



# Module de formation – logique verticale

5 mars 2026

Anne-Sophie Lambert

Charlotte Dejezensart

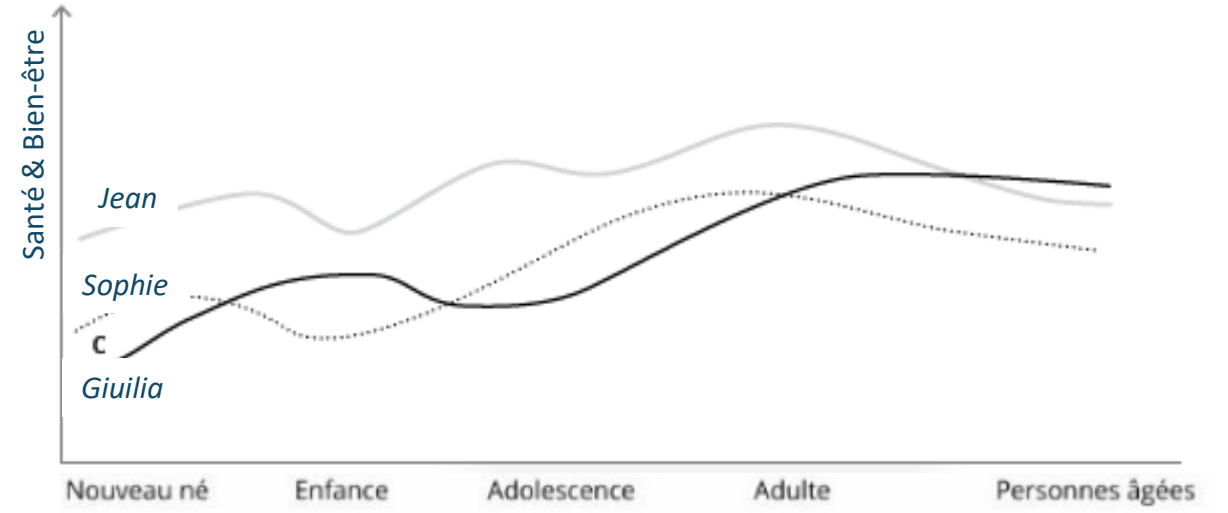
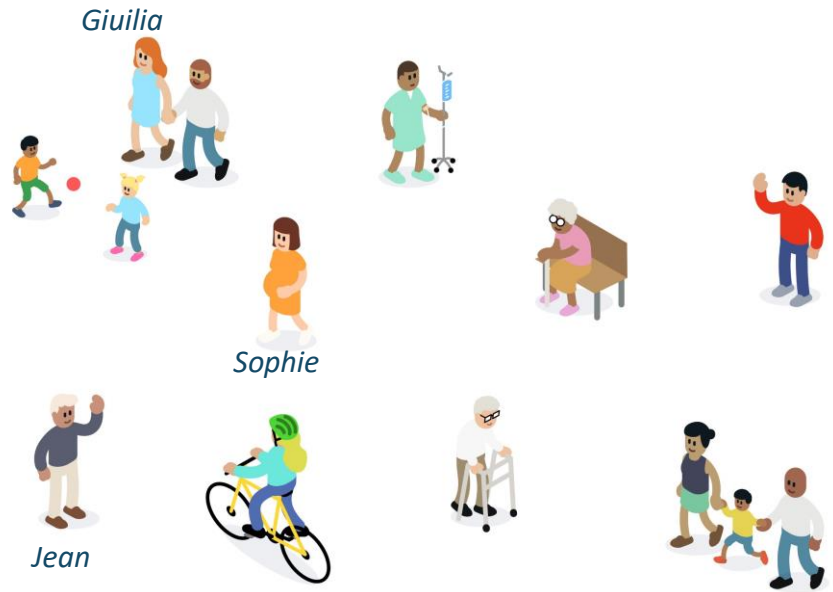
## Introduction

---

Retours sur :

- Les logiques d'actions
- La démarche PHM

## Des situations de vie ... Qui évoluent au cours du temps

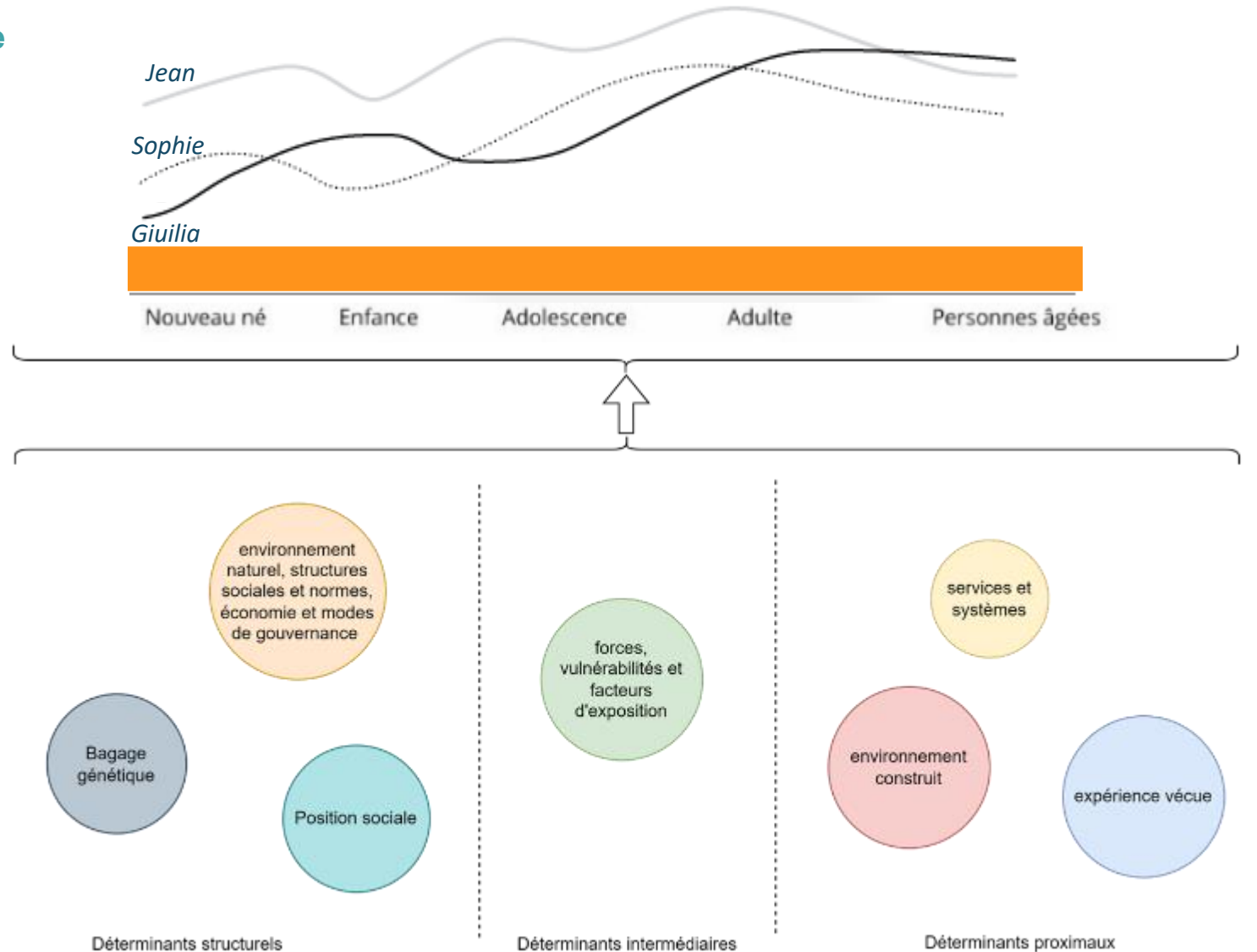


# Accompagner des trajectoires de vie multiples

## Au cœur de l'accompagnement des trajectoires de vie multiples – les acteurs de soins primaires

- **Point d'ancrage tout au long de la vie** Accès continu, relation de confiance, suivi durable.
- **Prévention et promotion de la santé** Soutien des capacités, intervention précoce, réduction des risques cumulés.
- **Action sur les déterminants actionnables** (déterminants proximaux et intermédiaires)
- **Coordination avec le social et le communautaire** Intégration santé–social–territoire, orientation vers les ressources.
- **Accompagnement des transitions de vie** Stabilisation des parcours, soutien lors des moments critiques.
- **Levier d'équité** Réduction des barrières d'accès, attention aux populations vulnérables.
- **Approche centrée sur la personne** Prise en compte du contexte, de l'histoire de vie et des déterminants sociaux.

## Logique d'action horizontale



# Accompagner des trajectoires de vie multiples

## A des tranches spécifiques du parcours de vie, ou lors de moments de transition

**Tranches spécifiques** Début de vie, petite enfance, enfance, adolescence, jeune âge adulte, âge adulte, vieillissement.

**Transitions biologiques** Naissance, croissance, puberté, parentalité, vieillissement.

**Transitions sociales** Entrée à l'école, emploi, changements familiaux, retraite.

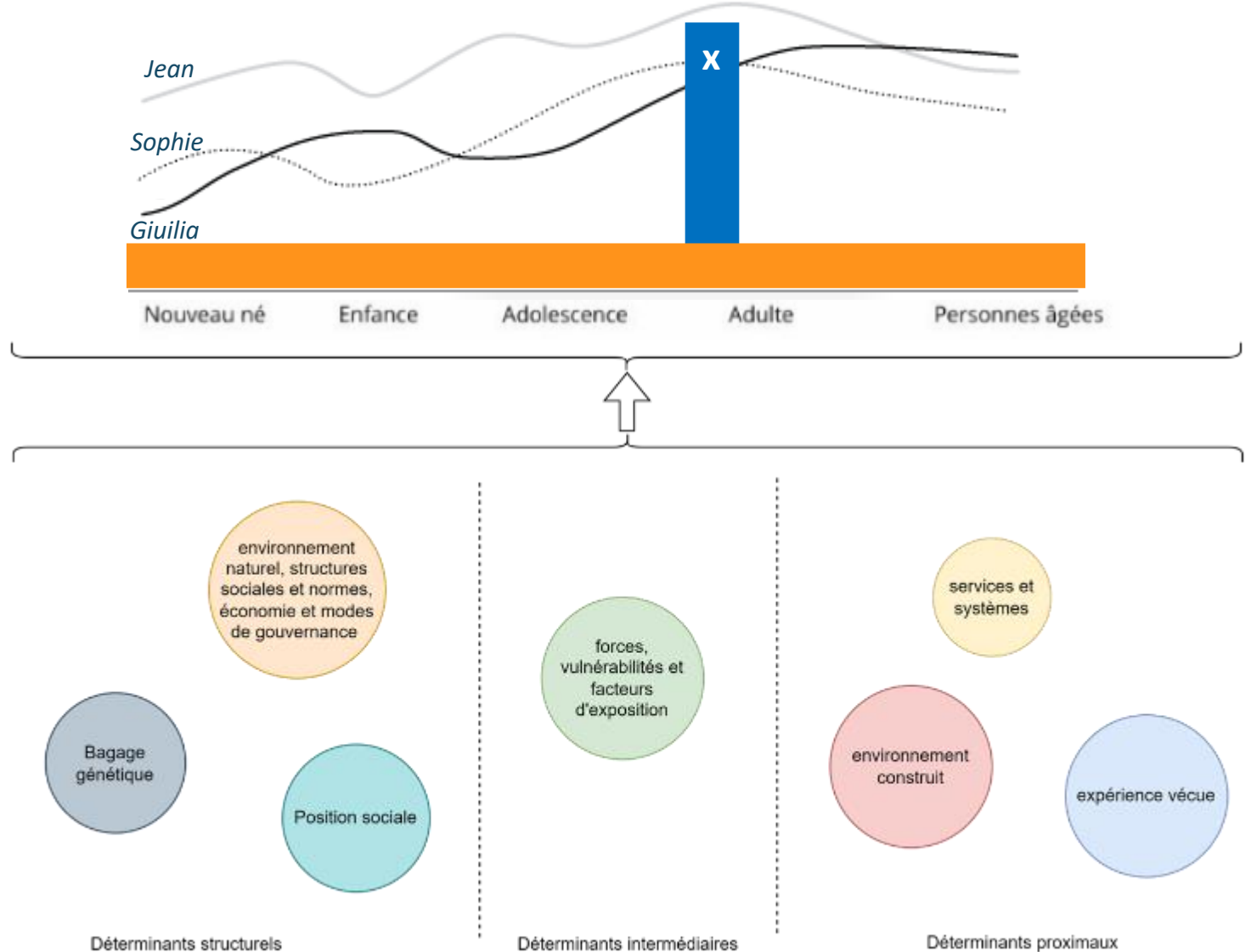
**Transitions critiques** Maladie, accident, perte d'emploi, deuil, événements traumatiques.

**Transitions systémiques** Changements de politiques, transformations économiques, crises environnementales.

**Des interventions spécifiques peuvent être pensées car elles influencent fortement les trajectoires de vie.**

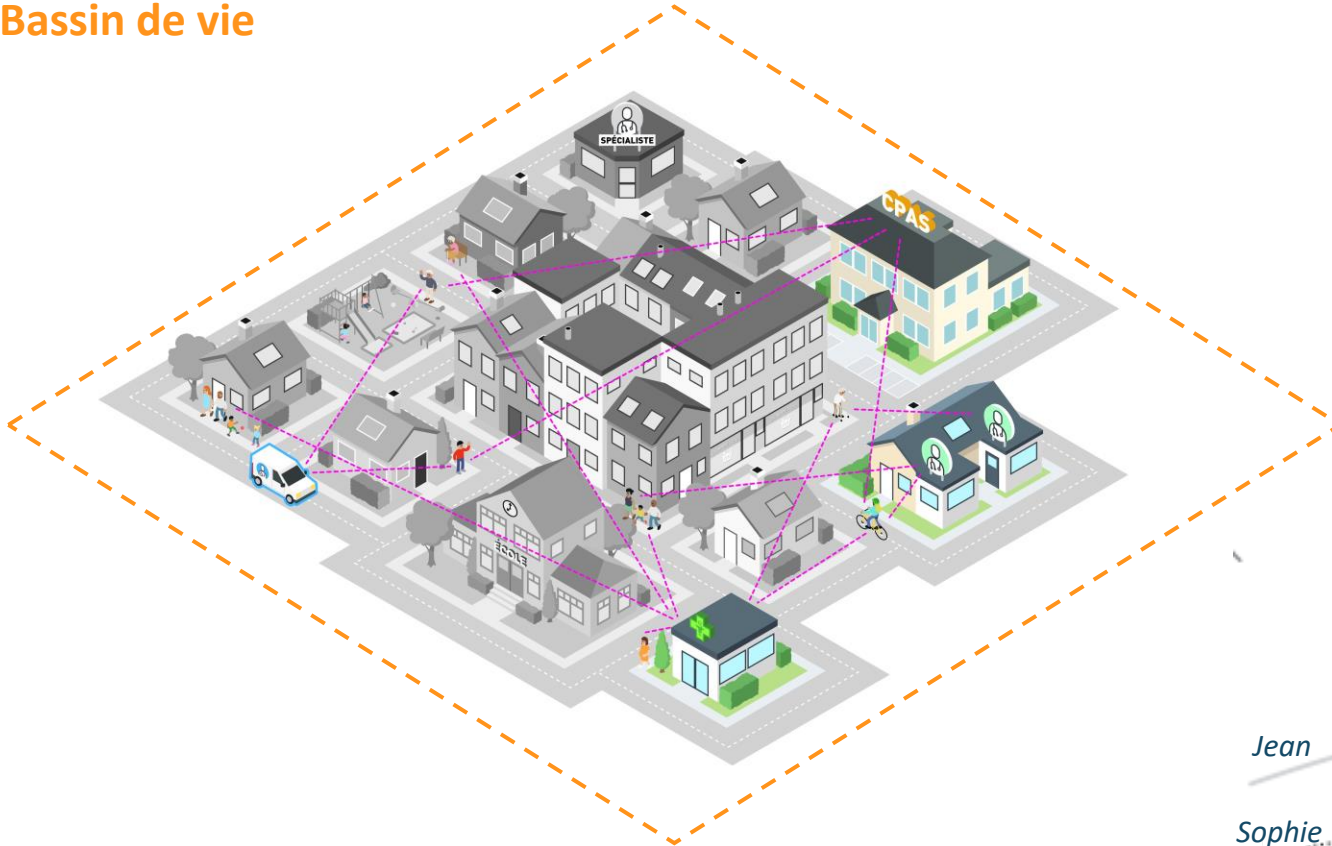
**Elles impliquent d'articuler les acteurs des soins primaires avec des acteurs spécialistes d'une situation spécifiques**

## Logique d'action verticale



# Responsabilité partagée

## Bassin de vie

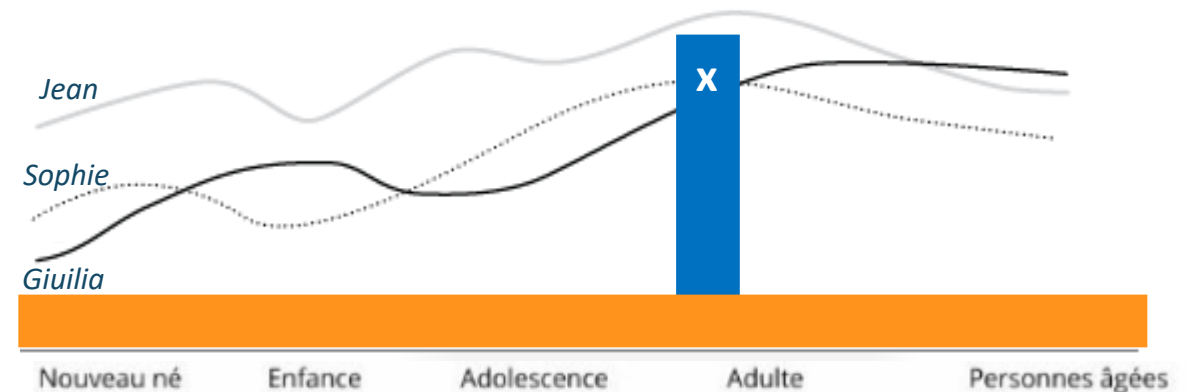


**Responsabilité populationnelle partagée** : Apporter une réponse collective et coordonnée aux besoins de l'ensemble de la population vivant sur le territoire.

**Universalisme proportionnée** : Agir pour tous et agir davantage pour ceux qui en ont le plus besoin.

Repose sur le **SOCLE HORIZONTAL**

Appuyer pour certaines situations spécifiques par des logiques d'action verticales

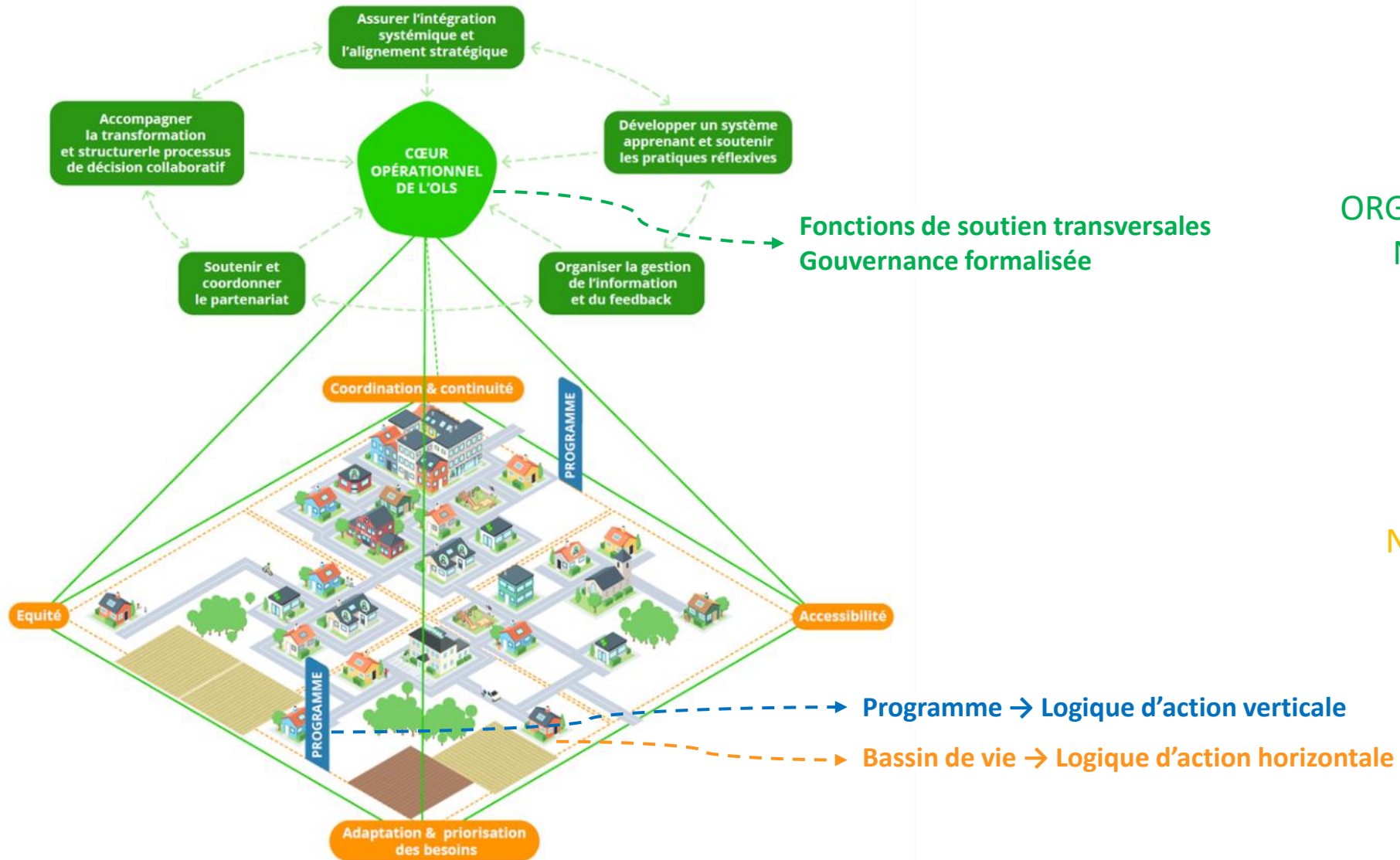


# Organisation locorégional de santé

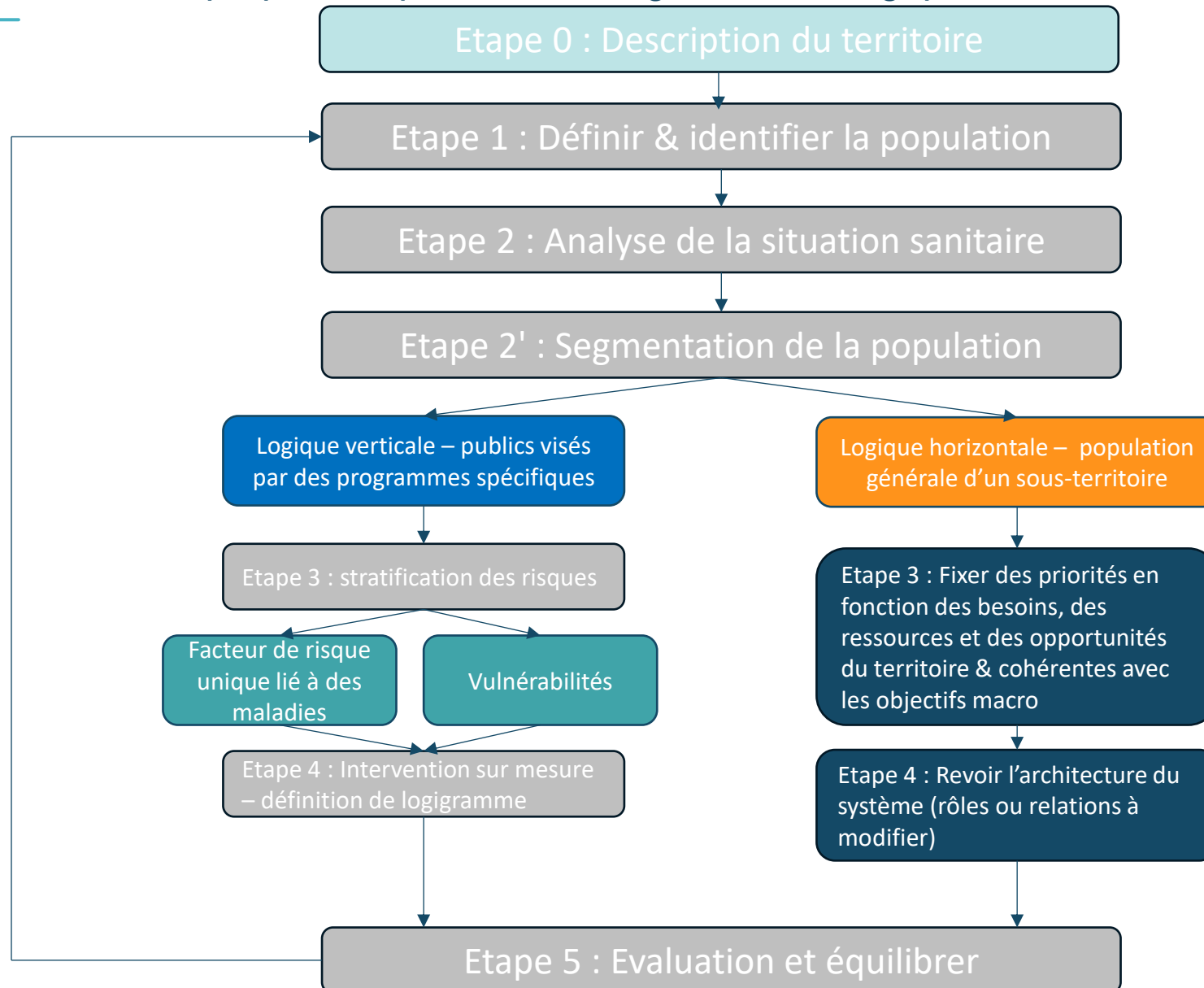
DEFINIR LE CADRE  
NIVEAU MACRO

ORGANISER L'ACTION  
NIVEAU MESO

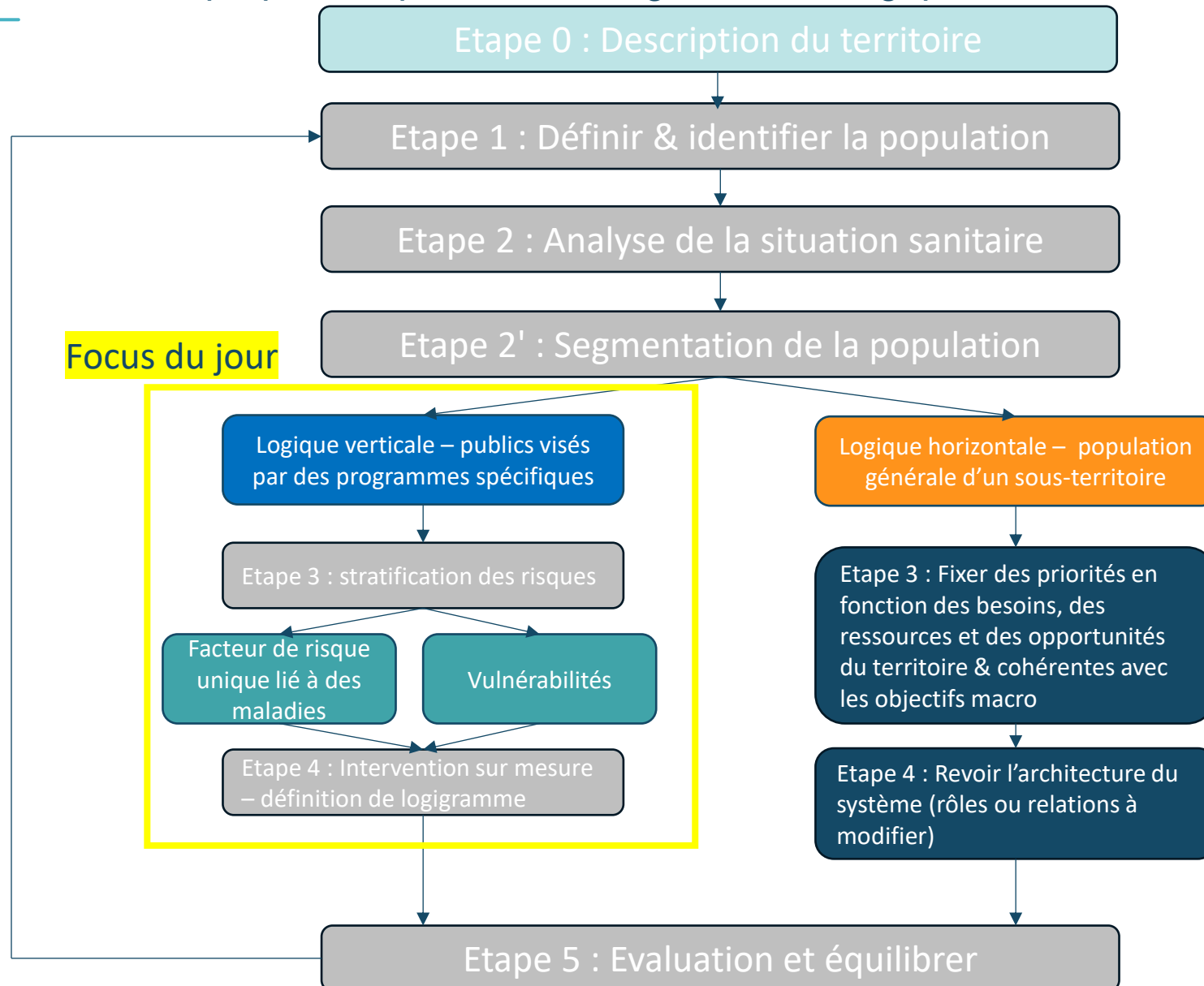
AGIR  
NIVEAU MICRO



## Le 5 étapes du PHM proposées par l'OMS intégré dans la logique wallonne



## Le 5 étapes du PHM proposées par l'OMS intégré dans la logique wallonne



# Identification d'un public cible



Deux approches complémentaires,  
Un même objectif : Mieux cibler l'action !

## Description d'un public cible

---

Croiser des données froides et des données chaudes

Set d'indicateurs spécifiques

*Exemples :*

- Set personnes âgées
- Set périnatal

Expériences professionnelles ou du vécu

*Exemples :*

- Témoignages
- Espaces de participations citoyennes
- Espaces de concertation
- Helpdesk

## Temps de travail en OLS

---

**Étape 1 :** Identifier les caractéristiques de la population cible sur votre territoire. Quelles sont, selon vous, ses spécificités ? *(Sans utiliser de données pour commencer.)*

**Étape 2 :** Examiner ce que révèlent les données. Confrontez vos premières intuitions avec l'analyse issue du tableau de bord : [https://pierrewsmith.shinyapps.io/phm\\_1000\\_jours/](https://pierrewsmith.shinyapps.io/phm_1000_jours/)

**Étape 3 :** Identifier les informations ou éléments encore manquants pour construire une vision partagée des besoins de ce public et des modalités d'accompagnement à développer.

## Stratification du public cible

### En Fonction des Facteurs de Risque

- Dépistages ciblés
- Préventions spécifiques
- Surveillance de la population



OU

### En Fonction des Vulnérabilités



À partir de questionnaires ad-hoc : **BIB, BeIRAI, COMID**, etc.

**Ou en fonction de la consommation de services**  
**Ou en combinant différents de ces aspects**



## Pyramide de Kaiser discutée par les participants

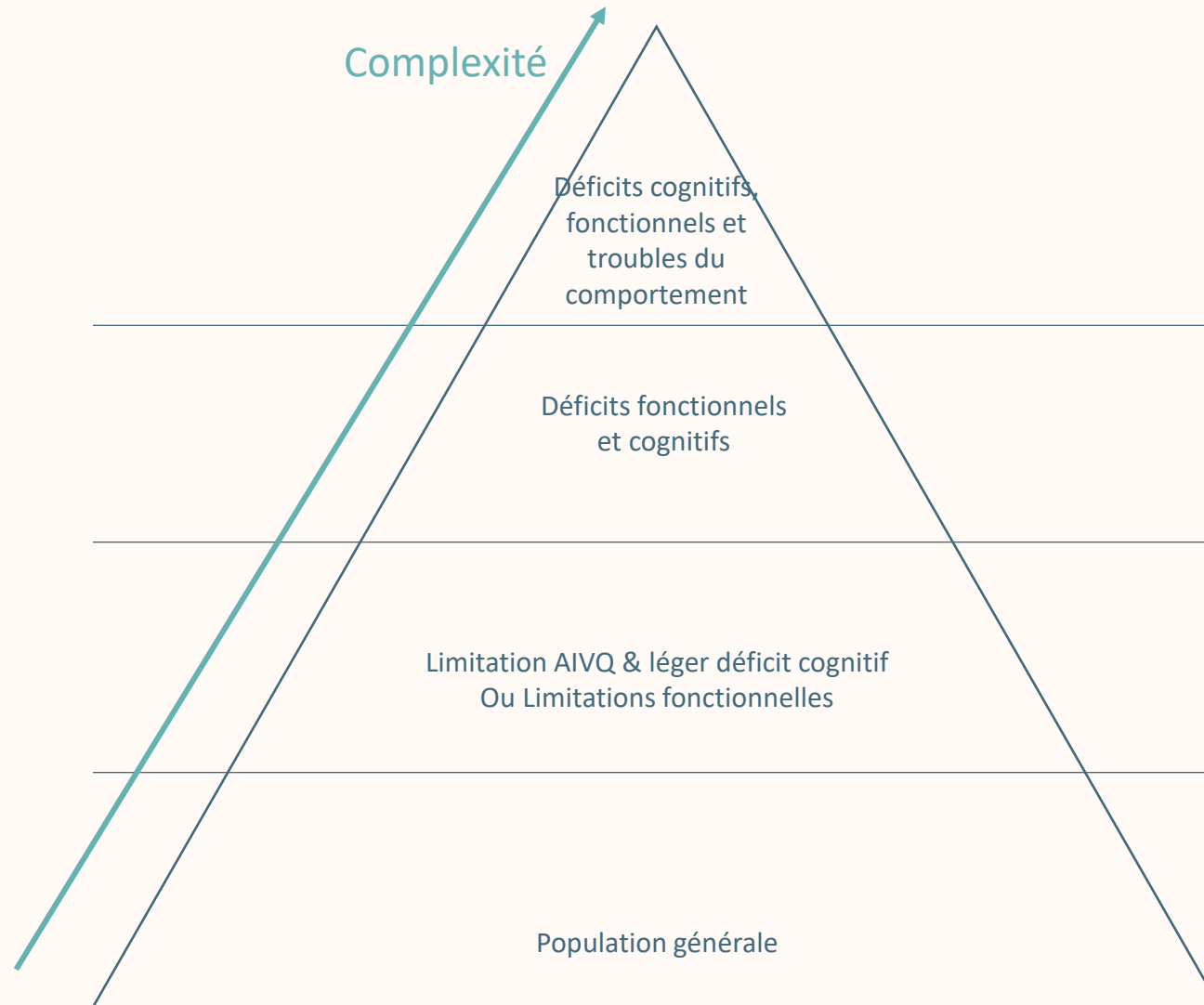
### Pourquoi stratifier ?

Adapter / coordonner offre et besoins

Estimer le % de pop dans chacune des states

Identifier / évaluer les besoins d'accompagnement

Penser l'intensité des accompagnements



## Exemples de logiques de stratification : Profil historique de consommation de soins de santé

A partir données de consommation de soins de santé (IMA)



Identification de profils caractérisés par une trajectoire de consommation de soins de santé homogène



Profils établis dans le cadre de l'évaluation des interventions Protocole 3

Les profils historiques de consommation de soins de santé ont été identifiés en raison de l'utilisation de services de soins de santé **par le passé**. Au travers de ces profils il est possible de distinguer les trajectoires suivantes (situation à l'inclusion) :



Figure 3. Les différents profils historiques de la consommation de soins

1. Des personnes âgées fragiles qui n'avaient reçu **ni de soins infirmiers ou n'avaient pas été hospitalisées**, ni institutionnalisées.
2. Des personnes âgées fragiles à la **sortie de l'hôpital après un épisode de problème de santé aigu** et qui ne bénéficiaient **pas de soins infirmiers auparavant**.
3. Des personnes âgées fragiles qui bénéficiaient de **soins infirmiers en routine**.
4. Des personnes âgées fragiles qui avaient bénéficié d'un **court séjour en maison de repos**.
5. Des personnes âgées fragiles à la **sortie de l'hôpital après un épisode de problème de santé aigu** et qui bénéficiaient **auparavant de soins infirmiers**.

## Exemples de logiques de stratification : Profils de fragilité à partir de l'outil ICOPE

Sous-groupe	Critères ICOPE	Interprétation clinique
<b>Sans altération</b>	0 domaine altéré	Fonction maintenue ; prévention primaire
<b>Début de déclin</b>	1 domaine altéré	Déclin précoce ; prévention ciblée
<b>Déclin multiple</b>	≥ 2 domaines altérés	Risque élevé ; plan d'intervention personnalisé

TABLEAU 1.

### OUTIL DE DÉPISTAGE DE L'APPROCHE ICOPE DE L'OMS

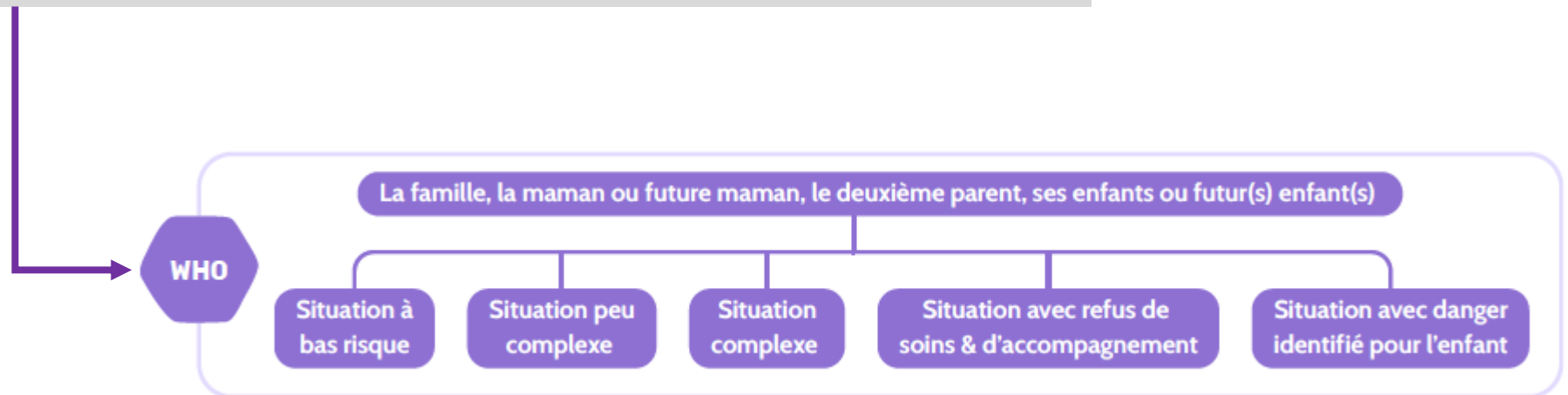
Affections prioritaires associées au déclin des capacités intrinsèques	Tests	Procéder à une évaluation complète des domaines affichant un cercle coché
<b>DÉCLIN COGNITIF</b> (Chapitre 4)	1. Se rappeler trois mots : fleur, porte, riz (par exemple)	<input type="radio"/>
	2. Orientation dans le temps et l'espace : quelle est la date complète d'aujourd'hui ? Où vous trouvez-vous en ce moment (à la maison, à la clinique, etc.) ?	<input type="radio"/> Mauvaise réponse à l'une ou l'autre question ou ne sait pas
	3. Recalls the three words?	<input type="radio"/> Ne se rappelle pas les trois mots
<b>MOBILITÉ LIMITÉE</b> (Chapitre 5)	Test de lever de chaise : se lever de la chaise cinq fois sans utiliser ses bras. La personne s'est-elle levée cinq fois de la chaise en 14 secondes ?	<input type="radio"/> Non
<b>MALNUTRITION</b> (Chapitre 6)	1. Perte de poids : avez-vous involontairement perdu plus de 3 kg au cours des trois derniers mois ?	<input type="radio"/> Oui
	2. Perte d'appétit : avez-vous connu une perte d'appétit ?	<input type="radio"/> Oui
<b>DÉFICIENCE VISUELLE</b> (Chapitre 7)	Avez-vous des problèmes oculaires, des difficultés pour voir de loin, lire, des maladies oculaires ou êtes-vous actuellement sous traitement médical (p. ex., diabète, hypertension artérielle) ?	<input type="radio"/> Oui
<b>DÉFICIENCE AUDITIVE</b> (Chapitre 8)	- Entend des chuchotements (test à voix chuchotée), ou - Le résultat du dépistage de l'audiométrie est de 35 dB ou moins, ou - Réussit au test automatique de reconnaissance des chiffres dans le bruit à l'aide d'une application	<input type="radio"/> Échec
<b>SYMPTÔMES DÉPRESSIFS</b> (Chapitre 9)	Au cours des deux dernières semaines, avez-vous été gêné par :	
	- la déprime ou le désespoir ? ou - la perte d'intérêt ou de plaisir à faire des choses ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Oui

## Exemple de logique de stratification : profils de vulnérabilités à partir de l'outil Born in Belgium



0 vulnérabilité	
1 à 2 vulnérabilités	Scénario A
Plus de 2 vulnérabilités	Scénario B

Complexité  $\neq$  Nombre de vulnérabilités  
Type de vulnérabilité et les combinaisons qui font la complexité



## Exemple de logique de stratification : Programme SIPPE (Québec)

---

La stratification du SIPPE repose sur trois étages :

**1.Sélection de la population admissible**

→ seuil de revenu + sous-scolarisation ou isolement.

**2.Analyse des besoins et facteurs de risque**

→ santé mentale, capacités parentales, situation familiale, immigration, collaboration...

**3.Affectation au niveau d'intervention approprié**

→ du suivi hebdomadaire au suivi trimestriel.

## Exemple de logique de stratification : Programme SIPPE (Québec)

Nom de l'utilisateur:	Date de naissance:
No de dossier:	No de RAMQ:
	Date de l'évaluation d'admissibilité:

### GRILLE DE SÉLECTION DE LA POPULATION ADMISSIBLE AUX SIPPE

ADMISSIBILITÉ <sup>1</sup>		
ÂGE DE L'ENFANT		
Êtes-vous enceinte (ou votre partenaire est-elle enceinte)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Sinon, quel est l'âge de votre bébé?	_____ MOIS	
Bébé de moins de 12 mois?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
REVENU		
Quelle est votre source principale de revenu?	_____	
Avez-vous un emploi?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, est-ce que votre emploi vous apporte un revenu stable?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
* Est-ce que le coût de votre loyer vous empêche d'acheter des produits de base?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
* Avez-vous de la difficulté à joindre les deux bouts à la fin du mois. Par exemple, diriez-vous que vos revenus sont insuffisants pour répondre aux besoins de base de votre famille, par exemple le logement, l'alimentation et l'habillement?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
* Vous arrive-t-il d'avoir faim par manque d'argent pour acheter des aliments?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
* Avez-vous peur parfois de manquer de nourriture?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>Faible revenu?</b> Si la personne n'a pas d'emploi, si son emploi ne lui apporte pas un revenu stable ou si elle a répondu oui à une ou plusieurs des questions comportant un astérisque, elle a un faible revenu.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

1 - Toutes les familles admissibles à SIPPE ont automatiquement accès au programme Olo.

SCOLARISATION		
Avez-vous un diplôme d'études secondaires ou professionnelles?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Sous-scolarisation?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
ISOLEMENT SOCIAL OU SOLITUDE		
Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) seul(e)?	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Rarement	<input type="checkbox"/> Quelquefois* <input type="checkbox"/> Souvent*
Y a-t-il quelqu'un sur qui vous pouvez compter pour vous aider pendant la grossesse ou avec le bébé?	<input type="checkbox"/> Aucune personne* <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Ami <input type="checkbox"/> Famille	<input type="checkbox"/> Soutien communautaire <input type="checkbox"/> Autre (s):
À quelle fréquence pouvez-vous compter sur ces personnes?	<input type="checkbox"/> Jamais* <input type="checkbox"/> Rarement*	<input type="checkbox"/> Quelquefois <input type="checkbox"/> Souvent
Lors d'une semaine typique, combien de fois êtes-vous en contact avec les membres de votre entourage?	<input type="checkbox"/> Une fois par semaine* <input type="checkbox"/> 2 fois par semaine* <input type="checkbox"/> 3 à 5 fois par semaine <input type="checkbox"/> Presque tous les jours	
Dans l'ensemble, dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de vos relations sociales?	<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Ni satisfait, ni insatisfait	<input type="checkbox"/> Insatisfait* <input type="checkbox"/> Très insatisfait* <input type="checkbox"/> Ne sais pas
<b>Isolement social ou solitude?</b> Si une réponse choisie comporte un astérisque, la personne vit de l'isolement social ou de la solitude.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
FACTEURS DE RISQUES ET DE PROTECTION (À UTILISER POUR LA PRIORISATION)		
ÂGE DES PARENTS		
Quel âge avez-vous?	_____ ANS	
1 <sup>ER</sup> ENFANT		
Est-ce qu'il s'agit de votre premier enfant?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
FACTEUR DE PROTECTION		
Accès à des services de soutien?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Habilités sociales?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Motivation à résoudre des problèmes?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Capacité d'adaptation?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

## Pyramide de Kaiser discutée par les participants

### Vulnérabilités

Revenus

Isolement

Scolarisation

Âge des parents

Emploi

1<sup>er</sup> enfant

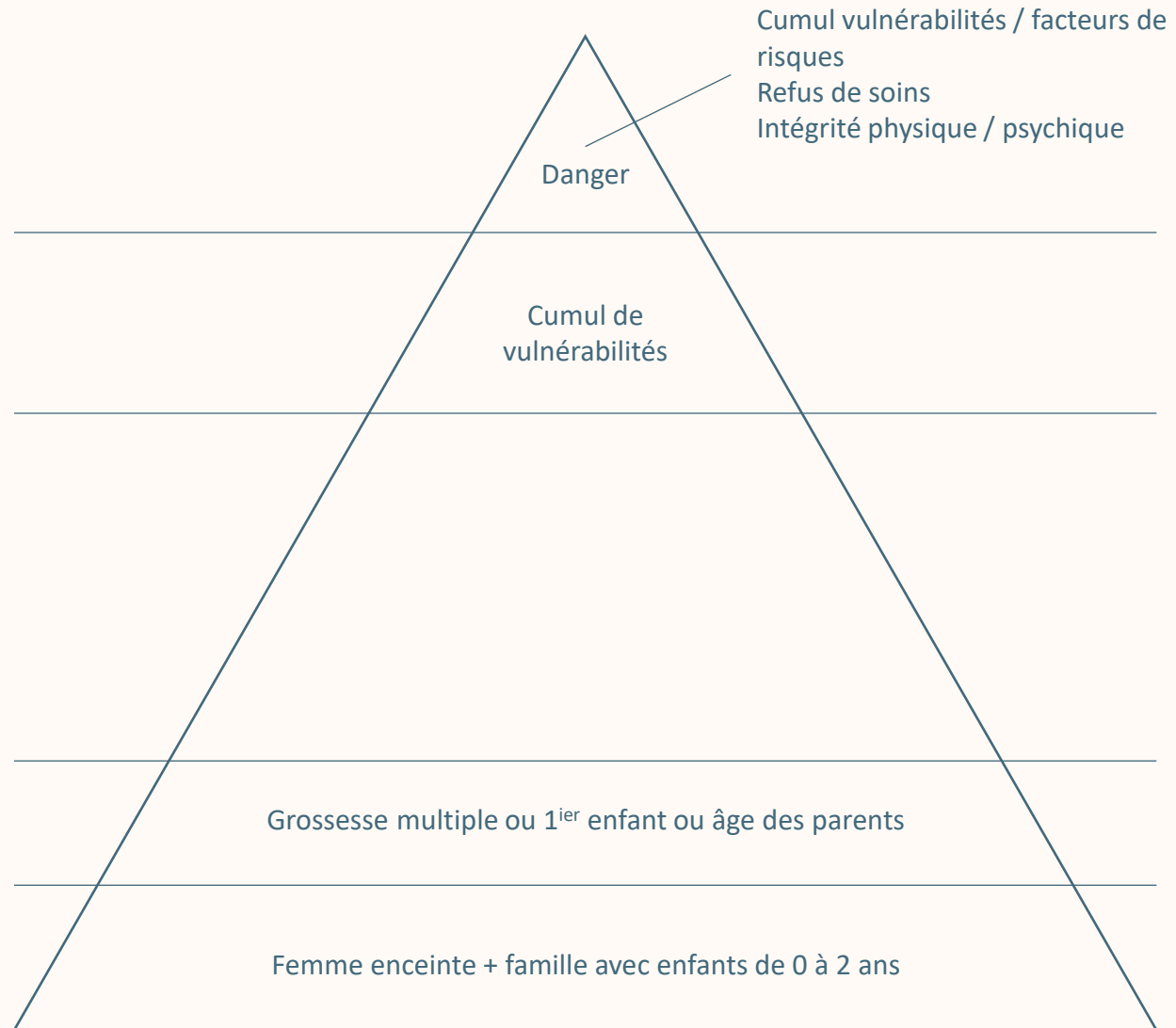
Assuétudes

Mesures en place

Santé

Grossesse multiple

Etc.



# Exemple de logique de stratification patients diabétiques (Canton de Vaud)

## Score de stratification

Le score de stratification permet d'évaluer le niveau de suivi recommandé en fonction du profil du patient. Le document « stratification des patients diabétiques » vous fournira des explications sur la démarche ainsi que des détails sur les items pris en considération.

### Diabète

<b>1 pt</b>	diabète instable
<b>2 pts</b>	diabète gestationnel, grossesse et diabète
<b>6 pts</b>	urgences diabétologiques (hospitalisation pour acidocétose, coma hyperosmolaire, coma hypoglycémique)

### Complications

<b>1 pt</b>	insuffisance rénale (eGFR 30-60) ET/OU macro-angiopathie (maladie coronarienne, insuffisance artérielle distale) ET/OU rétinopathie ET/OU pied à haut risque ET/OU neuropathie
<b>6 pts</b>	insuffisance rénale (eGFR < 30) ET/OU nécrose ischémique distale ET/OU antécédent d'ulcération ET/OU gangrène ET/OU pied de Charcot ET/OU status après amputation

### Co-morbidités

<b>1 pt</b>	maladie(s) chronique(s) non contrôlée(s) ET/OU néoplasie active ET/OU douleurs chroniques ET/OU multiples co-morbidités
<b>6 pts</b>	trauma cérébral

### Utilisation des ressources sanitaires (année précédente)

<b>1 pt</b>	2 hospitalisations ET/OU 3 consultations aux urgences ET/OU intervention majeure
-------------	--

### Suivi du traitement

<b>1 pt</b>	non-observance du plan thérapeutique ET/OU dépendance
-------------	---

### Facteurs socio-économiques

<b>3 pts</b>	isolement social ET/OU situation familiale complexe
<b>3 pts</b>	chômage en fin de droit ET/OU problèmes financiers
<b>3 pts</b>	réfugié ET/OU problème d'intégration ET/OU sans domicile fixe
<b>3 pts</b>	problème de langue ET/OU difficulté de littéracie en santé

### Limitations physiques, psychiques ou cognitives

<b>3 pts</b>	déclin fonctionnel et/ou risque de chute et/ou malvoyant et/ou mal-entendant
<b>3 pts</b>	âge avancé avec fragilité
<b>3 pts</b>	démence
<b>3 pts</b>	troubles psychiatriques
<b>6 pts</b>	cécité

STRATIFICATION (SCORES)	<b>Patient en bonne santé</b> Glycémie dans la norme mais facteurs de risque +++	<b>Stade 1 (0)</b> Patient diabétique à faible risque de complications et glycémie équilibrée	<b>Stade 1 (1)</b> Patient diabétique à risque de complications augmenté ou élevé et/ou une ou plusieurs MC instables Hyperglycémie + élévation lipides	<b>Stade 2 (2-5)</b> Patient à haut risque avec plusieurs maladies chroniques (MC), avec complications ou ttt complexes	<b>Stade 3 (≥6)</b> Situations diabétologiques complexes (post-décompensation aiguë, complications sévères du diabète)	<b>Stade 3 (≥6)</b> Situations médicales complexes et/ou patients avec atteinte sévère de l'état de santé
-------------------------	---	--	---	--	---	--

## Exemple de logique de stratification patients diabétiques (Canton de Vaud)

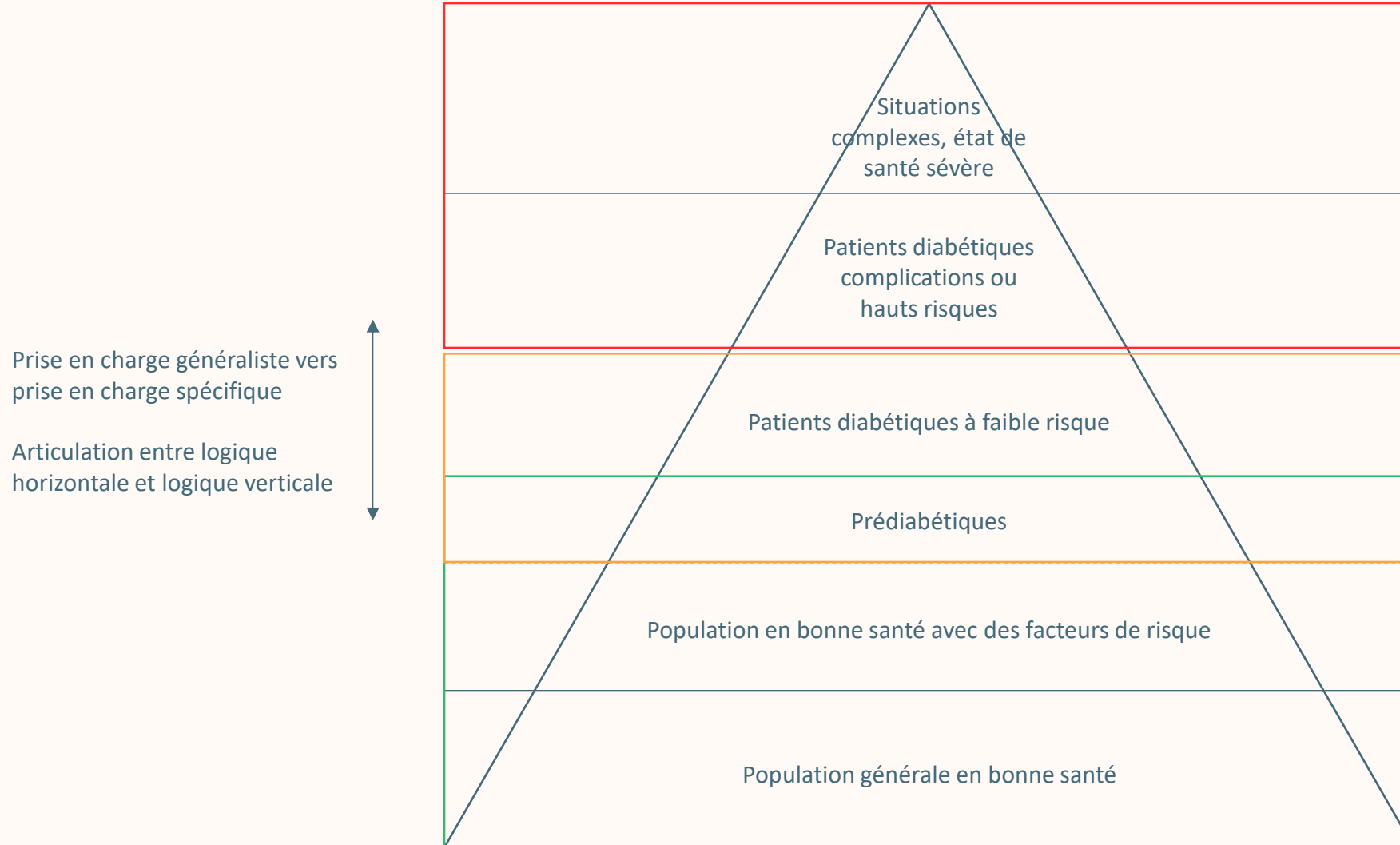
### FACTEURS DE RISQUE

Stratification	1	2	3
	Niveau « consultation spécialisée »	Niveau « suivi multidisciplinaire »	Niveau « suivi interdisciplinaire »
Diabète	Diabète déséquilibré, Femme diabétique en âge de procréer Diabète de type 1 Diabète LADA	Diabète instable, diabète gestationnel, grossesse chez diabète de type 1 ou 2, grossesse chez diabète de type 2 à risque ou diabète gestationnel à risque	Urgences diabétologiques * (acidocétose, coma hyperosmolaire, coma hypoglycémique), Grossesse (diabète gestationnel ou DM préexistant) avec complications multiples, comorbidités ou problèmes psychosociaux / psychiatriques
Complications du diabète		Pied à haut risque, neuropathie, Insuffisance rénale (eGFR 15-60 ml/min), insuffisance artérielle, maladie coronarienne, récent infarctus du myocarde, rétinopathie,	Nécrose ischémique membres inférieurs, gangrène, amputation proximale, Charcot, insuffisance rénale avec eGFR <15 ml/min, dialyse
Autres diagnostics cliniques	Maladie(s) chronique(s) associée(s)	Maladie chronique non contrôlée, néoplasie active, douleurs chroniques, multiples comorbidités	Trauma cérébral
Limitations physiques, psychiques ou cognitives**		Déclin fonctionnel, malvoyant, mal entendant, risque de chute âge avancé avec fragilité, troubles psychiatriques, démence	Cécité
Facteurs sociaux-économiques**		Isolement social, situation familiale complexe, chômage en fin de droit, problèmes financiers, sans domicile fixe, réfugié, problèmes d'intégration, problème de langue, illettrisme	Abus de substance
Utilisation des ressources	Intervention ou hospitalisation prévue et/ou sortie d'hôpital	2 hospitalisations ou 3 consultations aux urgences l'année précédente Intervention majeure la dernière année	
		Non compliance, non-observance du plan thérapeutique, dépendant	

\* Toute situation aigue (acidocétose, coma hyper ou hypoglycémique) traitée par les urgences hospitalières/soins intensifs requièrent des soins interdisciplinaires (niveau 4) pour la transition entre l'hôpital et l'ambulatoire.

\*\* La présence d'un ou plusieurs facteurs socio-économiques ou celles de limitations physique, psychiques ou cognitives engendre le passage à un niveau de prise en charge supérieur

## Pyramide de Kaiser discutée par les participants

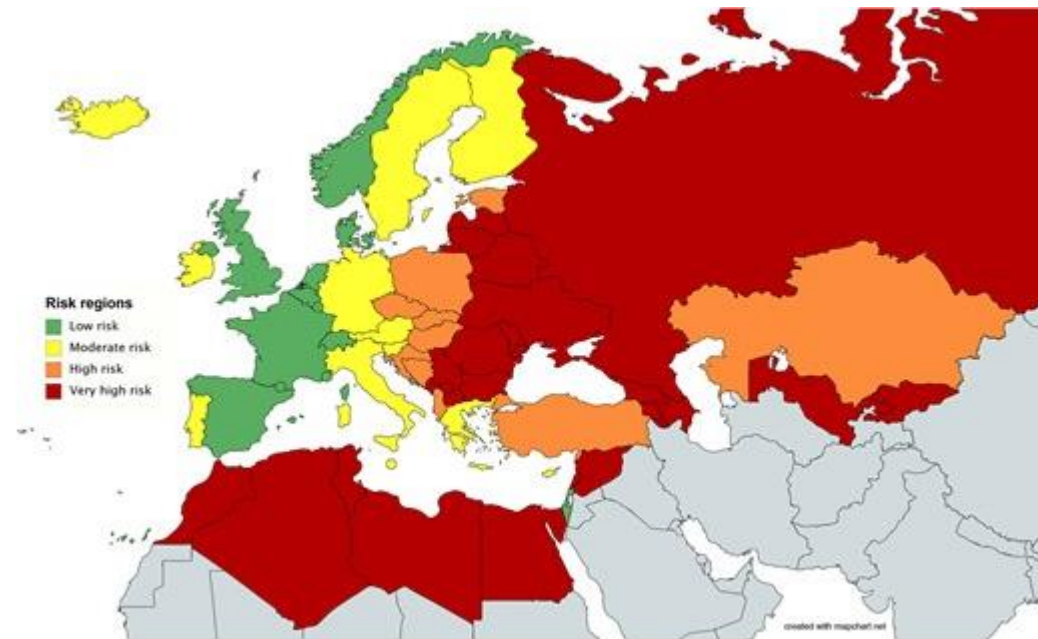


## Exemple de logique de stratification : SCORE2 (Systematic Coronary Risk Evaluation 2)

SCORE2 (*Systematic Coronary Risk Evaluation 2*) est le modèle de référence utilisé en Europe pour estimer le **risque de maladie cardiovasculaire (fatale ou non) à 10 ans**, chez les personnes **40–69 ans**, sans maladie cardiovasculaire connue ni diabète.

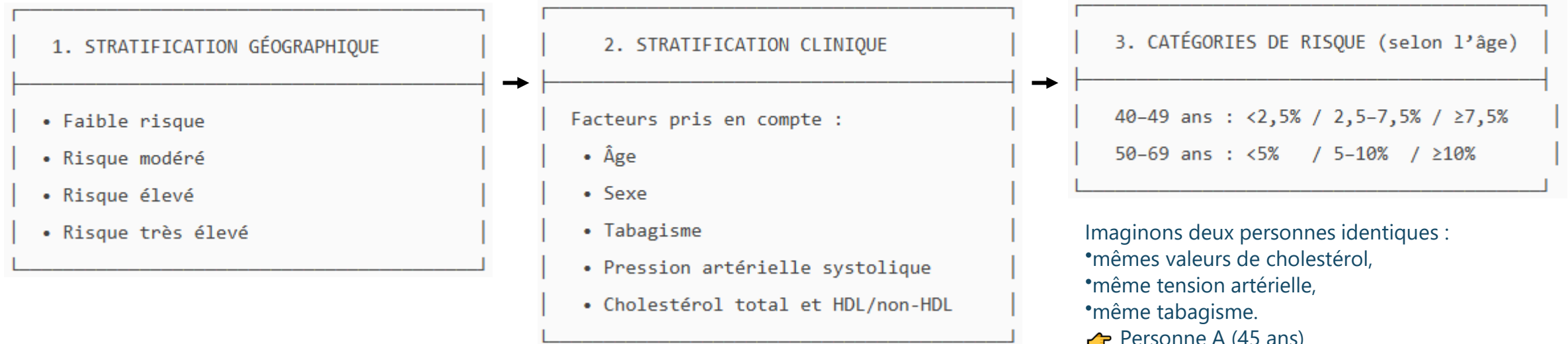
### 1. STRATIFICATION GÉOGRAPHIQUE

- Faible risque
- Risque modéré
- Risque élevé
- Risque très élevé



## Exemple de logique de stratification : SCORE2 (Systematic Coronary Risk Evaluation 2)

SCORE2 (*Systematic Coronary Risk Evaluation 2*) est le modèle de référence utilisé en Europe pour estimer le **risque de maladie cardiovasculaire ( fatale ou non) à 10 ans**, chez les personnes **40–69 ans**, sans maladie cardiovasculaire connue ni diabète.



Imaginons deux personnes identiques :

- mêmes valeurs de cholestérol,
- même tension artérielle,
- même tabagisme.

👉 Personne A (45 ans)

SCORE2 = 3 %

➡ Classée "Risque élevé" (car >2,5 % pour les 40–49 ans)

👉 Personne B (65 ans)

SCORE2 = 3 %

➡ Classée "Faible à modéré" (car <5 % pour les 50–69 ans)

Pourquoi ?

Parce que 3 % est inhabituel et préoccupant chez un jeune, mais relativement courant chez un senior vivant dans un pays à faible risque.

## Temps de travail en 3 sous-groupes

---

Chaque groupe reçoit une thématique avec les deux logiques de stratification rattachées à sa thématique

Il est demandé à chaque groupe de :

- Dessiner pour chaque logique de stratification une pyramide de Kaiser en y indiquant les différentes strates du programme
- Se questionner sur l'intérêt de l'identification des strates.
- Se questionner sur le passage entre approche horizontale et inclusion dans une approche spécifique. Quelle articulation entre logique verticale et logique horizontale ? Pour quelle strate penser un accompagnement spécifique ?
- Synthétiser le tout sur un flipchart

## Recueillir et comprendre les besoins d'une strate spécifique - l'expérience du vécu pour donner du sens

---

Témoignage d'une famille

## Travail en 3 sous-groupes

---

Par groupe, pourriez-vous redessiner le parcours entendu

- Noter en vert les éléments qui ont aidés la famille dans leur accompagnement
- Noter en orange les points de rupture ou les facteurs défavorisant pour la prise en charge.
- Discuter de l'impact des mots ci-dessous dans l'accompagnement du parcours de la famille

Mots clés :

Ecouter et tenir compte des priorités

Participation

Soutien / Copilotage du suivi à vitesse variable/ intensité variable

Accepter la différence de suivi entre les familles – singularité de chaque situation - Histoire familiale, contexte – règle et procédure ne sont pas incompatibles... comment créer les chemins pour arriver à un objectif commun.

Besoin de créer le lien et d'oser questionner les citoyens.

Accepter des portes d'entrée différentes

Comprendre le contexte et faire le lien avec les déterminants

## Recueillir et comprendre les besoins d'une strate spécifique - l'expérience du vécu pour donner du sens

---

### Réflexion collective

- Pourquoi a-t-on choisi de les faire réfléchir sur ces mots ? Expliciter le lien avec l'ASCOP
- En quoi sont-ils soutenant pour les professionnels dans les situations ?
- Comment est-il possible, à partir de situations individuelles, de réfléchir à l'échelle d'un sous-groupe de population ?
- Quelle(s) approche(s) méthodologique(s) retenez-vous pour soutenir les logiques de stratifications au sein de vos OLS ? Croiser questionnaires ad-hoc et expérience du vécu ? Partir des récits de professionnels ?

## Penser des interventions sur mesure – coconstruire des logigrammes

---

Un logigramme est un outil graphique et décisionnel qui formalise le parcours d'accompagnement et de soins d'une strate de population donnée, en le décomposant en étapes précises, actions concrètes, acteurs impliqués et indicateurs de suivi.

Il a pour objectif de :

- Organiser l'articulation entre les acteurs du territoire ,
- Structurer les interventions selon des strates de population (stratification en fonction des besoins)
- Favoriser une prise en charge proactive, personnalisée et collective.

## Programme ICOPE

---

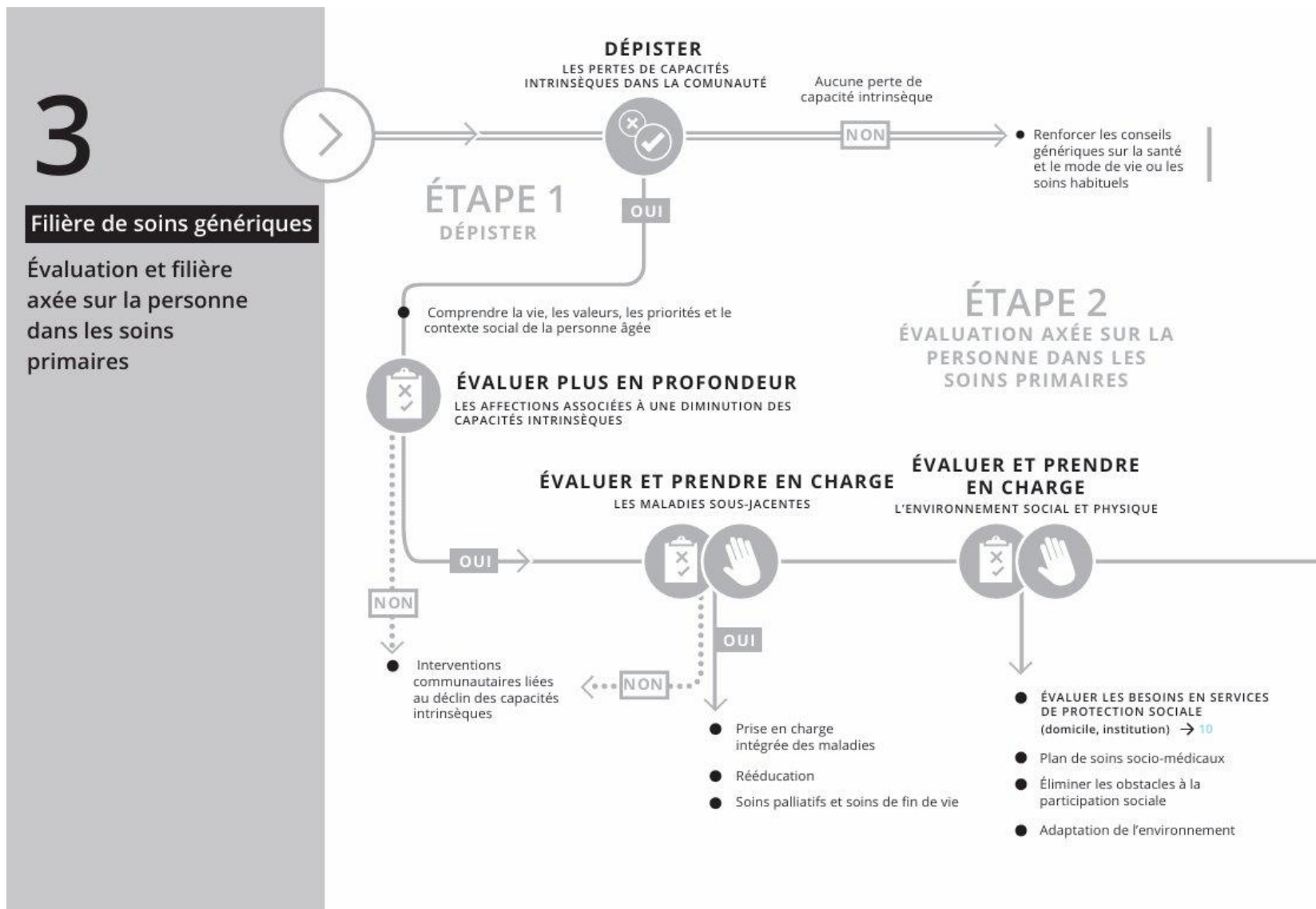
Le programme **ICOPE**, développé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), sert à **prévenir la perte d'autonomie chez les personnes âgées de 60 ans et plus** en détectant **précocement les signes de fragilité** afin d'intervenir avant que la dépendance ne s'installe.

### ICOPE sert à :

- Repérer tôt la fragilité,
- Prévenir la perte d'autonomie,
- Surveiller les fonctions essentielles du vieillissement,
- Engager les seniors dans leur santé,
- Offrir un accompagnement personnalisé si nécessaire.

C'est un **programme mondial majeur** pour favoriser un vieillissement **en bonne santé**, préserver l'autonomie et améliorer la qualité de vie des personnes âgées.

## Exemple logigramme – Programme ICOPE



# Exemple logigramme – Programme ICOPE

## 4

### Capacités cognitives

#### Filière de soins pour prendre en charge le déclin cognitif

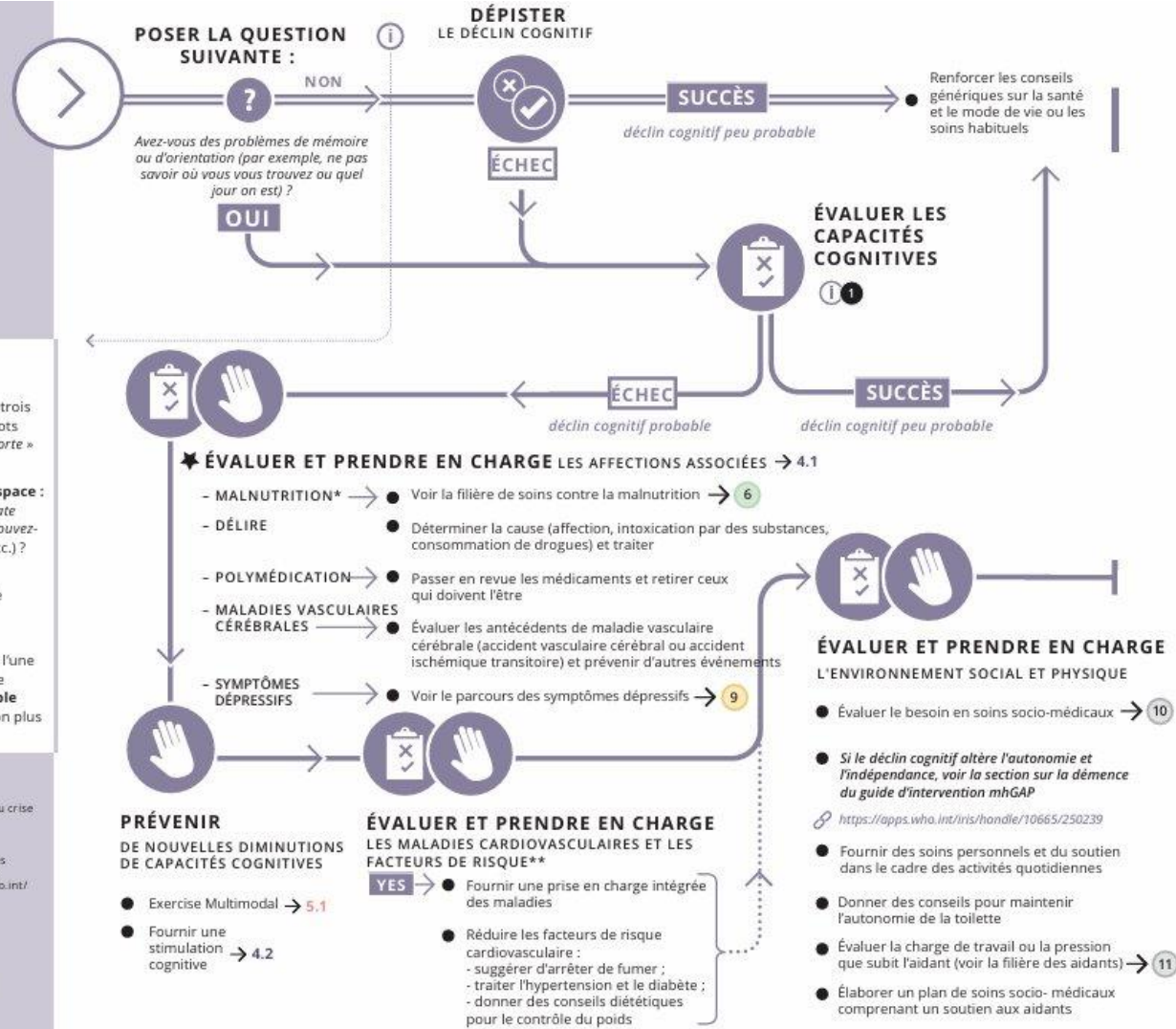
##### Test simple de mémoire et d'orientation

- Mémoriser trois mots :**  
Demandez à la personne de mémoriser trois mots que vous allez citer. Utilisez des mots simples et concrets tels que « fleur », « porte » ou « riz ».
- Orientation dans le temps et dans l'espace :**  
Puis, posez la question : « Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? » et « Où vous trouvez-vous en ce moment » (maison, clinique, etc.) ?
- Se rappeler trois mots :**  
Maintenant, demandez à la personne de répéter les trois mots cités

**Succès ou échec ?**  
Si une personne est incapable de répondre à l'une des deux questions sur l'orientation **OU** ne se rappelle pas tous les trois mots, il **est probable qu'il y ait déclin cognitif** et qu'une évaluation plus poussée soit nécessaire.

\* Carence vitaminique, anomalie électrolytique, déshydratation sévère d'accident vasculaire cérébral ou crise ischémique transitoire.

\*\* Facteurs de risque cardiovasculaire : hypertension, cholestérol élevé, diabète, tabagisme, obésité, maladies cardiaques, antécédents. Réduction des risques de déclin cognitif et de démence : OMS Directives - <https://apps.who.int/iris/handle/10665/312180>



# Exemple logigramme – Programme ICOPE

# 5

## Capacité locomotrice

Filière de soins pour améliorer la mobilité

### Exercice Multimodal → 5.1

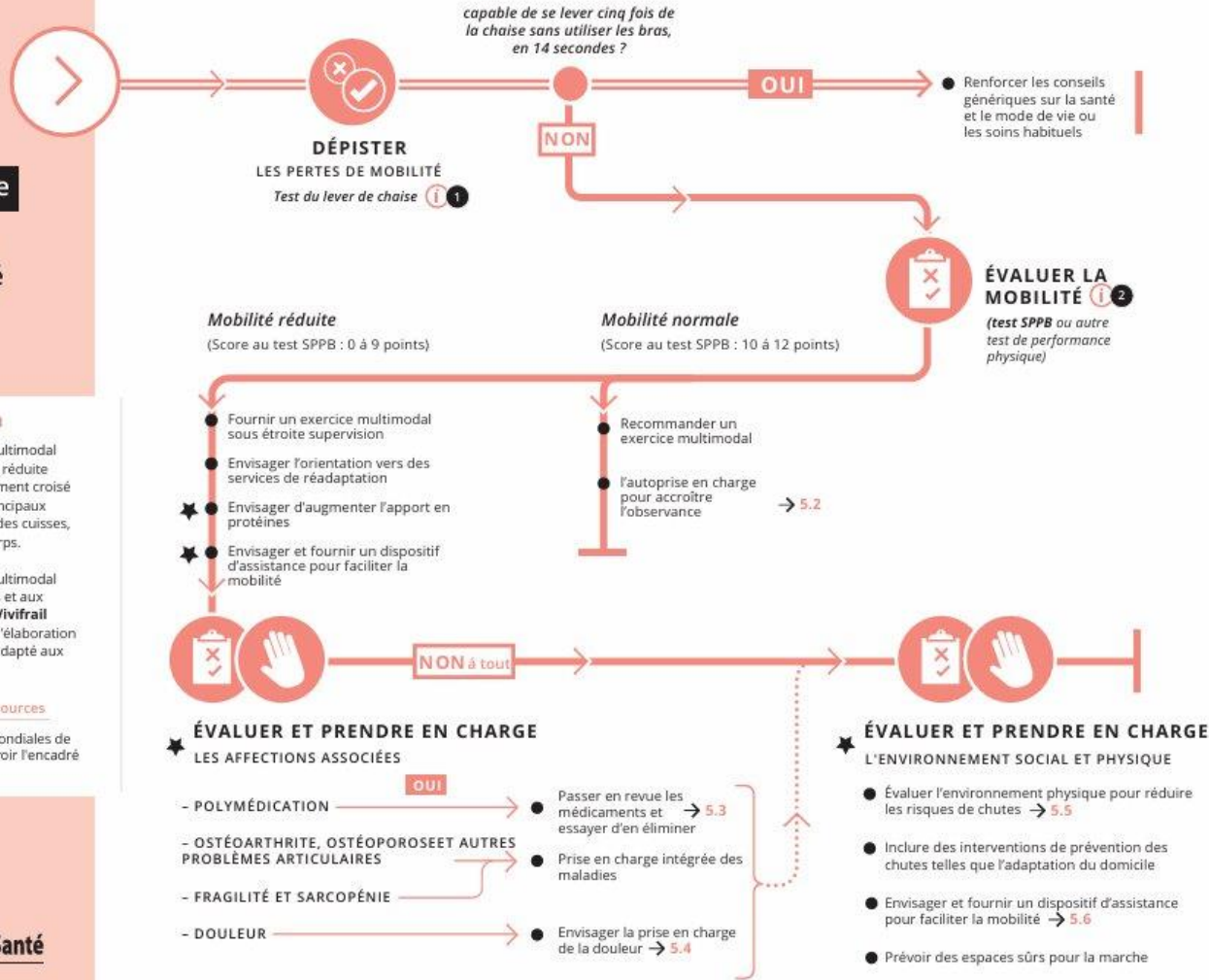
Un programme d'exercices multimodal pour les personnes à mobilité réduite associe l'exercice et l'entraînement croisé en mettant l'accent sur les principaux groupes musculaires du dos, des cuisses, de l'abdomen et du bas du corps.

Un programme d'exercices multimodal doit être adapté aux capacités et aux besoins de chacun. Le projet **Vivifrail** offre un guide pratique pour l'élaboration d'un programme d'exercices adapté aux capacités

<http://www.vivifrail.com/resources>

Pour les recommandations mondiales de l'OMS sur l'activité physique, voir l'encadré de la page 30

★ Besoin de soins spécialisés



## Programme SIPPE

---

Le programme **SIPPE**, mis en place au Québec, sert à **soutenir les familles vivant en contexte de vulnérabilité** pendant la grossesse et les premières années de vie de l'enfant (0 à 5 ans), afin de **favoriser le développement global de l'enfant**, améliorer la santé des parents et réduire les inégalités sociales.

Le programme **SIPPE** sert à :

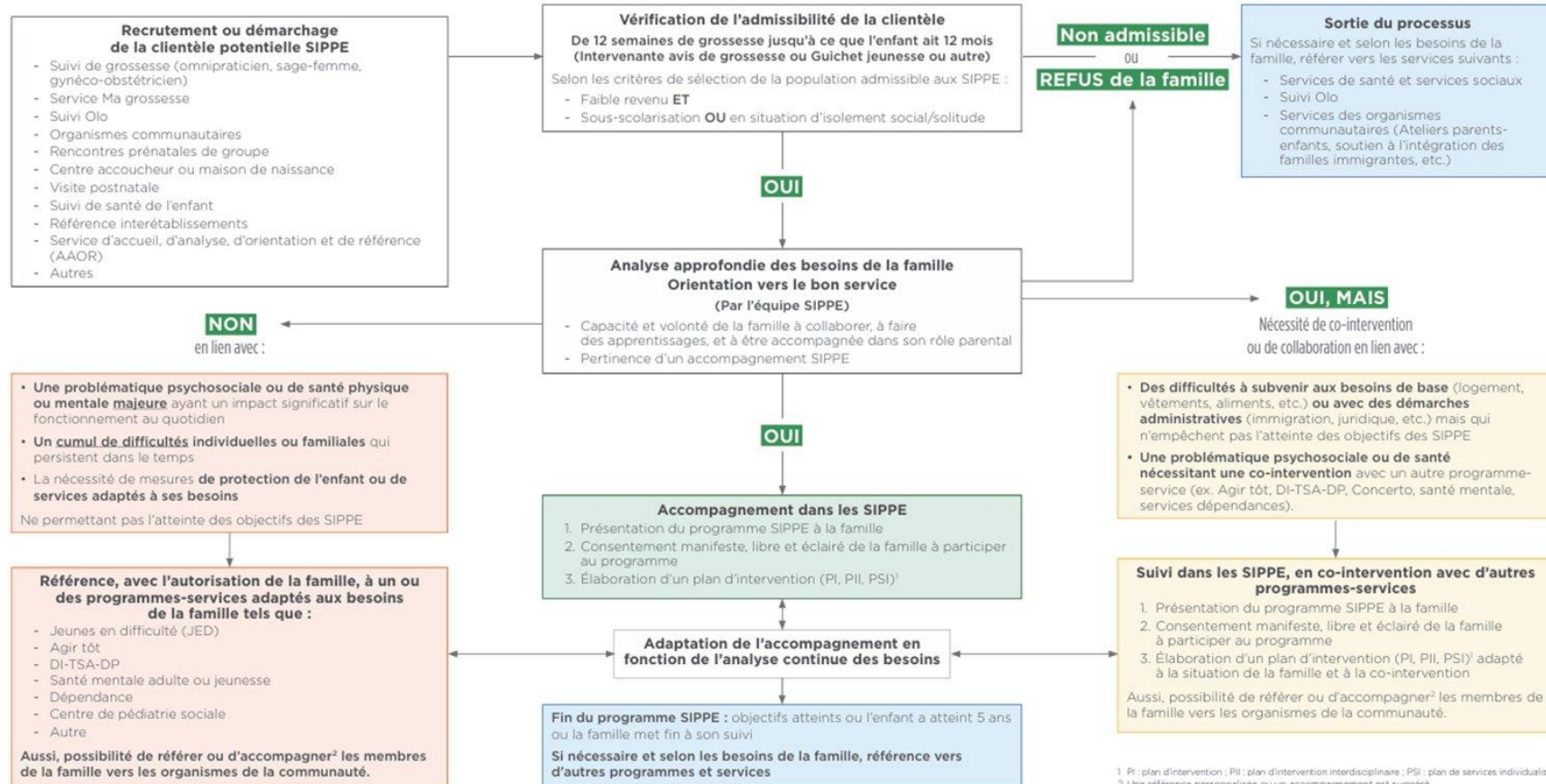
- Prévenir les inégalités de développement et de santé chez les enfants 0–5 ans ;
- Soutenir les familles vulnérables dès la grossesse ;
- Renforcer les compétences parentales ;
- Offrir un suivi intensif et personnalisé selon les besoins ;
- Mobiliser un réseau interdisciplinaire autour de la famille ;
- Favoriser un développement sain et un meilleur départ dans la vie.

C'est un programme clé pour les familles en situation de vulnérabilité socioéconomique au Québec.

# Exemple logigramme – Programme SIPPE

## SERVICES INTÉGRÉS EN PÉRINATALITÉ ET POUR LA PETITE ENFANCE (SIPPE) ARBRE DE SOUTIEN À LA DÉCISION POUR LE CHOIX DU SERVICE LE PLUS APPROPRIÉ SELON LES BESOINS En période prénatale ou postnatale

À toutes les étapes du processus, le jugement clinique de l'équipe interdisciplinaire s'applique.



1. PI : plan d'intervention ; PII : plan d'intervention interdisciplinaire ; PSI : plan de services individualisé  
2. Une référence personnalisée ou un accompagnement est suggéré.

25-936-05W

## Exemple logigramme – Programme SIPPE

### AIDE-MÉMOIRE NIVEAUX D'INTERVENTION SIPPE

LES NIVEAUX D'INTERVENTION		
<ul style="list-style-type: none"><li>Les niveaux d'intervention permettent d'adapter l'intensité du suivi selon les besoins et les progrès de la famille. Le cheminement de la famille dans le programme se fait de façon séquentielle et progressive, en fonction de l'atteinte d'objectifs associés à chaque niveau.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Le passage d'un niveau à l'autre se fait selon l'atteinte des objectifs associés à quatre domaines d'intervention:<ul style="list-style-type: none"><li>a) attachement;</li><li>b) développement de l'enfant;</li><li>c) soins médicaux et santé préventive;</li><li>d) utilisation des ressources pour les besoins de base et réseau de soutien social.</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Bien que la progression se fasse de façon séquentielle, le retour à un niveau antérieur est toujours possible, de façon à répondre au mieux aux besoins de la famille et aux situations particulières qui se présentent.</li></ul>
<b>PRENATAL</b>	<b>Rencontre toutes les deux semaines (bimensuelle)</b> Si la famille entre dans le programme après 28 semaines de grossesse, il est recommandé d'effectuer le suivi de façon hebdomadaire.	
<b>NIVEAU 1</b>	<b>Rencontre toutes les semaines (hebdomadaire)</b> Une visite à domicile par mois <b>peut</b> être remplacée par une rencontre de groupe.	
<b>NIVEAU 2</b>	<b>Rencontre toutes les deux semaines (bimensuelle)</b> Une visite à domicile sur quatre <b>peut</b> être remplacée par une rencontre de groupe.	
<b>NIVEAU 3</b>	<b>Rencontre tous les mois (mensuelle)</b>	
<b>NIVEAU 4</b>	<b>Rencontre tous les trois mois (trimestrielle)</b>	
ENTRÉE DANS LE PROGRAMME		
<ul style="list-style-type: none"><li>Une famille qui entre dans le programme durant la grossesse est classée au niveau prénatal. À la naissance de l'enfant, elle passe au niveau 1.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Si l'entrée dans le programme en période prénatale se fait après 28 semaines de grossesse, il est recommandé d'effectuer le suivi de façon hebdomadaire..</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Une famille qui entre dans le programme après la naissance de l'enfant est classée automatiquement au niveau 1.</li></ul>

## Exemple logigramme – Programme SIPPE

### CONSIGNES RELATIVES AU CHANGEMENT DE NIVEAU

- Aucune durée déterminée n'est associée à l'un ou l'autre des quatre niveaux postnataux. L'important est de suivre le rythme de la famille et de répondre aux besoins de celle-ci.
- **La famille doit avoir atteint les objectifs d'un niveau pour pouvoir passer au suivant, surtout les objectifs identifiés par un astérisque parce qu'ils sont considérés comme importants à atteindre. Sur la base de son jugement clinique, l'intervenant peut toutefois envisager le passage au niveau suivant même si certains objectifs ne sont pas atteints.**
- **Il est essentiel de s'assurer que les acquis de la famille sont bien consolidés avant de la faire passer au niveau suivant.**
- **Pour les nouveaux intervenants ou pour les cas litigieux, il est recommandé que les changements de niveau soient discutés et convenus avec l'accompagnateur clinique ou qu'ils fassent l'objet d'une discussion de cas au sein de l'équipe interdisciplinaire.**
- Avant d'approuver le changement de niveau, l'intervenant effectue un bilan avec la famille et il convient avec elle de tout changement d'intensité à apporter aux visites à domicile.
- Une situation de crise temporaire (moins de trois mois) peut nécessiter une augmentation de l'intensité de l'intervention, et ce, sans modifier le niveau d'intervention actuel.

### UTILISATION DE LA GRILLE SUR LES NIVEAUX D'INTERVENTION

- Sur la grille pour chacun des niveaux, l'intervenant doit cocher les objectifs atteints par la famille et inscrire:
  - la date de l'entrée dans le niveau;
  - la date du changement de niveau.
- Une case pour chacun des parents (parent 1 et parent 2) permet de noter quels objectifs sont atteints par chacun.
- Le parent 1 est celui qui agit à titre de principal responsable des soins donnés à l'enfant. Le parent 2 est également impliqué auprès de l'enfant et participe activement au suivi.
- L'obligation que les objectifs soient atteints par les deux parents pour que puisse s'effectuer un changement de niveau s'applique seulement lorsque les deux parents participent activement au suivi.
- La section relative aux suggestions pour l'intervention constitue un rappel des principales actions à mener dans chacun des quatre domaines d'intervention pour accompagner les familles et favoriser leurs apprentissages ainsi que les changements de niveau.  
**Attention:** Les actions énumérées ne constituent pas une liste exhaustive des actions possibles auprès des familles.

## Programme diabète (Canton de Vaud)

---

Le **Programme cantonal Diabète (PcD)** vise à **réduire l'impact du diabète sur la population vaudoise** en agissant à la fois sur la **prévention**, le **diagnostic précoce**, **l'amélioration de la prise en charge**, et la **réduction des complications**.

Le Programme cantonal Diabète sert à :

- Prévenir l'apparition du diabète dans la population ;
- Détecter plus tôt les personnes à risque ou déjà atteintes ;
- Améliorer la prise en charge, la coordination et la qualité des soins ;
- Réduire les complications et les coûts humains et économiques ;
- Offrir des outils harmonisés aux professionnels ;
- Soutenir un réseau multidisciplinaire et une approche intégrée du diabète.

C'est un programme complet et structuré pour réduire le fardeau du diabète dans le canton de Vaud.

## Exemple logigramme – Programme diabète (Canton de Vaud)

### Stades de risque et niveaux de soins

Présentation des situations qui peuvent typiquement être référées à un centre régional (stades 1 à 3, encadré en gras)

	Prévention primaire Suivi santé	Prévention secondaire Suivi santé	Prévention secondaire Consultation ponctuelle	Prévention tertiaire suivi multidisciplinaire	Situations complexes du diabète Suivi interdisciplinaire	Situations médicales complexes Suivi interdisciplinaire
<b>STRATIFICATION (SCORES)</b>	<b>Patient en bonne santé</b> Glycémie dans la norme mais facteurs de risque +++	<b>Stade 1 (0)</b> Patient diabétique à faible risque de complications et glycémie équilibrée	<b>Stade 1 (1)</b> Patient diabétique à risque de complications augmenté ou élevé et/ou une ou plusieurs MC instables Hyperglycémie + élévation lipides	<b>Stade 2 (2-5)</b> Patient à haut risque avec plusieurs maladies chroniques (MC), avec complications ou ttt complexes	<b>Stade 3 (≥6)</b> Situations diabétologiques complexes (post-décompensation aiguë, complications sévères du diabète)	<b>Stade 3 (≥6)</b> Situations médicales complexes et/ou patients avec atteinte sévère de l'état de santé
<b>BUTS</b>	prévenir l'apparition du diabète	Traiter le diabète et prévenir les complications	Traiter le diabète et prévenir les complications	Traiter le diabète et freiner l'évolution des complications	Ré-équilibrer l'état de santé, prévenir et freiner l'évolution des complications, préserver la qualité de vie	Ré-équilibrer l'état de santé, préserver la qualité de vie / recourir aux soins palliatifs
<b>PLAN DE SOIN</b>						
Dépistage du diabète	X	0	0	0	0	0
Autocontrôles	0	X	X	X	X	X
Dépistage des complications	0	X	X	X	X	(X)
Autonomisation du patient	0	X	X	X	X	(X)
Bilan de santé / vaccin(s)	1x/an	1x/an	X	X	X	(X)
Consultation spécialisée	0	(1x/an)	1-2x/an	1-4x/an	4x/an	Selon besoins
Promotion des modes de vie sains	X	X	X	X	X	(X)
Ressources pour améliorer l'autonomie	0	X	X	X	X	(X)
<b>EQUIPE/PLANIFICATION DES SOINS</b>						
Médecins de famille	X	X	X	X	X	X
Médecins diabétologues	0	(X)	(X)	X	X	X
Centre régional (multidisciplinaire)	0	(X)	(X)	X	(X)	(X)
Centre régional (interdisciplinaire)	0	0	0	X	X	X
Soins à domicile	0	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)
Délégation de soins (Inf. diabéto; diét)	(X)	(X)	X	X	X	(X)
Groupe de soutien et/ou cours ET	0	X	X	X	X	(X)

<sup>1</sup> Le suivi multidisciplinaire peut nécessiter non seulement l'intervention des prestataires de soin (de première ligne et spécialisés) mais aussi ceux du secteur social.

<sup>2</sup> On entend ici par suivi interdisciplinaire une prise en charge impliquant la collaboration et la coordination entre plusieurs prestataires spécialisées en lien avec le médecin traitant, permettant de proposer, dans un même temps et un même lieu, une réponse concertée à une situation complexe.

# Comment soutenir le développement d'un logigramme ?

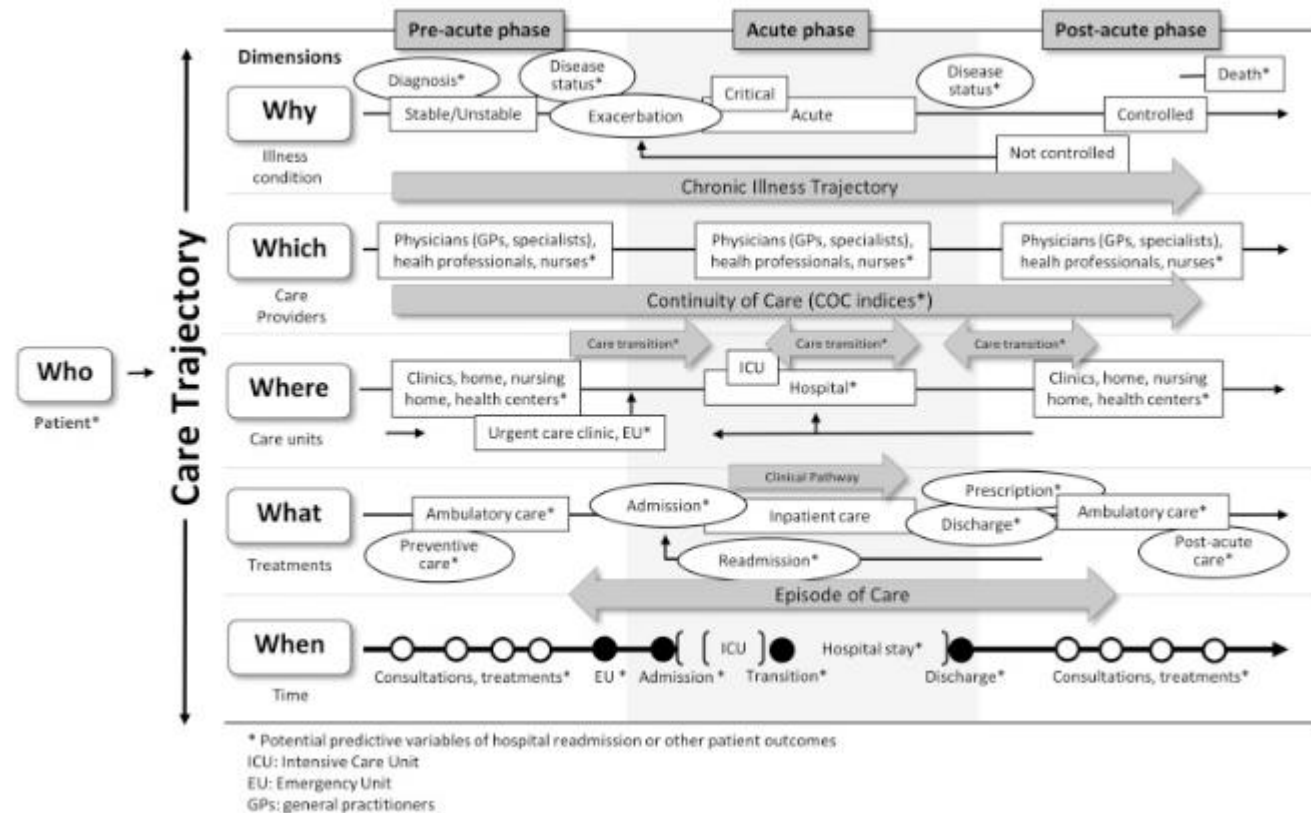
Quoi ?

Mettre en place dans les GT thématiques un **atelier logigramme**

Comment ?

Mobiliser de la méthodologie des 6W

(Who, Why, What, Which, Where, When)



## Avant l'atelier

---

- Identifier les **différentes strates de population auxquelles s'adresse le programme**
- Construire des **vignettes situationnelles** décrivant, pour chacune d'elles, une situation vécue, recensée par les professionnels de terrain ou partagée par des citoyens / citoyennes
- Identifier les **grandes phases** qui balisent le programme
- Recenser les **éléments clés du programme** : les fonctions et dispositifs décrits dans le cadre légal. Ces éléments peuvent être complétés et enrichis par des composantes issues de programmes similaires déjà mis en œuvre dans d'autres contextes ou pays.
- Préparer le support d'animation : de **grandes feuilles** en vertical les différentes questions de la méthode des 6W et en horizontale les grandes étapes du programme

# Avant l'atelier – exemple pour le programme périnatal

## Supports pour l'atelier



### Situation clinique 2

Madame V. se présente pour sa première échographie.

Elle est enceinte de 11 semaines avec son compagnon.

C'est une première grossesse. Elle est actuellement à 20 semaines et se présente à l'hôpital pour trouver des informations. Elle est accompagnée de son conjoint, Monsieur C. Elle a 29 ans et le couple attend son 2ème enfant. Ils ont déjà un petit garçon de 2 ans qui est en pleine forme. Madame travaille dans un commerce et Monsieur est informaticien dans une société. Ils vivent assez proche de leur travail. La 1ère grossesse s'est bien passée. Madame G est d'origine italienne mais parle très bien français et est soutenue par ses parents et ses sœurs au quotidien. La grossesse était souhaitée depuis plusieurs mois et ils sont heureux d'apprendre qu'ils attendent l'arrivée d'un deuxième garçon.

### La suite...

Nous sommes aux 15 semaines. Ils n'ont pas encore pu reprendre leur vie normale.

Madame a pu reprendre son travail. La petite fille ne dort toujours pas la nuit et son alimentation est compliquée. Madame craint de "mal faire" et ne trouve que peu de solutions qui soient en accord avec les bonnes pratiques pour l'alimentation d'un enfant de 15 mois. La petite va plutôt bien mais la crèche s'inquiète d'un poids qui stagne voire commence à diminuer.

A la suite de cette interpellation, le couple décide de se rendre chez leur MG et passe la consultation à se disputer sur ce qu'il faut faire. Ils devaient y aller pour les vaccins de la petite également.

### Situation clinique 1

Madame G. recherche une sage-femme pour l'accompagner durant sa grossesse. Elle est actuellement à 20 semaines et se présente à l'hôpital pour trouver des informations. Elle est accompagnée de son conjoint, Monsieur C.

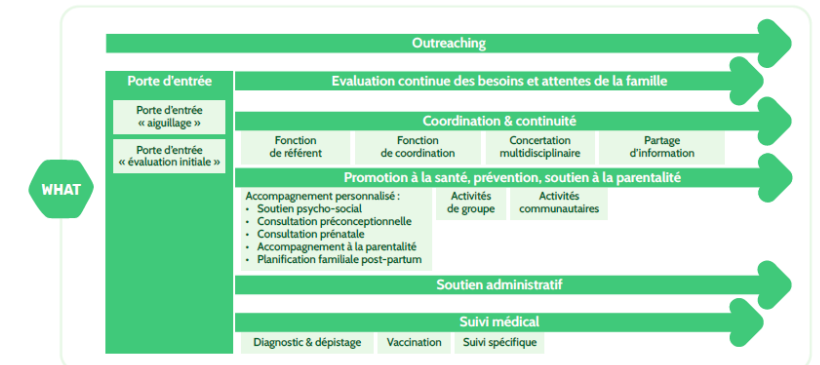
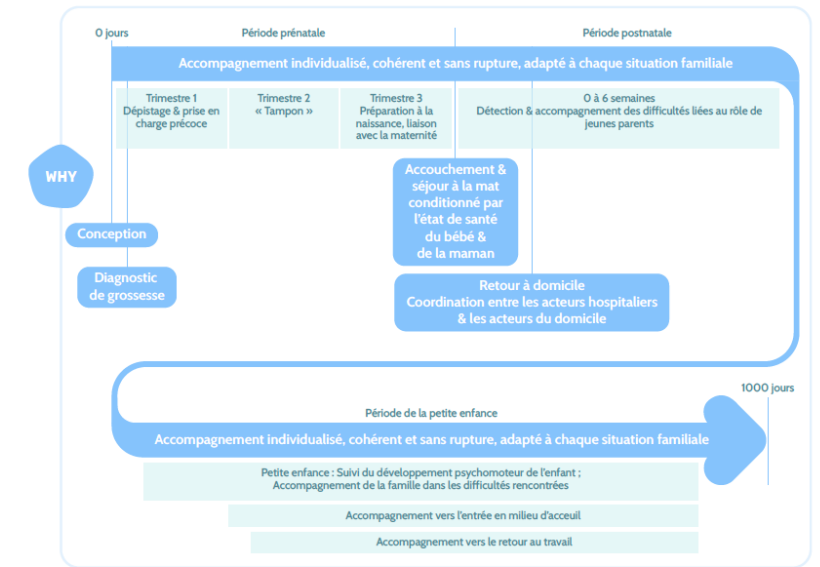
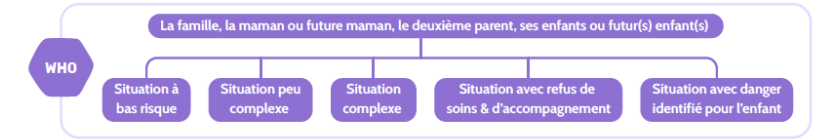
Elle a 29 ans et le couple attend son 2ème enfant. Ils ont déjà un petit garçon de 2 ans qui est en pleine forme. Madame travaille dans un commerce et Monsieur est informaticien dans une société. Ils vivent assez proche de leur travail. La 1ère grossesse s'est bien passée. Madame G est d'origine italienne mais parle très bien français et est soutenue par ses parents et ses sœurs au quotidien.

La grossesse était souhaitée depuis plusieurs mois et ils sont heureux d'apprendre qu'ils attendent l'arrivée d'un deuxième garçon.

Madame est un peu stressée car actuellement, elle n'a pas réussi à trouver une place en crèche et sa 2ème préoccupation concerne l'allaitement. Celui-ci ne s'était pas bien passé pour leur 1er fils et souhaiterait essayer à nouveau. Elle a beaucoup de questions et aimerait un accompagnement.

Leur fils comprend qu'il va avoir un petit frère et ne le vit actuellement pas très bien... Il est dans une phase où il teste beaucoup les limites et ses parents. Ce qui a tendance à générer de la fatigue et de l'énerverment mais dans les « limites de la normale » selon le couple.

## Strates de populations, grandes phases du programme, dispositifs clés : Voir synthèse [Publications](#) | [HORIZYS](#)



# Déroulé de l'atelier

---

## Temps 1 : introduction

### Clarification du cadre de travail

### Clarification du contexte et des objectifs :

Développer une compréhension commune et approfondie du parcours. L'ambition de l'atelier est de pouvoir balayer un ensemble de questions permettant de répondre à différents champs :

- **Qui** souhaite-t-on accompagner à travers ce programme ?
- **Pourquoi** doit-on accompagner ces situations ? Que souhaite-t-on éviter ?
- **Que propose-t-on** comme accompagnement ? Quelles fonctions, dispositifs sont nécessaires ?
- **Qui** intervient dans l'accompagnement de ces situations ? Quelles compétences sont nécessaires ? Comment s'organise les collaborations ?
- **Où** accompagne-t-on ces situations (domicile, soins primaires, hôpital, etc.) ?
- **Quand** les différents services interviennent-ils dans l'accompagnement ? Comment fait-on la liaison entre les différents moments de transition ?

## Déroulé de l'atelier

### Temps 2 : Travail en sous-groupes (2h)

Les participants s'imprègnent d'une première vignette situationnelle. À partir de celle-ci, ils appliquent les six questions issues de la méthode des « 6W », en lien avec les différentes phases du programme.

L'animateur pose une série de questions permettant d'explorer les éléments suivants :

• <b>Who</b> ? Qui ?	<ul style="list-style-type: none"><li>•Quelle population est concernée par la vignette clinique ?</li><li>•Qui souhaite t'on accompagner dans cette situation ?</li></ul>
• <b>Why</b> ? Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"><li>•Quelles sont les phases clés de la trajectoire ou du programme ?</li><li>•Y a-t-il des moments clés ou des moments de transition importants ?</li></ul>
• <b>What</b> ? Quoi ?	<ul style="list-style-type: none"><li>•Quels sont les besoins identifiés ? Que propose t'on comme accompagnement ?</li><li>•Quelles sont les fonctions mobilisées ou à mobiliser ?</li><li>•Quels sont les dispositifs mis en œuvre à chaque phase ? Y a-t-il des dispositifs inspirants ?</li><li>•Quelle est la place du bénéficiaire -dans la validation du plan d'accompagnement ?</li></ul>
• <b>Which</b> ? Qui ?	<ul style="list-style-type: none"><li>•Quels sont les acteurs impliqués dans les fonctions et dispositifs évoqués (à l'étape « What ? »), selon les différentes phases (identifiées à l'étape du « Why ? ») ?</li><li>•Les connexions entre les services existent-elles ? Faut-il créer le réseau ?</li></ul>
• <b>Where</b> ? Où ?	<ul style="list-style-type: none"><li>•Où sont réalisées ces fonctions et dispositifs ? Une attention particulière est portée au rôle du domicile.</li></ul> <p>Les fonctions et dispositifs identifiés à l'étape du « What ? » sont passés en revue sous cet angle. On peut également parler de la communication entre les services à ce moment ci.</p>
• <b>When</b> ?-Quand ?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Quelle est la fréquence des actions ou des rencontres à organiser ?</li></ul>

## Déroulé de l'atelier

---

### Temps 2 : Travail en sous-groupes (2h)

Les participants s'imprègnent d'une première vignette situationnelle. À partir de celle-ci, ils appliquent les six questions issues de la méthode des « 6W », en lien avec les différentes phases du programme.

L'animateur pose une série de questions permettant d'explorer les éléments suivants :

#### **Points de vigilance pour l'animateur :**

Pour le bon déroulé de l'animation, il est important de :

- Maintenir le focus sur la trajectoire : garder le fil rouge de la situation vécue en tête et passer par les différentes étapes de l'accompagnement de ce type de situation
- Adopter une vision plus globale en invitant à réfléchir non pas seulement à la situation particulière, mais à la manière d'accompagner l'ensemble de la population concernée par ce type de situation. Il s'agit de passer d'une analyse centrée sur l'individu à une réflexion à l'échelle populationnelle.
- Favoriser l'intelligence collective : solliciter les différents avis, veiller à la bonne circulation de la parole, questionner les personnes ayant eu peu de temps de paroles, etc.
- Clarifier les zones de flou – assurer la bonne compréhension des informations exprimées
- Faciliter la discussion et inviter les partenaires à prendre de la hauteur afin de permettre une vision la plus étayée possible. L'animateur relance, clarifie, stimule la discussion.

## Déroulé de l'atelier

---

### Temps 3 : Prise de hauteur et synthèse (45 min)

L'animateur se charge de proposer une analyse brève transversale de l'accompagnement proposé, du réseau, des ruptures et des enjeux de collaboration.

La discussion et le partage croisé enrichissent cette première analyse « à chaud ».

Il est souhaité de prendre quelques minutes avec les participants pour échanger sur le vécu de l'atelier, les apprentissages, les étonnements.

Pour terminer, l'animateur clarifie le travail qu'il devra faire par la suite

## Temps de travail en 3 sous-groupes

---

*Objectif* : Mettre en pratique l'animation d'un atelier logigramme

*Animation* :

- Prendre connaissance du guide d'animation
- Transmettre une vignette clinique par sous-groupe
- Nommer 2 animateurs dans le sous-groupe qui anime la discussion et tente de développer la méthode 6 w. Les autres jouent le rôle de participant selon les consignes distribuées – les rôles sont distribués sans la présence de l'animateur.



**Merci !**

---