherche interdisciplinaire en Approches sociales de la santé



Contact : celine.j.mahieu@ulb.be

Pour sensibiliser à la vaccination, plusieurs dispositifs locaux ont vu le jour à l'initiative des autorités régionales et communales bruxelloises : Vaccibus, Antennes locales dans les communes, appels téléphoniques et porte-à-porte auprès des 65 ans et plus, sensibilisation et vaccination par les médecins généralistes et en pharmacie, Relais d'action de quartier (RAQ). Pour comprendre le rôle (majeur) qu'y jouent les professionnels de l'aide et du soin (médecins, pharmaciens, assistants sociaux, etc.), nous avons réalisé des observations et entretiens qualitatifs in situ (51 personnes rencontrées), des entretiens qualitatifs approfondis (12 personnes) et des entretiens qualitatifs collectifs (trois groupes : GLEM de médecins généralistes, pharmaciens réunis par l'UPB, RAQ : 41 participants en tout). Loin d'être de simples exécutants des directives qui leur sont données, ces acteurs professionnels sont amenés à s'approprier les dispositifs régionaux, dont ils constituent un rouage essentiel car ils occupent des métiers et des fonctions en contact direct avec la population. Profondément relationnels, ces métiers exigent une adaptation constante aux particularités des situations et des personnes auprès desquels ils s'exercent. À travers leurs propres attitudes vis-à-vis du vaccin, leurs conceptions de leur propre rôle et leurs comportements vis-à-vis des publics, ils façonnent la stratégie vaccinale à différents niveaux. Des acteurs de terrain qui s'identifient à un rôle essentiellement passif (répondre aux demandes des citoyens s'ils en formulent) à ceux qui considèrent que leur métier ou leur fonction implique de se montrer proactif, il existe une vaste gamme d'attitudes que nous avons résumée en cinq idéaux-types. Tenir compte de l'hétérogénéité de représentations et de pratiques en matière de sensibilisation à la vaccination permettrait une meilleure collaboration entre pouvoirs publics et professionnels. La plupart de ces derniers refusent en particulier de participer à des actions perçues comme trop contrôlantes ou réduisant la santé de leurs usagers à la vaccination. La confiance que ces acteurs professionnels ont construit avec leurs publics est en effet une ressource sur laquelle on peut s'appuyer pour déployer des actions plus proactives en matière de sensibilisation à la vaccination mais c'est aussi un rapport fragile, précieux, à l'articulation de l'intérêt général et de la prise en compte des singularités.

MOTS-CLES

Groupes professionnels, Vaccination, Action publique

Auteur-e-s : Aurore Margat¹, Benoit Pétré², Daniela Toro Arrochet¹, Vincent de Andrade¹, Cyril Crozet¹ Delphine Kirkove² et Rémi Gagnayre¹



Affiliation : ¹ Université Sorbonne Paris Nord, Laboratoire Educations et Promotion de la Santé, ² Université de Liège, Département des Sciences de la Santé Publique

Contact : delphine.kirkove@uliege.be

INTRODUCTION

La crise sanitaire liée au COVID-19 exige de la population des efforts intenses et prolongés pour adapter ses comportements. Pouvoir documenter ces changements devient primordial pour ajuster le pilotage de la crise. Sur recommandation de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), de nombreuses enquêtes de monitoring ont été menées.

Considérant la participation des usagers comme essentielle, nous nous sommes intéressés à leur implication dans le processus des enquêtes.

METHODE

Une recherche documentaire a été menée sur base d'équations de recherche adaptées à partir des enquêtes identifiées lors du premier confinement en Belgique et en France entre avril et mai 2020.

Afin d'évaluer cette implication, les paramètres suivants ont été observés : les facteurs d'engagement, la présence de contenus liés à la participation et la prise en compte de la littératie en santé, à savoir « la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur santé ».

RESULTATS

Quarante-cinq études ont été retenues pour analyse finale.

Peu d'enquêtes ont fait appel à la participation des répondants : 11% pour leur diffusion, 2% pour leur conception et 4% des enquêtes ont été portées par des associations de patients.

Majoritairement, les enquêtes s'intéressent aux vécus et comportements des personnes comme la qualité de vie (73%), au détriment de la compréhension de leurs raisons explicatives comme la connaissance (17%).

L'analyse montre globalement que pour répondre aux questions, cela requiert un haut niveau de littératie (moyenne de 49.8/100 au test de lisibilité Flesch).

DISCUSSION

Alors que les principes de démocratie sanitaire semblent établis, le régime d'exception induit par l'épidémie n'a pas permis qu'ils soient toujours respectés. L'analyse de ces enquêtes est un révélateur de la fragilité des politiques de participation des citoyens et de leurs modalités concrètes.

MOTS-CLES

Littératie en santé, Participation du citoyen, Méthode d'enquête

Auteur·e·s : Tyana Lenoble¹, Marie Dauvrin

Affiliation : ¹ Haute Ecole Léonard de Vinci

Contact : marie.dauvrin@vinci.be

INTRODUCTION

Si l’amélioration de la vie avec la maladie chronique est une des priorités de santé publique, peu d’initiatives s’intéressent aux besoins des jeunes entre 15 et 24 ans, notamment au regard de leur genre. Or, le genre - et les rôles de genre – est un des déterminants sociaux de la santé qui est susceptible d’influencer l’expérience vécue par les jeunes et les solutions qu’ils vont recevoir ou mettre en place eux-mêmes pour vivre avec leur maladie chronique.

Le projet IMaGe vise à comprendre comment le genre et les rôles genrés sont intégrés dans l’accompagnement des jeunes âgés de 15 à 24 ans vivant avec une maladie chronique par les professionnels de la santé. Ce projet collaboratif repose sur le croisement des savoirs et l’égalité épistémique, matérialisés, entre autres, dans un groupe de résonance alliant patients, professionnels et enseignants.

METHODE

Dans une première étape, nous espérons réaliser 15 entretiens semi-directifs avec des jeunes âgés de 18 à 24 ans vivant avec une maladie chronique en région bruxelloise et 15 entretiens avec des professionnels de la santé, actifs en première et seconde ligne, également en région bruxelloise durant les mois de janvier à mars 2022.

Ces entretiens fourniront un matériau de base pour un travail d’analyse collectif selon la méthode de l’analyse en groupe, dans une seconde étape, opérationnalisée dans des groupes de travail collaboratifs homogènes (minimum un groupe de jeunes vivant avec une maladie chronique et un groupe de professionnels de santé). Avec l’appui méthodologique des chercheurs, menant en complément une analyse par catégorisation, ces groupes feront émerger les besoins et préférences des jeunes et des professionnels avant de proposer des pistes de solutions pour une prise en charge de la maladie chronique « gender & adolescent friendly » adaptée au contexte bruxellois.

RESULTATS

Dans cet exposé, nous présenterons les premiers résultats des entretiens, sur la base de l’analyse par catégorisation menée par les chercheurs.

DISCUSSION

Cet exposé sera l’occasion de faire le bilan des barrières et facilitateurs rencontrés lors du recrutement des participants.

MOTS-CLES

Adolescence/jeune adulte, Maladie chronique, Genre

SESSION 5 – FORMATION & PARTAGE DE CONNAISSANCES – PARTIE III (18H15-19H30)

Modérateur de la session : Jean-Luc Belche		Salle BV
14 AI	Equality Health Lab : Former à la lutte contre les inégalités sociales de santé en première ligne	Céline Mahieu 
15 CO	Application d'une nouvelle méthode dermoscopique en médecine générale : l'algorithme TADA « Triage Amalgamated Dermoscopic Algorithm »	Charline Chloé Biétry-Claudet
16 CO	Quelle place pour le gut-feeling dans le diagnostic de l'embolie pulmonaire en première ligne de soins ?	Elise Houvet

AI= Atelier interactif ; CO=Communication orale

Auteur-e-s : Céline Mahieu¹, Léa Di Biagi¹

Affiliation : ¹ Université Libre de Bruxelles, Centre de recherche interdisciplinaire en Approches sociales de la santé



Contact : celine.j.mahieu@ulb.be

L'Equality Health Lab a été initié en 2020-2021 au sein de l'Ecole de Santé Publique (ESP) de l'ULB pour allier enseignement, analyse et pratique autour de la thématique des inégalités sociales de santé. La première ligne joue en effet un rôle déterminant dans la lutte contre ces inégalités. Le public visé est composé d'étudiants du bloc 1 du Master en sciences de la santé publique. Le principe de l'Equality Health Lab est de contribuer à la formation des étudiants en leur donnant la possibilité d'expérimenter en pratique les enseignements de la santé publique tout en les invitant à participer à la mission de responsabilité sociale de l'université en mettant leurs travaux au service de la société civile. Cette année, le dispositif a été organisé sur la thématique « Migration et inégalités sociales en matière de santé », en collaboration avec des enseignants de la Faculté de droit. Les étudiants et enseignants de l'Equality Law Clinic de la Faculté de droit et ceux de l'Ecole de santé publique ont collaboré avec une avocate spécialisée en droit des étrangers pour mettre à jour le « Livre blanc sur l'autorisation de séjour pour des raisons médicales » (gter) grâce à leurs travaux d'analyse portant sur l'accès à la santé en Belgique pour les étrangers. Pour une application de la loi respectueuse des droits humains des étrangers gravement malades, ils ont été chargés d'y ajouter un volet concernant l'aide médicale urgente (AMU) et de proposer des pistes d'action. Des temps de recherche et d'échanges sont organisés, sous la guidance de mentors. L'approche projet permet aux étudiants de l'ESP de s'impliquer en tant qu'experts en santé publique pour travailler à de réels enjeux et contribuer à construire une société plus juste. Ce dispositif pédagogique permet à l'étudiant de se distancier de sa profession « de base » en se projetant en tant que cadre en santé publique, pour des interventions adaptées aux populations vulnérables. Par ailleurs, le travail en collaboration, incluant des acteurs de l'accompagnement social et juridique, répond à des besoins en termes de développement des compétences en première ligne.

MOTS-CLES

Innovation pédagogique, Inégalités sociales de santé, Migrants

Auteur-e-s : Charline Bietry-Claudet¹, Evelyne Harkemanne², Kiswendida Sawadogo³, Roger Petit¹, Isabelle Tromme²

Affiliation : ¹ Cabinet de Médecine générale du Dr Petit, La-Roche-en-Ardenne, ² Cliniques universitaires Saint-Luc, Service de Dermatologie, ³ Cliniques universitaires Saint-Luc, Support statistique, Institut Roi Albert II

Contact : c.bietryclaudet@gmail.com

INTRODUCTION

L'incidence des cancers cutanés est en augmentation constante. Les algorithmes diagnostiques décisionnels cliniques et dermoscopiques actuels sont conçus uniquement pour la détection des tumeurs cutanées pigmentées et peu connus des médecins généralistes. Une nouvelle méthode a été créée pour les débutants en dermoscopie, l'algorithme TADA, afin de diagnostiquer les tumeurs cutanées pigmentées et non pigmentées malignes, mais elle n'a jamais été testée « sur le terrain ».

OBJECTIFS

L'objectif principal est de comparer les résultats de la méthode TADA appliquée par deux médecins généralistes « in vivo » sur une patientèle rencontrée en médecine générale aux résultats retrouvés pour l'algorithme TADA lors de son application sur des images de lésions cutanées dans la littérature scientifique.

L'objectif secondaire est de comparer la sensibilité et la spécificité de la méthode d'apprentissage « classique » de la dermoscopie appliquée par deux médecins généralistes sur leur patientèle à la méthode TADA appliquée par ces mêmes médecins généralistes sur les mêmes lésions afin d'établir si une méthode est supérieure à une autre pour la détection des tumeurs cutanées malignes.

METHODOLOGIE

Afin d'atteindre nos objectifs, trois méthodes ont été utilisées :

- La revue non exhaustive de la littérature ;
- L'étude épidémiologique descriptive transversale de prévalence ;
- L'évaluation de méthodes diagnostiques.

RESULTATS

176 lésions ont été examinées sur 113 patients, 19,32 % d'entre elles se sont avérées malignes. La sensibilité de la méthode TADA est de 87,50 % ; sa spécificité de 88,50 %. La sensibilité de la méthode d'apprentissage « classique » est de 100 % ; sa spécificité de 97,30 %.

DISCUSSION

L'algorithme TADA obtient des résultats comparables à ceux retrouvés dans les études pilotes de la littérature scientifique.

La méthode d'apprentissage « classique » obtient une sensibilité et une spécificité supérieures à celles de la méthode TADA. En considérant d'autres aspects (durée de formation, difficulté d'apprentissage...), il n'y a pas de méthodes supérieures à l'autre mais des publics cibles différents.

CONCLUSION

L'algorithme TADA pourrait être appris aux médecins généralistes lors de leur formation et la méthode « classique » pourrait être réservée à des médecins très intéressés par la dermoscopie.

MOTS-CLES

Dermoscopie, Cancers cutanés, Méthode diagnostic, Médecine générale

QUELLE PLACE POUR LE GUT-FEELING DANS LE DIAGNOSTIC DE L'EMBOLIE PULMONAIRE EN PREMIERE LIGNE DE SOINS ?

Auteur-e-s : Elise Houvet¹

Affiliation : ¹UCLouvain

Contact : elise.houvet@gmail.com

INTRODUCTION

Lors d'un diagnostic de pathologie grave, le médecin généraliste peut ressentir un sentiment d'alarme qui l'incite à poursuivre ses investigations. L'embolie pulmonaire ayant une symptomatologie aspécifique, plusieurs éléments entrent en jeu dans le processus diagnostique de cette pathologie. Les éléments influençant le gut feeling et son implication dans le raisonnement clinique pour un diagnostic d'embolie pulmonaire sont encore mal définis.

L'objectif de cette étude qualitative auprès de médecins généralistes et urgentistes est de déterminer les éléments déclenchant l'intuition diagnostique de l'embolie pulmonaire ainsi que la place du gut feeling dans le processus réflexif du médecin. Une autre intention est d'évaluer l'implication de la connaissance du patient dans l'émergence de ce gut feeling en comparant le diagnostic d'embolie pulmonaire en médecine générale versus en médecine d'urgence.

METHODE

Cette étude est abordée par une méthode qualitative. 11 médecins généralistes et 6 urgentistes, de la région Bruxelloise et région Wallonne, ont été interviewés de façon individuelle avec un guide d'entretien semi-dirigé. Le critère d'inclusion est d'avoir diagnostiqué une embolie pulmonaire dans les 6 derniers mois précédant l'entretien.

RESULTATS

Lors du diagnostic d'embolie pulmonaire, il ressort dans un premier temps une diversité des plaintes présentées par le patient avec une brutalité de changement de comportement. Ensuite, une discordance entre des éléments cliniques et paracliniques évocateurs et la symptomatologie décrite par le patient ou l'évocation d'autres diagnostics est mise en évidence. Enfin, l'apparition d'un sentiment d'alarme éveille l'attention du médecin et oriente la prise en charge. Les médecins généralistes interrogés n'utilisent pas de score diagnostique.

CONCLUSION

Ce travail de fin d'étude met en évidence la présence d'un gut feeling dans le diagnostic de l'embolie pulmonaire. La connaissance du patient participe à son développement mais n'est pas le seul élément contributif car il est également présent en médecine d'urgence. Le gut feeling est pour les médecins généralistes plus déterminant que les scores diagnostiques de l'embolie pulmonaire dans la décision de prise en charge des patients.

MOTS-CLES

Embolie pulmonaire, Gut feeling, Sens d'alarme, Sentiment d'intestin, Score, Connaissance du patient, Raisonnement

SESSION 6 – COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE – PARTIE I (18H15-19H30)

Modératrice de la session : Laetitia Buret		Salle PhV
17 CO	L'accueil des plus vulnérables au sein de la fonction 0,5, une fonction d'adaptation ?	Léa Di Biagi 
18 AI	Développement d'un outil d'e-santé dans l'asthme au service de la collaboration soignants-patients dans un esprit de continuité entre la 1 ^{ère} et la 2 ^{ème} ligne de soins	Gilles Louis
26 CO	Les programmes d'hospitalisation à domicile : la communication au centre des préoccupations des professionnels de la première ligne et hospitaliers	Kathy Delabye 
Pitch de poster		
19	Améliorer la communication médecin – patient : analyse qualitative d'un outil d'aide à la communication : le teach back.	Marie Coulon

AI= Atelier interactif; CO=Communication orale

Auteur-e-s : Léa Di Biagi¹, Quentin Vanderhofstadt¹, Fabian Defraîne², Jessica Mellier¹, Ana Bengoetxea¹, Jennifer Foucart¹, Pierre D'Ans², Céline Mahieu¹



Affiliation : ¹ Université Libre de Bruxelles, Centre de recherche interdisciplinaire en Approches sociales de la santé, ² Haute école libre de Bruxelles Ilya Prigogine

Contact : lea.di.biagi@ulb.be

INTRODUCTION

La fonction 0,5 est constituée d'un ensemble de structures et de services composés de professionnels majoritairement issus des domaines de la santé et du social permettant un accompagnement multidisciplinaire. Elle a pour principal objectif d'être la porte d'entrée vers le système classique de santé pour les publics les plus vulnérables qui rencontrent des difficultés d'accès aux services de soins. L'accompagnement proposé par les professionnels au sein de cette fonction est en partie caractérisé par un accueil pluridisciplinaire, défini comme bas seuil et adapté à l'utilisateur. Comment la fonction 0,5 a-t-elle adaptée ses pratiques de l'accueil pour correspondre aux spécificités transversales des publics les plus vulnérables rencontrés par les professionnels ?

METHODOLOGIE

Nous avons réalisé une étude qualitative par théorisation ancrée au sein de la première ligne de soins bruxelloise et du Hainaut. Nous avons utilisé comme sources de données :

- Une analyse documentaire provenant de médias, de groupes Facebook, d'administrations, de représentants professionnels et d'acteurs de terrain ;
- Des entretiens approfondis auprès de professionnels de la 1ère ligne et de la ligne 0,5 (en pratique libérale et institutionnelle) ;
- Des études de cas au sein d'organisations de terrain.

RESULTATS

Les publics vulnérables sont définis par les professionnels comme ayant des spécificités transversales comme leurs modes de structuration, des difficultés d'accessibilités aux services de santé classique (financière, culturelle, ...), un cumul de problématique et une chronicisation de leurs vulnérabilités dans le temps. L'accueil au sein de la fonction 0,5 est caractérisée par les professionnels comme un lieu physique au sein duquel le partage et les échanges sociaux sont centraux, un lieu de non-demande et sécurisant pour les publics les plus vulnérables. Les éléments constitutifs de cet accueil sont en corrélation avec les spécificités des publics les plus vulnérables définis par les professionnels afin de créer et de maintenir le lien entre professionnels et publics.

DISCUSSION

L'organisation de la fonction d'accueil au sein des différentes structures de la ligne 0,5 est établie en adaptation avec les spécificités des publics les plus vulnérables mises en évidence par les professionnels de terrain. Si cette adaptation est un élément essentiel pour assurer la continuité de l'accompagnement en ligne 0,5, il paraît néanmoins important de comprendre comment cette

adaptation agit dans le cadre de la réorientation vers le système classique de santé et comment l'accompagnement par les professionnels agit en ce sens.

MOTS-CLES

Collaboration interprofessionnelle, Publics vulnérables, Ligne 0.5

DEVELOPPEMENT D'UN OUTIL D'E-SANTE DANS L'ASTHME AU SERVICE DE LA COLLABORATION SOIGNANTS-PATIENTS DANS UN ESPRIT DE CONTINUITE ENTRE LA 1ERE LIGNE ET LA 2EME LIGNE DE SOINS

Auteur·e·s : Gilles Louis¹, Delphine Kirkove¹, Renaud Louis², Michèle Guillaume¹, Benoit Pétré¹

Affiliation : ¹ Université de Liège, Département des sciences de la Santé Publique, ² Centre Hospitalier Universitaire de Liège, Service de Pneumologie

Contact : glouis@uliege.be

DESCRIPTION ET FONDEMENT DU PROJET

Bien que le programme GINA (Global Initiative for Asthma) ait contribué au cours des dernières décennies à améliorer les connaissances sur l'asthme, on peut constater :

- a) Un nombre important de mauvais diagnostics (sous/sur-diagnostic) en première ligne
- b) De nombreux patients diagnostiqués insuffisamment suivis et contrôlés.

Cela engendre notamment une altération de la qualité de vie des patients, mais aussi un impact négatif sur le budget des soins de santé. Récemment, la Commission européenne a considéré les outils d'E-santé, s'appuyant sur des résultats de santé rapportés par le patient (PROMs), comme un moyen de traiter ces difficultés.

PLANIFICATION DE LA REALISATION DU PROJET (OBJECTIFS ET ETAPES PRINCIPALES)

L'objectif du projet consiste à développer un outil d'E-santé dans l'asthme basé sur des PROMs au service du dépistage thématique précoce et de la gestion de la maladie.

Préalablement à son utilisation en pratique clinique, seront réalisées deux études de validation.

Celle du volet « dépistage » visera à valider que des échelles visuelles analogiques (EVA) mesurant la fréquence des symptômes d'asthme combinées à des valeurs spirométriques permettent de discriminer les patients suspectés d'asthme des autres.

Celle du volet « accompagnement » visera à déterminer les seuils des EVA mesurant l'intensité des symptômes d'asthme et leur impact sur la réalisation d'activités quotidiennes qui permettent de catégoriser le contrôle de l'asthme des patients.

Ces seuils devraient conduire à des aides à la décision pour les professionnels de santé quant aux actions à entreprendre avec le patient.

RESULTATS ATTENDUS

Il s'agit de développer un outil numérique, simple d'utilisation et non invasif, qui participe au renforcement de l'autogestion et du partenariat de soins en favorisant l'interaction avec le médecin spécialiste et généraliste du patient, dans un esprit de continuité entre la 1ère et la 2ème ligne de soins, via un système de transfert instantané des informations rapportées directement par le patient.

QUESTIONS

Quelles sont les principales conditions (barrières et leviers) liées à l'implémentation et à l'utilisation de l'outil en 1ère ligne de soins ?

MOTS-CLES

Asthme, Outil E-santé, PROM

Auteur-e-s : Kathy Delabye¹et²



Affiliation : ¹UCLouvain, Institut de Recherche Santé et Société, ² Haute Ecole Léonard de Vinci

Contact : kathy.delabye@uclouvain.be

INTRODUCTION

En Belgique, il existe une volonté d'accroître les alternatives à l'hospitalisation en transférant les soins de l'hôpital vers le milieu de vie du patient, comme l'hospitalisation à domicile. Pourtant son organisation, son financement, les critères d'inclusion de patients, de responsabilité, etc., n'ont pas encore été définis. De plus, aucun consensus n'existe quant aux résultats escomptés.

Deux étapes (un questionnaire et des brainstormings) ont mis en évidence l'importance de la communication interprofessionnelle et inter-organisationnelle dans ce contexte. L'objectif de cette étude est donc d'identifier : qui, dans quel contexte, pourquoi et comment fonctionne l'hospitalisation à domicile et cette communication.

METHODE

Des professionnels de la santé ont été sélectionnés afin de collaborer à l'ensemble du processus de collecte de données. Les critères de sélection étaient leur vision et leur expérience systémiques ou en tant que professionnels de terrain. Ensuite, certains ont été sollicités pour participer à des entretiens individuels en distanciel. L'objectif était d'approfondir la théorie résultant des deux premières étapes. Un premier entretien avait pour but de raconter une expérience et son évolution au cours du temps. Elle a ensuite été analysée pour être soumise au professionnel de santé lors du deuxième entretien. Des questions ouvertes ont été posées afin d'explorer les stratégies mises en place dans le cadre de cette communication.

RESULTATS

Les résultats seront présentés sous la forme de CME (contexte-mécanismes-effets).

DISCUSSION

Il s'agit de la deuxième phase d'un projet plus vaste. Les CME sélectionnés seront utilisées pour de futures études de cas.

CONCLUSION

Les professionnels impliqués communiquent leurs expériences concernant l'hospitalisation à domicile.

MOTS-CLES

Hospitalisation à domicile, Communication, Interprofessionnel

Auteur-e-s : Marie Coulon¹

Affiliation : ¹Université Libre de Bruxelles

Contact : macoulon93@gmail.com

INTRODUCTION

La littératie en santé est un déterminant majeur de la santé. Elle est notamment influencée par la communication médecin-patient via les informations transmises et surtout la manière de les transmettre. Un faible niveau de littératie en santé présente des effets négatifs importants sur la santé. En Belgique, un tiers de la population présente un faible niveau de littératie en santé. Il est dès lors primordial de l'améliorer.

OBJECTIF

L'objectif de l'étude est d'évaluer l'utilisation d'un outil d'aide à la communication en consultation de médecine générale : le « teach back ».

METHODE

Une étude qualitative a été réalisée. Les médecins généralistes participants ont été formés au teach back puis l'ont utilisé pendant trois semaines. Ensuite, ils ont été interrogés sur leur expérience via un entretien semi-dirigé.

RESULTATS

Huit médecins de profils variés ont participé à l'étude. La saturation des données a été atteinte pour certaines thématiques : le teach back permet de vérifier la compréhension du patient, il n'a pas d'effet négatif sur la relation thérapeutique et il nécessite une formation des étudiants en médecine. Les freins principaux à son utilisation étaient la difficulté de changer ses habitudes, la peur que le patient se sente stigmatisé et de l'augmentation de la durée de consultation.

CONCLUSION

Le teach back est une méthode simple, efficace et validée dans la littérature internationale qui permet d'augmenter la connaissance et la gestion des maladies par les patients en vérifiant leur compréhension. Il ressort de notre étude sur le terrain belge francophone que le teach back est une méthode applicable pour vérifier la compréhension du patient à condition qu'une formation des étudiants en médecine et des médecins soit organisée. Une étude à plus grande échelle avec une formation plus intensive permettrait de vérifier nos résultats.

MOTS-CLES

Teach back, Littératie en santé, Relation médecin-patient

SESSION 7 – PERSONNE VIVANT UNE SITUATION COMPLEXE(10H15-12H00)

Modérateur de la session : Jean Macq		Salle PhV
21 CO	« Ma vie est perdue » : douleurs chroniques neuro-musculo-squelettiques et risques de bifurcation de la trajectoire de vie.	Jessica Mellier 
22 CO	Définition et détection de la pré-fragilité au sein de la première ligne bruxelloise	Anne Ledoux 
24 CO	Dionysos : évaluation d'un dispositif de soutien au réseau des personnes âgées en situation de fragilité à Bruxelles	Alexis Creten 
29 CO	La collaboration interprofessionnelle entre les médecins généralistes et les psychologues de première ligne en Belgique	Annabelle Kinard
Pitch du poster		
25	Interventions de l'ergothérapeute au sein des équipes mobiles auprès de personnes âgées souffrant de dépression : modèle « Do-Live-Well »	Jennifer Wittevrouw

AI= Atelier interactif ; CO=Communication orale

Auteur-e-s : Jessica Mellier¹, Quentin Vanderhofstadt², Fabian Defraigne³, Léa Di Biagi⁴, Pierre D'ans³, Jennifer Foucart⁵, Céline Mahieu⁴, Ana Bengoetxea¹



Affiliation : ¹ Université Libre de Bruxelles, Unité de Recherche en Sciences de l'Ostéopathie, ² Université Libre de Bruxelles, Département de Médecine Générale, ³ Haute école libre de Bruxelles Ilya Prigogine, ⁴ Université Libre de Bruxelles, Centre de recherche interdisciplinaire en Approches sociales de la santé, ⁵ Université Libre de Bruxelles, Unité de Recherche en Psychophysiologie de la Motricité (URPSYCHO)

Contact : jessica.mellier@ulb.be

INTRODUCTION

L'enquête par questionnaire Be.hive menée en 2019 a révélé que la complexité était perçue différemment par les professionnels de la santé et les patients. Pour les patients, la douleur chronique est l'élément majoritairement cité parmi dix possibilités. Les professionnels quant à eux la citaient en avant dernier lieu. L'objectif est ici d'étudier les facteurs qui conduisent les patients à identifier la douleur chronique comme constitutive de la complexité qu'ils vivent.

METHODE

24 entretiens qualitatifs individuels ont été réalisés auprès de patients vivant avec des douleurs chroniques neuro-musculo-squelettiques (DCNMS), à l'aide d'un guide d'entretien semi-directif. Le recrutement s'est fait via des médecins généralistes, des kinésithérapeutes, des ostéopathes, un neurochirurgien et par le bouche à oreille. Le logiciel Atlas a été mobilisé pour analyser qualitativement les données. L'analyse a été faite sur base de la théorisation ancrée.

RESULTATS

L'apparition de DCNMS impacte les sphères professionnelle, sociale et intime (famille et de soi à soi), de la personne qui en souffre ainsi que de leurs proches. A ces contextes différents se surajoutent les rapports complexes entretenus avec le système de santé, les organismes assureurs ainsi que le marché du travail et de l'emploi. Une séquence d'action vécue dans plusieurs de ces milieux peut entraîner une nouvelle trajectoire de vie qui sera soit transitoire soit une bifurcation irréversible.

CONCLUSION

Le caractère intrinsèque des DCNMS, leur non-reconnaissance dans les différents contextes de vie ainsi que l'autocratie biomédicale sont au centre de la complexité des situations vécues et du basculement possible de la trajectoire de vie. Cette étude met en exergue les contextes et les dynamiques pouvant faire bifurquer une trajectoire de vie suite à l'installation de DCNMS.

MOTS-CLES

Douleurs chroniques, Trajectoire de vie, Approches biomédicales

Auteur·e·s : Anne Ledoux¹ et², Sophie Thunus¹



Affiliation : ¹ Institut de Recherche Santé et Société (IRSS), UClouvain et la ² Haute Ecole Léonard de Vinci

Contact : anne.ledoux@uclouvain.be

INTRODUCTION

Le concept de fragilité a été particulièrement étudié ces dernières années mais son stade précurseur, la pré-fragilité reste peu explorée à ce jour. En particulier, aucun accord n'existe quant à une définition de la pré-fragilité et aux outils de détection utilisables par les professionnels de la première ligne. Or l'utilisation d'outils de détection de la pré-fragilité permettrait de mettre en œuvre des interventions afin d'éviter le glissement vers la fragilité. Dès lors notre recherche vise à identifier une définition opérationnelle de la pré-fragilité et les outils de détection utilisables par ces professionnels. Cette recherche présente l'approche utilisée pour déterminer le cadre d'une recherche sur le Healthy Aging in Place menée à Bruxelles et centrée sur la personne âgée préfragile.

METHODE

D'avril à juillet 2021, nous avons réalisé une scoping review dans les bases de données suivantes : Ebsco open dissertation, Proquest, Opengrey, Grey Matters, Ethos, Public Health Research, JBI, Worldwide Science et Pubmed avec les mots-clés prefrailty, definition et screening tools (et leurs variantes). Les critères d'inclusion étaient de traiter de la pré-fragilité des personnes âgées vivant dans la communauté. Les résultats ont été confrontés à l'avis de cinq experts lors d'entretiens semi-dirigés. L'analyse thématique des données a été réalisée via le logiciel Nvivo.

RESULTATS

Au total, 21 documents ont été identifiés. Ils contenaient 14 définitions de pré-fragilité et 17 outils de dépistage de la fragilité. Parmi ceux-ci, 4 pourraient être utilisés par la première ligne bruxelloise. En raison de son approche holistique, les experts ont choisi unanimement la définition de Sezgin (2020). A défaut d'avoir identifié un outil pertinent, en lien avec la définition de Sezgin, les experts proposaient l'utilisation d'outils « maison », voire le BelRAI ou BelRAI screener (la version belge d'interRAI)

CONCLUSION

La définition proposée par Sezgin en 2020, le BelRAI et les outils « maisons » émergent de cette phase de recherche et constituent une première étape vers l'opérationnalisation du cadre des interventions en vue du maintien d'un équilibre occupationnel optimal de la personne âgée pré-fragile au domicile. L'étape suivante tentera de dégager des pistes d'amélioration de leur accompagnement par la première ligne de soins afin d'éviter le glissement vers la fragilité.

MOTS-CLES

Pré-fragilité, Définition, Outils de dépistage

Auteur-e-s : Alexis Creten¹, Thérèse Van Durme¹, Fabienne Ellenbecker², Mazlum Kara², Jean-Pierre Ermans²



Affiliation : ¹UCLouvain, Institut de Recherche Santé et Société ²Dionysos

Contact : alexis.creten@uclouvain.be

INTRODUCTION

Actif depuis 2009, le dispositif Dionysos soutient la personne en situation de fragilité et son réseau d'aidants formels et informels, afin d'améliorer ou maintenir leur qualité de vie, tout en favorisant le maintien à domicile. Le dispositif et le financement ont évolué depuis sa création. Les responsables et les financeurs ont donc souhaité évaluer Dionysos : Comment Dionysos arrive-t-il à avoir un effet favorable pour les personnes et leur réseau ? Quel(s) effet(s) ? Pour quelles personnes ? Pourquoi ?

METHODE

Un devis réaliste fondé sur une dynamique participative entre les parties prenantes et les chercheurs a été réalisé entre octobre 2020 et juin 2021. Nous avons eu recours à des observations participantes, des entretiens individuels semi-structurés, l'analyse de dossiers des personnes, des discussions de groupe mensuels avec différents profils de stakeholders, ainsi qu'un focus group final avec des prestataires de la première ligne.

RESULTATS

Les interventions reposent notamment sur des réunions de concertation orientées sur l'action pratique mais agissent sur les dimensions psychologiques, relationnelles, communicationnelles et humaines. De fait, les effets ne sont pas prédéfinis de manière standardisée mais se situent sur le plan du vécu des personnes et du meilleur fonctionnement du réseau.

La mise en alliance avec le demandeur et son réseau semble être une clé de voûte de ce dispositif, et est rendue possible grâce à un contexte favorable incluant la composition et l'expertise de l'équipe, la présence d'une personne de référence dans le réseau, la connaissance par l'équipe du réseau local, le financement au forfait et la position en seconde ligne du dispositif, permettant de lever la pression liée à la mise en place des services éventuellement requis.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Partant du croisement des données et des regards, l'évaluation permet d'affirmer l'effet favorable de Dionysos sur le renforcement du réseau et la satisfaction des bénéficiaires et collaborateurs. L'évaluation réaliste s'est avérée bien adaptée pour évaluer les dispositifs tels que celui de Dionysos (complexes, en milieu réel, aux effets variés sur le temps long et interagissant avec le contexte d'intervention).

MOTS-CLES

Personne âgée fragile, Première ligne, Evaluation réaliste

Auteur-e-s : Annabelle Kinard¹

Affiliation : ¹Université de Liège

Contact : annabelle.kinard@uliege.be

INTRODUCTION

L'implémentation de soins intégrés prenant en compte une vision globale du patient a engendré la prise en compte des aspects psychosociaux dans les soins primaires qui s'est progressivement intensifiée au niveau international. Ainsi, la Belgique tout comme les Pays-Bas, l'Australie, l'Angleterre et les Etats-Unis se sont orientés vers un modèle de santé publique basé sur une approche communautaire afin de renforcer l'accès aux soins psychologiques. Les soins psychologiques de première ligne ont été implémentés en Belgique à partir de janvier 2019 avec la mise en place de réseaux de santé mentale adultes (Jacob et al.,2016). Ceux-ci permettent aux patients de façon inédite d'accéder à un remboursement des séances. Notre étude faisant partie d'un projet de recherche interuniversitaire (EPCAP) a pour objectif d'analyser le profil des intervenants ainsi que les pratiques collaboratives entre les psychologues de première ligne et les médecins généralistes.

METHODE

Nous avons développé une méthodologie mixte de type séquentielle explicative (Creswell, 2006). Une enquête en ligne a été adressée aux psychologues de première ligne (n =310) et aux médecins généralistes (n=270) composée d'échelles évaluant: Les attitudes envers la collaboration interprofessionnelle, le sentiment d'auto-efficacité perçue, le temps dédié à son activité, les stéréotypes interprofessionnels et les pratiques collaboratives (échelle de Kenaszchuk et ses collègues,2010). Deux questions ouvertes portaient sur les difficultés rencontrées au sein du dispositif et leurs recommandations.

RESULTATS

Les analyses statistiques mettent en évidence des effets distincts des facteurs étudiés sur la mise en place de pratiques collaboratives de première ligne. Des attitudes interprofessionnelles positives prédisent de façon significative la mise en place de pratiques collaboratives pour chacune des professions.

DISCUSSION

Les stéréotypes et les attitudes ont une influence déterminante dans la mise en place des pratiques collaboratives en première ligne. Nos résultats s'inscrivent dans la lignée d'études préalablement menées prônant des stratégies visant à dépasser les stéréotypes via des temps d'échanges de qualité et la mise en place d'éducation interprofessionnelle.

MOTS-CLES

Collaboration interprofessionnelle, Soins primaires en santé mentale, Stéréotypes interprofessionnels

Auteur-e-s : Jennifer Wittevrouw¹, Julie Paradis²

Affiliation : ¹ Haute Ecole Léonard de Vinci, Département ergothérapie, ² Haute Ecole Léonard de Vinci

Contact : jenniferwittewrouw@hotmail.com

INTRODUCTION

Certaines personnes âgées présentent une fragilité psychologique souvent accompagnée d'un syndrome dépressif invalidant.

La réforme "Psy 107" des soins de santé mentale préconisant la prise en charge des personnes dans leur milieu de vie a conduit à la création d'équipes mobiles dans lesquelles intervient l'ergothérapeute. A ce jour, peu d'études ont été réalisées sur la pratique professionnelle de ces équipes, en particulier auprès de ces personnes nécessitant des soins spécifiques à la frontière de la gériatrie et de la psychiatrie.

Dans cette étude, la pratique professionnelle des équipes mobiles auprès du public cible a été investiguée en utilisant un modèle ergothérapeutique récent, le Do-Live-Well.

METHODE

Une étude qualitative utilisant des entretiens semi-structurés a été menée. Des ergothérapeutes travaillant dans des équipes mobiles 2B et ayant une expérience avec des personnes âgées dépressives ont été interviewés par téléphone. Le guide d'entretien, testé au préalable, comprenait le contexte de la pratique, l'évaluation et l'intervention ergothérapeutique au regard du modèle Do-Live-Well. Les entretiens ont été retranscrits verbatim et codés en catégories et sous-catégories.

RESULTATS

5 ergothérapeutes venant de 4 équipes mobiles 2B ont participé. Ils rapportent une uniformisation des pratiques entre les intervenants mais aussi un travail pluridisciplinaire en binôme permettant d'apporter des visions colorées de leur métier (ergothérapeute, assistant social, psychologue).

Les interventions des ergothérapeutes auprès du public cible sont essentiellement tournées vers l'accompagnement, l'écoute et la mise en place d'un réseau autour de la personne mais sans cadre conceptuel défini.

Le modèle Do-Live-Well a suscité un vif intérêt tant pour son approche théorique que pour les exercices car il correspond aux préoccupations de terrain.

DISCUSSION

Le modèle Do-Live-Well permettrait d'intégrer l'approche ergothérapeutique et une évaluation systématique d'éléments clés de la prise en charge de la personne âgée dépressive dans son milieu de vie par les équipes mobiles 2B.

MOTS-CLES

Personne âgée, Dépression, Equipe mobile

SESSION 8 – COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE – PARTIE II (10H15-12H00)

	Modératrice de la session : Céline Mahieu	Salle BV
23 CO	Clarification de la fonction de gestionnaire de cas au niveau de la première ligne d'aide et de soins en Belgique francophone	Romy van Noppen 
27 AI	SAM : un outil d'accès à l'information pour les aidants	Dan Lecocq 
28 AI	Une plateforme d'échanges interprofessionnelle : la PPLW	Paul De Munck 
30 AI	Relier les savoirs complexes en santé via une communauté de pratique digitale.	Kevin Boulanger
	Pitch de 2 posters	
29	Le streptocoque bêta-hémolytique du groupe B : le rôle de la sage-femme dans la prévention de la colonisation maternelle et de la transmission périnatale	Adeline Nolf
20	Comment renforcer la sororité entre sages-femmes indépendantes et sages-femmes hospitalières dans le cadre de l'accouchement à domicile en Belgique ?	Javiera Fonseca Escribano

AI= Atelier interactif ; CO=Communication orale

CLARIFICATION DE LA FONCTION DE GESTIONNAIRE DE CAS AU NIVEAU DE LA PREMIERE LIGNE D'AIDE ET DE SOINS EN BELGIQUE FRANCOPHONE

Auteur-e-s : Romy Van Noppen¹et², Thérèse Van Durme¹, Jean Macq¹

Affiliation : ¹ UCLouvain, Institut de Recherche Santé et Société, ² Haute Ecole Namur-Liège-Luxembourg



Contact : vannoppen.romy@uclouvain.be

INTRODUCTION

Au cours des deux dernières décennies, l'intégration des soins est devenue une préoccupation majeure pour les systèmes de santé. En réponse à ce défi international, la Belgique francophone a exploré une nouvelle fonction, celle du gestionnaire de cas. Néanmoins, un manque de clarté persiste pour cette fonction, notamment au niveau de la première ligne d'aide et de soins en Belgique francophone. Cette communication vise donc à préciser le rôle du gestionnaire de cas dans ce contexte.

METHODE

Trois focus groups constitués de gestionnaires de cas, de coordinateurs de soins et de prestataires de santé et du social de la première ligne ont été menés à Namur dans le cadre du projet Intégré RésiNam. Le guide d'entretien a exploré les perceptions des participants quant à la fonction de gestionnaire de cas, à travers leurs pratiques collaboratives quotidiennes.

RESULTATS

La fonction de gestionnaire de cas a été perçue par les participants comme un soutien lors de l'accompagnement de personnes vivant une situation particulièrement complexe. Néanmoins, une confusion persiste quant à son rôle par rapport à celui de coordinateur de soins, notamment en ce qui concerne l'évaluation de la situation, le plan de soins et sa mise en œuvre. De plus, le rôle attribué au gestionnaire de cas décrit par les participants ne correspond pas à sa description dans la littérature.

DISCUSSION

L'absence de cadre légal, de référentiel de compétences ou encore de formation pour la fonction de gestionnaire de cas au niveau de la première ligne d'aide et de soins en Belgique francophone pourraient contribuer au manque de clarté, voire à une confusion des rôles avec d'autres disciplines de la santé.

CONCLUSION

Cette étude met bien en valeur l'importance de poursuivre la clarification de cette fonction par une description détaillée des activités qui pourrait être élaborée par les gestionnaires de cas eux-mêmes.

MOTS-CLES

Gestionnaire de cas, Clarification de la fonction, Première ligne d'aide et de soins

Auteur·e·s : Marine Salou¹, André Néron², Dan Lecocq³

Affiliation : ¹ Réseau « Solidaire A la Maison » (SAM), ² Université Libre de Bruxelles, Bureau partenariat patient, ³ Université Libre de Bruxelles, Ecole de Santé Publique



Contact : marine.salou@reseau-sam.be

Le projet « Solidaire A la Maison » (SAM) a démarré en 2016, initialement au sein de l'asbl Aidants Proches Bruxelles, avant de devenir une asbl distincte en 2018. « Ah si j'avais su que ce type de structure existait » (...) « Je vous appelle mais je ne peux pas être aidé ... c'est ma femme l'aidant proche pas moi » (...) La nature des appels téléphoniques reçus par l'asbl témoigne des difficultés rencontrées et de l'épuisement dans la recherche d'informations par les citoyens, proches et patients confrontés à des situations de perte d'indépendance et/ou d'autonomie. C'est ainsi que naît l'identité SAM. Être SAM, c'est se sentir concerné par le bien-être d'une personne âgée, malade ou en situation de handicap, se sentir « Solidaire A la Maison ». L'équipe de SAM s'est mobilisée avec comme but de permettre à toutes ces personnes de consacrer leur énergie à l'accompagnement et au soutien de l'aidé. SAM bénéficie de l'accompagnement scientifique du projet par le bureau partenariat patient et des enseignants-chercheurs de l'école de santé publique de l'ULB.

SAM s'est attelé à la création d'un outil visant à faire en sorte que tout aidant trouve de l'aide et que toute aide puisse trouver le public auquel elle s'adresse. Un premier axe de travail de SAM est donc de faire en sorte que tous les citoyens qui font l'expérience de la maladie, du handicap ou souffrent des conséquences du vieillissement ainsi que tous ceux qui les soutiennent (aidant proches, professionnels de santé, entourage etc.) s'identifient en tant qu'utilisateur des outils de SAM. Un deuxième axe vise à faciliter et à favoriser l'accès à l'information pertinente pour tous ces citoyens avec une double contrainte : centraliser et conserver une portée générale tout en étant spécifique le cas échéant, ce qui nécessite un travail d'identification des besoins, inscrits dans une perspective de temporalité, d'étape de vie, d'accessibilité, etc. réalisé avec les professionnels et des aidants proches partenaires. La volonté de créer du lien est au cœur du projet SAM. Tout professionnel de la première ligne peut être à la fois utilisateur et contributeur du projet. Le projet est par nature un projet collaboratif ouvert à tous les acteurs concernés par la perte d'indépendance et/ou d'autonomie.

Devant l'ampleur de la tâche et dans une logique d'efficacité, un logiciel incluant un moteur de recherche d'informations a été développé en travaillant sur le découplage et l'interopérabilité avec d'autres plateformes et sites internet dans une dynamique de réseau. La plateforme ainsi créée facilite et favorise de la sorte l'accès à l'information des SAM de manière à alléger leur charge en créant un outil rassemblant et structurant l'information utile et pertinente. Ainsi, SAM propose depuis 3 ans un outil en ligne coconstruit en vue d'accroître la capacité de tous les utilisateurs à prendre des décisions et de permettre des choix éclairés orientés vers les projets de vie des intéressés.

Depuis la mise en ligne du site <https://www.reseau-sam.be/fr/> en octobre 2018, SAM a comptabilisé 105 315 interactions (interactions via permanence téléphonique d'information joignable 7/7 j, via

permanence juridique du jeudi, chat et réseaux sociaux), 530 900 visiteurs sur le site et 390 005 vues sur sa chaîne YouTube.

Le projet est sorti de sa phase pilote depuis la création de l'asbl SAM. Depuis son origine, SAM a été soutenu par différents types de financements ponctuels : Fondation Roi Baudouin, COCOF, COCOM, AVIQ. Le prix du Mérite social de la Ville de Bruxelles en 2017 et sa nomination au prix du Bruxellois de l'année en 2018 l'ont rapproché également des Mutuelles (dont Partenamut).

Mais si le projet SAM a réussi à s'inscrire dans la durée c'est grâce au soutien d'une autre asbl, présente depuis ses premiers pas : Télé-Secours, présente pour assurer sa survie financière ceci malgré ses finances elles-mêmes limitées. Le projet reste ainsi, malgré ces résultats positifs en quête de soutien.

La tâche étant considérable – aider plus d'1 million de Belges à s'identifier comme SAM et nourrir la plateforme qui permettra de les aider – SAM est encore à la recherche de sources durables de financement.

QUESTIONS

Le projet SAM a été développé depuis l'origine dans le respect de la méthodologie « patient partenaire ». Le workshop sera l'occasion de discuter des avantages et des limites de cette approche. SAM est un projet en perpétuelle évolution (« Beta » permanent). Le workshop sera aussi une occasion pour SAM de confronter l'« implémentation » des notions de besoins, temporalité, étapes de vie, interopérabilité, etc développées avec les aidants-proches partenaires dans la nouvelle version du site avec la vision du panel de professionnels présents lors du colloque.

MOTS-CLES

Aidant, Information, Partenariat patient

Auteur·e·s : Paul De Munck^{1,2}



Affiliation : ¹Plateforme de Première Ligne Wallonne, ²Groupement Belge des Omnipraticiens

Contact : info@pplw.be

La [Plateforme de Première Ligne Wallonne](#) (PPLW) regroupe les fédérations des professionnels de première ligne de soins de santé et d'aide de Wallonie. La PPLW se veut fédératrice et intégratrice. En effet, elle rassemble ces métiers intervenant de façon multidisciplinaire en ambulatoire dans le parcours de vie du patient. Elle vise à promouvoir le décloisonnement des pratiques et une coordination efficiente. Elle intensifie la communication en vue d'établir un partenariat durable et respectueux entre tous les acteurs de soins qui la composent et les citoyens. Elle se veut être un interlocuteur de référence des pouvoirs publics pour tout sujet concernant la première ligne de soins. Outre la poursuite de son objet social, la PPLW porte une importante action de formation en e-Santé des professionnels de santé en Wallonie.

En tant que plateforme d'échanges entre les métiers de la première ligne, la PPLW a joué un rôle important dans le partage des connaissances interprofessionnel lors de la pandémie, afin de contribuer à la sensibilisation des professionnels à propos des compétences des autres métiers, mais également à propos des défis et forces de et pour la première ligne.

Durant cet atelier, nous proposons de présenter la plus-value de la PPLW dans la structuration de la première ligne wallonne. Nous évoquerons brièvement la naissance de la PPLB-BELZ, sa petite sœur bruxelloise. Enfin, l'interaction avec le public permettra de construire un argumentaire à propos de la plus-value d'une plateforme d'échanges multi professionnelle de la première ligne, à l'échelle d'une région, tant pour les professionnels que pour les décideurs en santé.

MOTS-CLES

Echanges interprofessionnels, Première Ligne

Auteur-e-s : Kevin Boulanger^{1, 2 et 3}

Affiliation : ¹Cabinet de médecine générale dans la région liégeoise, ²Fondateur de la communauté de pratique WeLinkCare, ³ULiège, faculté de Médecine, collaborateur et Maitre de stage loco-régionaux

Contact : k.boulanger@welinkcare.be

[WeLinkCare](#) est un projet porté par une communauté de professionnels, d'établissements et d'organismes compétents. La plateforme Internet met à disposition des professionnels des sources d'informations complémentaires, basées sur le principe que les savoirs en santé existent. La nécessité est aujourd'hui de relier ceux qui savent avec ceux qui recherchent ce savoir.

Au travers du partage de connaissances via son site, WeLinkCare veut valoriser également la connaissance plus fine du réseau de soins qui nous entoure. Ceci rejoint sa vision que les professionnels ont besoin de disposer de connaissances au sujet des savoirs complexes, c'est-à-dire ceux pour lesquels il n'existe ni certitude, ni consensus, mais des bases réflexives. Parmi les exemples figurent notamment l'adaptation des gestes techniques au contexte local, l'éthique clinique, le décrochage scolaire, la précarité, les aspects juridiques, déontologiques, voire sociologiques. Ces savoirs touchent à des approches différentes qui caractérisent le monde de la santé, permettant une approche pluridisciplinaire des savoirs, tout en créant des liens entre les professionnels, afin de collaborer mieux. Ceci contribue à augmenter la cohérence de la prise en charge des personnes et donc, l'intégration de la santé mentale et de l'aide.

QUESTIONS

L'atelier démarrera par une brève présentation de la vision de WeLinkCare et laissera un large champ d'interaction avec le public, guidé par des questions posées par l'orateur mais également en réponse à celles du public. Quelques exemples de questions : « Quelles sont vos attentes par rapport à un tel outil pour améliorer vos pratiques (de collaboration) ? », « Comment un tel outil peut-il améliorer un système de santé ? », « Comment donner envie à vos collègues de contribuer/utiliser WeLinkcare ? ».

MOTS-CLES

Communauté de pratiques, Intelligence collective, Complexité

Auteur-e-s : Adeline Nolf¹, Martin Volon², Jean-Pol Warzée^{3 et 4}

Affiliation : ¹ Sage-femme indépendante, ancienne étudiante de la Haute Ecole Libre de Bruxelles, ² Haute Ecole Libre de Bruxelles, Section sage-femme, ³ Haute Ecole Libre de Bruxelles, ⁴ Ligue Scientifique Européenne des Probiotiques (ESLP).

Travail de fin d'études présenté en vue de l'obtention du grade de Bachelier Sage-Femme, Haute Ecole Libre de Bruxelles Ilya Prigogine (HELB), Catégorie Paramédicale, année académique 2018-2019.

Contact : adeline.nolf@gmail.com

INTRODUCTION

L'objectif principal de ce travail de fin d'études est de déterminer le rôle de la sage-femme, en première ligne auprès des femmes enceintes, pour prévenir la colonisation maternelle par le streptocoque bêta-hémolytique du groupe B (GBS) et sa transmission périnatale dans un but de prévention des infections néonatales précoces. Cette recherche a le souhait d'élargir nos pratiques vers une approche globale avec le bénéficiaire pour acteur principal.

METHODE

Nous avons réalisé une recherche documentaire en utilisant différents moteurs de recherche : PubMed, Cinahl, LiSSa, ScienceDirect, Cochrane, catalogue de la HELB, Google Scholar. Les mots-clés utilisés sont : *streptococcus agalactiae*, *pregnancy*, *delivery*, *physiopathology*, *microbiology*, *epidemiology*, *prevention*, *screening*, *risk*, *risk factors*, *guidelines*, *infectious*, *disease*, *vertical transmission*, *neonatal infection*, *early-onset disease*, *midwifery*, *complementary therapies*, *antibioticprophylaxis*, *intrapartum antibiotic*, *vaccine*, *phytotherapy*, *plant*, *aromatherapy*, *essential oils*, *microbiome*, *microbiota*, *probiotic*, *nutrition*. 144 références ont été retenues. Cette analyse de la littérature nous a permis de faire un état des lieux du sujet en étudiant les différents documents s'y rapportant. Nous avons ainsi étudié la physiopathologie du GBS, les facteurs de risques de colonisation et de transmission, la morbidité et la mortalité, les mécanismes de transmission périnatale, les différents moyens de dépistage, un ensemble de moyens préventifs le plus exhaustif possible ainsi que les avantages et les risques de l'antibioprophylaxie intra-partum. Cette base théorique a permis d'argumenter notre réflexion sur le thème et a fait ressortir le rôle de la sage-femme.

RESULTATS ET DISCUSSION

Nous avons ainsi mis en avant que les recommandations actuelles préconisant le dépistage universel et l'antibioprophylaxie intra-partum font débat. En effet, le dépistage préconisé ne tient pas compte de la physiopathologie de la bactérie. De plus, l'antibioprophylaxie systématique peut avoir des conséquences néfastes sur les mères et leurs nouveau-nés. En tant que sages-femmes, nous avons un rôle essentiel qui est de rendre les femmes actrices de leur santé dans le but de maintenir la physiologie de la grossesse, de l'accouchement, du post-partum et également dans le but de maintenir les familles en santé. L'étude de la physiopathologie de la bactérie et des facteurs de risques d'infection néonatale nous ont permis de mettre en avant des moyens préventifs alternatifs et complémentaires tant en prénatal que lors de la mise au monde. Certains moyens préventifs nécessitent la collaboration avec d'autres professionnels afin

d'optimiser les effets bénéfiques pour la santé des familles.

CONCLUSION

La sage-femme a un rôle essentiel d'accompagnement des femmes pour prévenir la colonisation maternelle et la transmission périnatale par le GBS. Ce travail soutient également la nécessité d'une collaboration interprofessionnelle et avec le bénéficiaire au travers du partage de connaissances et de la promotion de la santé.

MOTS-CLES

Sage-femme, Prévention, Streptocoque-beta-hémolytique

Auteur-e-s : Javiera Fonseca Escribano¹, H. Jonkers¹, E. Stevens¹

Affiliation : 'Haute Ecole Libre de Bruxelles Ilya Prigogine

Contact : javierafonsecaes@gmail.com

INTRODUCTION

Ce travail ouvre une réflexion sur l'accouchement à domicile et les raisons pouvant entraver la collaboration interprofessionnelle entre sage-femmes indépendantes et sage-femmes hospitalière. L'objectif principal est d'identifier les conditions favorisant le développement d'un travail en réseau ainsi qu'une pratique collaborative efficiente et bienveillante.

METHODE

Il s'agit d'un travail de recherche documentaire et d'analyse. Les moteurs de recherche utilisés sont Google scholar et PUBMED. Les bases de données, Medline, SciELO, academia.edu, Cairn et le Catalogue de la bibliothèque Helb Ilya Prigogine.

RESULTATS

Nos résultats permettent de souligner que l'évidence scientifique démontre la sécurité de l'accouchement à domicile, et que la demande des femmes, bien que mineure, est une constante qui perdure au fil des années. Néanmoins, les sage-femmes et les familles rencontrent des difficultés. Celles-ci sont principalement en faisant ce choix. Difficultés liées à la confrontation du paradigme médical et de celui de l'accompagnement global assuré par les sage-femmes indépendantes, mais également aux défauts dans l'organisation des soins autour de l'accouchement à domicile.

DISCUSSION

Ce travail fournit de recommandations et expériences élaborées dans d'autres pays, qui démontrent qu'une collaboration fluide est possible. Le principe de sororité apparaît comme un outil renforçant les initiatives qui promeuvent des relations amiables et collaboratives entre sage-femmes indépendantes et sage-femmes hospitalières.

CONCLUSION

Compte tenu des résultats obtenus et du contexte actuel de la profession de sage-femme en Belgique, nous pouvons conclure que renforcer les relations entre sage-femmes à travers le principe de sororité est une stratégie qui peut améliorer la collaboration interprofessionnelle dans le cadre de l'accouchement à domicile.

MOTS-CLES

Sage-femmes, Sororité, Collaboration interprofessionnelle

Tableau I - thématiques jugées innovantes par les acteurs professionnels de la première ligne de soins et d'aide et les bénéficiaires

Thématique		Acteurs professionnels (AP)	Bénéficiaires (B)
01.	communication entre soignants et patients		X
02.	communication entre professionnels	X	
03.	collaboration interprofessionnelle	X	X
04.	empowerment /développement du pouvoir d'agir du patient	X	X
05.	partenariat avec le patient	X	X
06.	bien-être et santé mentale des professionnels	X	X
07.	bien-être et santé mentale des patients		X
08.	prise en considération des aspects sociaux et de leur impact sur la santé (en ce compris la lutte contre les inégalités sociales en santé)	X	X

Tableau II - caractéristiques d'un dispositif pédagogique jugé innovant en termes de contenu et de méthode par les acteurs professionnels de la première ligne de soins et d'aide et les bénéficiaires

CRITÈRES		CONTENU	MÉTHODE	AP	B
01.	Le dispositif prévoit un partage de leur vécu et de leurs savoirs expérimentiels par des patients	X	X		X
02.	Le dispositif prévoit la participation active des patients		X		X
03.	Le dispositif inclut des étudiants de plusieurs cursus de formation de la santé		X	X	
04.	Le dispositif inclut des étudiants de plusieurs cursus de formation de la santé et du social		X	X	
05.	Le dispositif prévoit des contacts répétés entre étudiants de disciplines différentes		X	X	X
06.	Le dispositif invite les étudiants à réfléchir sur la façon dont ils travaillent en tant que professionnels de la santé et, le cas échéant, à modifier leur façon d'être ou d'agir (réflexivité)		X	X	
07.	Le dispositif prévoit le développement de compétences de savoir-être des professionnels (de type : connaissance de soi, langage des émotions, communication non-violente, etc.)	X		X	X
08.	Le dispositif permet aux étudiants de mieux se connaître (eux-mêmes)	X		X	
09.	Le dispositif permet à l'étudiant de réfléchir à la façon dont il apprend (métacognition)		X	X	
10.	Le dispositif mobilise les expériences vécues par les étudiants en situation professionnelle	X		X	
11.	Le dispositif prépare la transférabilité de l'apprentissage en impliquant les étudiants dans un projet concret		X		X
12.	Le dispositif prépare la transférabilité de l'apprentissage en mettant les étudiants dans des situations proche de la réalité de terrain (authentiques)		X	X	X
13.	Le dispositif intègre des savoirs des sciences humaines et pas seulement des sciences de la santé	X		X	
14.	Le dispositif intègre une réflexion socio-politique	X		X	
15.	Le dispositif a été coconstruit par différentes parties prenantes (professionnels et patients)	X		X	X
16.	Le dispositif considère le patient comme un partenaire de ses soins	X		X	X
17.	Le dispositif évalue en fonction des besoins de la société et des expériences des étudiants (dispositif apprenant)		X	X	
18.	Le dispositif est inclusif, dans le sens où il accepte des points de vue différents aux questions envisagées		X	X	
19.	Le dispositif a un public cible (apprenants) qui comprend à la fois des soignants et des patients.		X		X