ETAPE PROJET	2018												2019												2020												2021											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	#	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Organiser le réseau de façon intégrée et faciliter son utilisation via une interface d'appui territoriale																																																
1.1 Créer une interface d'appui territoriale																																																
1.1.1: FORMALISER LE RÉSEAU SOUS FORME D'UNE INTERFACE D'APPUI TERRITORIALE																																																
1.1.2: CARTOGRAPHIER L'OFFRE D'AIDE ET DE SOINS INTÉGRÉS																																																
1.1.3: METTRE EN PLACE UN NUMÉRO UNIQUE																																																
1.1.4: DÉVELOPPER UN SITE INTERNET INTERACTIF AFIN DE METTRE À DISPOSITION LES RESSOURCES LOCALES																																																
1.2 Favoriser la prise en charge interdisciplinaire, intégrée et de qualité																																																
1.2.1: COLLABORER À L'ORGANISATION DE FORMATIONS MULTIDISCIPLINAIRES																																																
1.2.2: OFFRIR UN SOUTIEN À LA PRATIQUE																																																
1.2.3: FAVORISER LES ECHANGES ENTRE INTERVENANTS																																																
1.2.4: REGROUPER DIFFERENTES STRUCTURES AU SEIN D'UN MÊME BATIMENT																																																
1.3 Pérenniser les synergies entre les projets traitant de thématiques apparentées																																																
1.3.1: FORMALISER LES ÉCHANGES ENTRE LES PROJETS SOINS INTÉGRÉS CHRONIQUES FRANCOPHONES																																																
1.3.2: ETABLIR DES CONTACTS AVEC DES PROJETS/DES INITIATIVES SIMILAIRES À L'ETRANGER																																																
2. Favoriser la qualité et la continuité des soins via un parcours d'aide et de soins intégré																																																
2.1 Implémenter et affiner la procédure de parcours d'aide et de soins																																																
2.1.1: MISE EN PLACE ~~DE GROUPES DE TRAVAIL MULTIDISCIPLINAIRES ET~~ D'UN GROUPE TEST																																																
2.1.2: AMÉLIORER LA PROCÉDURE DE PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE																																																
2.2 Evaluer les besoins individualisés, en collaboration avec le patient																																																
2.2.1: EVALUER LA PERTE D'AUTONOMIE VIA LE BELRAI SCREENER																																																
2.2.2: EVALUER ET PRIORISER LES BESOINS DU PATIENT																																																
2.3 Renforcer la prévention pendant le parcours d'aide et de soins																																																
2.3.1: DEPISTER, POUR CHAQUE PATIENT AYANT UN PARCOURS, LES FACTEURS DE RISQUES DE COMPLEXIFICATION																																																
2.3.2: MISE EN PLACE D'UN SUIVI PRÉVENTIF ADAPTÉ EN FONCTION DES BESOINS DU PATIENT																																																
2.3.3: LIMITER LES INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSE ET L'USAGE INADÉQUAT DE LA MÉDICATION																																																
2.3.4: RENFORCER LES ALTERNATIVES À LA PRISE MEDICAMENTEUSE																																																
2.3.5: EVALUER LES NOUVELLES TECHNOLOGIES QUI PEUVENT CONTRIBUER À LA PRÉVENTION																																																
2.4 Améliorer la continuité de l'aide et des soins																																																
2.4.1: INSTAURER UN « RÉFÉRENT PATIENT » DANS CHAQUE PRISE EN CHARGE																																																
2.4.2: FAVORISER LA CONCERTATION AVEC ET AUTOUR DU PATIENT																																																
2.4.3: ASSURER LA CONTINUITÉ MÉDICAMENTEUSE																																																
2.4.4: DÉVELOPPER UNE PROCÉDURE DE COMMUNICATION ENTRE 1ÈRE ET 2EME LIGNES DE SOIN																																																
2.4.5: INCITER LES INTERVENANTS À COMMUNIQUER VIA LA PLATEFORME TETRYS																																																
2.5 Réduire les réadmissions hospitalières par un suivi rapproché des patients																																																
2.5.1: DÉVELOPPER LA FONCTION DE CASE-MANAGEMENT POUR LES PERSONNES EN SITUATION COMPLEXE																																																
2.5.2: S'ASSOCIER AUX PROJETS MOBILE-HEALTH																																																
2.5.3 Développer des fonctions de laisons au sein des hôpitaux																																																
3. Développer l'empowerment du patient																																																
3.1 Soutenir les intervenants au développement de l'empowerment du patient																																																
3.1.1: SENSIBILISER ET FORMER LES INTERVENANTS DE TERRAIN AUX PRINCIPES D'EMPOWERMENT DU PATIENT																																																
3.1.2: ORGANISER UN RÉSEAU DE PATIENTS ET PROFESSIONNELS « EXPERTS » EN EMPOWERMENT																																																
3.2 Aider le patient à développer son savoir, ses connaissances et ses compétences en mobilisant ses ressources																																																
3.2.1: SENSIBILISER LES PATIENTS À L'EXISTENCE DES ASSOCIATIONS DE PATIENTS ET D'AIDANTS PROCHES																																																
3.2.2: FORMER LE PATIENT À LA GESTION DE SA PRISE EN CHARGE																																																
3.3 Inclure le patient dans le réseau (dans la concertation entre intervenants), dans les niveaux décisionnels																																																
3.3.1: IDENTIFIER ET DIFFUSER LES « BONNES PRATIQUES » EN TERMES DE PATIENT PARTENAIRE																																																
3.3.2: FORMATION DES PATIENTS À LA PRISE DE PAROLE																																																
3.3.3: ELARGIR LA PRÉSENCE DES COMITÉS DE PATIENTS DANS LES NIVEAUX DÉCISIONNELS DES INSTITUTIONS QUI OFFRENT DE L'AIDE ET DES SOINS AUX PATIENTS																																																
3.4 Développer dans les institutions de soins une culture de travail favorisant l'utilisation d'informations claires et simples, accessibles à chaque patient																																																
3.4.1: ETABLIR UN « DIAGNOSTIC ORGANISATIONNEL » EN MATIÈRE DE LITTÉRATIE EN SANTÉ AU SEIN DES DIFFÉRENTS CENTRES HOSPITALIERS PARTENAIRES DU PROJET																																																
3.4.2: METTRE À DISPOSITION DES INTERVENANTS DE TERRAIN DES OUTILS QUI PERMETTENT D'AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ DES INFORMATIONS.																																																

3.4.3: IDENTIFIER DES SOURCES D'INFORMATIONS VALIDÉES ET ACCESSIBLES À DESTINATION DU PATIENT

4. Favoriser le soutien au domicile et aux aidants proches

4.1 Inclure l'aidant proche dans la prise en charge

4.1.1: FORMER LES INTERVENANTS À INCLURE L'AIDANT PROCHE DANS LE RÉSEAU

4.1.2: FORMER ET SOUTENIR LES AIDANTS PROCHES À LA PRISE EN CHARGE DE LA PATHOLOGIE

4.1.3: FAIRE PARTICIPER LES AIDANTS PROCHES À LA PLANIFICATION DES TÂCHES

4.2 Favoriser le soutien aux aidant proches

4.2.1: FORMER LES INTERVENANTS A IDENTIFIER AVEC L'AIDANT SES RESSOURCES ET SES LIMITES DÈS LE DÉBUT DE LA PRISE EN CHARGE

4.2.2: INFORMER SUR ET METTRE EN PLACE PRÉCOCEMENT LES OUTILS DE SOUTIEN

4.2.3: FACILITER L'ACCES AUX SOLUTIONS DE REPIT EN INSTITUTION

4.2.4: S'ASSOCIER AUX PROJETS PROTOCOLE 3

4.2.5: AMÉLIORER L'OFFRE D'AIDES MÉNAGÈRES ET DE GARDES A DOMICILE

5. Favoriser l'inclusion sociale des personnes atteintes d'affections chroniques

5.1 Améliorer l'accès à l'offre d'inclusion sociale

5.1.1: IDENTIFIER ET DIFFUSER LES PROJETS DE LIEN SOCIAL ET D'INSERTION PROFESSIONNELLE

5.1.2: AMELIORER L'UTILISATION DE L'OFFRE DES "JOBCOACHES"

5.2 Renforcer le lien entre le secteur médical et le secteur de l'insertion sociale

5.2.1: INFORMER LES GROUPES TRIO DE L'OFFRE D'INSERTION EXISTANTE

5.2.2: AMÉLIORER LA COLLABORATION ENTRE LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES, LES MÉDECINS CONSEILS, LES MÉDECINS DU TRAVAIL ET LES SERVICES SOCIAUX LORS D'UNE DÉMARCHE DE RÉINSERTION

5.2.3: IDENTIFIER LES BONNES PRATIQUES SUR BASE DES EXPÉRIENCES EXISTANTES (GROUPES TRIO) ET LES DIFFUSER

5.3 Sensibiliser le secteur de l'inclusion sociale aux pathologies chroniques

5.3.1: SENSIBILISER L'EMPLOYEUR À LA DÉMARCHE DE RÉINSERTION

5.3.2: SENSIBILISER LE SECTEUR DE L'EMPLOI AUX AFFECTIONS CHRONIQUES

6. Soutenir les actions de prévention et de promotion de la santé, en lien avec les affections chroniques

6.1 Améliorer l'accès aux actions de promotion de la santé

6.1.1: PROMOUVOIR ET FAIRE CONNAITRE L'OFFRE DE PROJETS DE PROMOTION DE LA SANTÉ EN LIEN AVEC LES MALADIES CHRONIQUES

6.1.2: CRÉER UN RÉSEAU INTERSECTORIEL DE PROMOTION DE LA SANTÉ

6.1.3: S'ASSOCIER AU PROJET « SANTÉ ET DIVERSITÉ CULTURELLE »

6.2 Favoriser les collaborations avec les actions, accessibles à tous, qui permettent de réduire les facteurs de risque de développement d'une maladie chronique

6.2.1: S'ASSOCIER AU PROJET DU PLAN DE COHÉSION SOCIALE : ALIMENTATION SAINE POUR TOUS

6.2.2: COLLABORER AU DÉVELOPPEMENT ET DIFFUSER LES ACTIONS D'INFORMATION GRAND PUBLIC

6.2.3: S'ASSOCIER AU PROJET « TIP TOP » AFIN DE DÉVELOPPER DES PROJETS SUR LE TERRITOIRE DU PROJET RÉLIAN

6.2.4: CRÉER DES COLLABORATIONS AVEC L'OFFRE DE SPORT LOCALE