





Table des matières

Preambule	4
Introduction.....	5
1. La démarche Proxisanté	5
2. Proxisanté, une démarche à long terme	5
2.1. Les différentes étapes	5
2.2. Le questionnaire	6
3. Les ateliers de juin 2022	6
3.1. Méthodologie des ateliers.....	6
Résultats.....	8
1. Maillage territorial.....	8
1.1. Prérequis :.....	8
1.2. Points d’attention :.....	8
1.3. Points de discussion à approfondir :	8
2. Gouvernance	11
2.1. Prérequis:	11
2.2. Points d’attention :.....	11
2.3. Points de discussion à approfondir :	12
3. Communication et articulation entre les secteurs	13
3.1. Prérequis :.....	13
3.2. Points d’attention :.....	13
3.3. Points de discussion à approfondir :	14
4. Offre de services.....	15
4.1. Prérequis :.....	15
4.2. Points d’attention :.....	15
4.3. Points de discussion à approfondir :	15
5. Financement.....	17
5.1. Prérequis :.....	17
5.2. Points d’attention :.....	17
5.3. Points de discussion à approfondir :	17
6. E-santé.....	18
6.1. Prérequis :.....	18
6.2. Points d’attention :.....	18
6.3. Points de discussion à approfondir :	18
Conclusion	20
Annexe 1 : La voix des participants	22

Preamble

La démarche participative Proxisanté a été initiée en 2021. Elle a pour but de fournir les éléments incontournables du décret organisant la première ligne d'aide et de soins en Wallonie attendu en 2023. Ce rapport présente les échanges qui ont eu lieu dans le cadre des ateliers du mois de juin 2022.

Proxisanté est un projet qui intègre le Plan de relance wallon (PRW), c'est pourquoi il fait l'objet d'une gouvernance interne particulière. L'équipe projet est composée d'agents de l'AVIQ issus de différentes directions, dont la mission était ici, d'appliquer et de faire appliquer les décisions prises par le comité de pilotage (COFIL). Ce comité est composé de membres du cabinet de Madame la Ministre Christie Morreale ainsi que de hauts fonctionnaires de l'AVIQ. L'équipe compte également parmi ces membres un consultant externe (Möbius) dont le rôle est de garantir la neutralité et l'objectivité des livrables résultant de la concertation avec les multiples parties prenantes. Aussi, un comité d'accompagnement du projet a été mis en place. Il est composé des membres de la chaire interdisciplinaire de la première ligne « Be.HIVE », de la Plateforme pour l'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des patients (PAQS) et de la Plateforme de première ligne wallonne (PPLW). Ce comité fournit des avis à la demande du COFIL. Enfin, Proxisanté étant un projet prioritaire du PRW, il fait l'objet d'un suivi de la part des partenaires sociaux du gouvernement wallon.

Le périmètre d'action de la Région wallonne dépend des compétences qui lui ont été confiées à la suite de la sixième réforme de l'Etat¹. Dans ce cadre, la Région est compétente pour l'organisation de la première ligne (excepté les gardes de médecine générale et leur financement), les allocations d'aide à la personne, les subsides pour la concertation comme les plateformes de soins palliatifs, de santé mentale ou encore autour du patient « psychiatrique » et autres concertations intersectorielles, la promotion à la santé ou encore le financement de différentes structures comme les associations de santé intégrée (ASI), les centres de coordination de l'aide et des soins à domicile (CASD) ou les services intégrés de soins à domicile (SISD), etc. Dès lors, l'AVIQ est amenée à subventionner plusieurs structures sur le territoire wallon. Toutefois, concernant les professionnels de la santé, l'accès à leur profession, leur formation et le financement de leurs prestations relèvent des compétences d'autres niveaux de pouvoir.

¹ (https://spw.wallonie.be/sites/default/files/encart_vlw_27_-_nouvelles_compétences_.pdf)

Introduction

1. La démarche Proxisanté

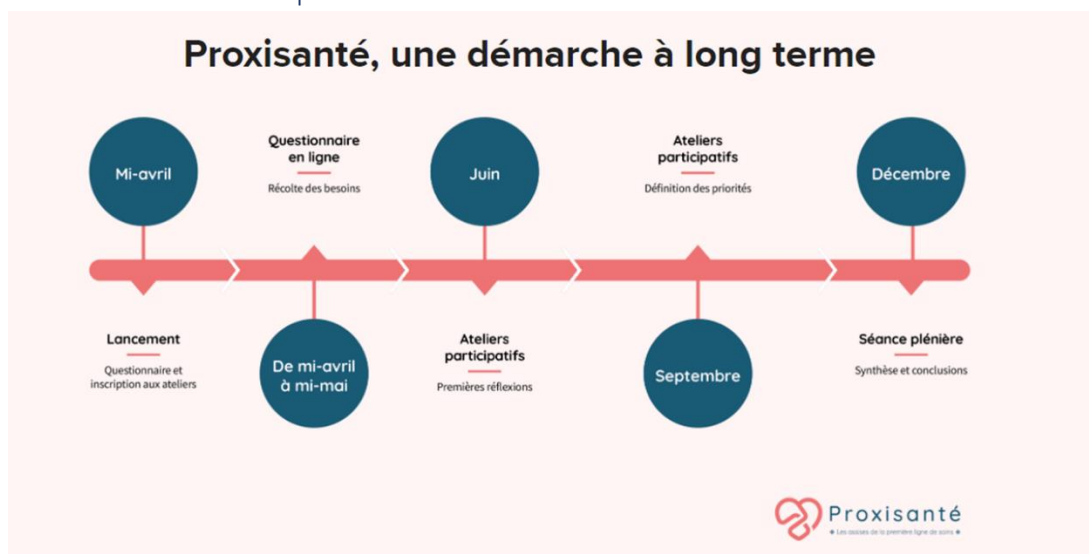
A la suite de la sixième réforme de l'Etat qui transfère la compétence de l'organisation des soins de santé de première ligne aux régions (art. 5, § 1^{er}, I, de la loi spéciale du 8 août 1980 modifiée en dernier lieu le 6 janvier 2014), au vu du vieillissement de nos populations et de la transition épidémiologique que notre société connaît, il devient urgent de renforcer et de structurer davantage la première ligne d'aide et de soins. Jusqu'ici, l'accent était mis sur les soins en milieu hospitalier et les soins spécialisés, c'est un réel **changement de paradigme** qui suppose d'avoir une première ligne suffisamment outillée et organisée pour être mis en œuvre.

Dans ce contexte, la démarche Proxisanté doit nous permettre de réfléchir à une nouvelle **organisation territoriale** de l'offre d'aide et de soins **basée sur les besoins des personnes** d'un territoire de santé identifié.

Cette initiative est soutenue par le gouvernement et s'intègre complètement dans la **déclaration de politique régionale** qui stipule qu'« une organisation territoriale de l'offre d'aide et de soins sera définie avec les acteurs de santé à partir des zones de soins de première ligne réparties sur l'ensemble du territoire wallon. Une cohérence entre la première ligne et les soins spécialisés, dont les futurs réseaux hospitaliers et les soins de santé mentale, sera recherchée ».²

2. Proxisanté, une démarche à long terme

2.1. Les différentes étapes



Le projet initié en 2021 avait pour ambition de consulter les professionnels et leurs représentants avant l'année 2022. La pandémie de COVID19 et ses multiples vagues ont amené à suspendre le projet afin de permettre aux professionnels en première ligne d'assurer leurs missions premières. Ainsi, ce n'est qu'en avril 2022 que les travaux ont pu reprendre.

Comme première étape dans la définition de cette nouvelle organisation de la première ligne d'aide et de soins, une **plateforme** a été développée afin de communiquer sur l'évolution de la démarche, de partager les informations et les documents relatifs à celle-ci, mais aussi, d'interagir directement avec les personnes concernées par cette initiative. La publication d'un **questionnaire** en ligne en avril et

² [Déclaration de politique régionale 2019-2024](#)

d'informations sur l'organisation des **ateliers thématiques** d'intelligence collective du mois de juin 2022, ont été les premiers éléments à destination des prestataires de la première ligne.

2.2. Le questionnaire³

Le questionnaire de la démarche participative Proxisanté était accessible aux professionnels de la première ligne et représentants de patients via la plateforme digitale du même nom de fin avril à fin mai 2022. Après analyse des données, le nombre et le profil des répondants ne nous permettent pas de présenter des résultats statistiquement significatifs. Bien que les résultats obtenus ne soient pas valides scientifiquement, ils nous permettent au moins d'engager les échanges lors des ateliers sur la base des éléments apportés directement par les prestataires concernés. Tel que mentionné lors de la tenue de chaque atelier⁴, cette enquête nous a permis de construire la méthodologie des ateliers du mois de juin et de structurer les réflexions. Les résultats utiles à chaque axe sont par ailleurs disponibles sur la plateforme.

3. Les ateliers de juin 2022

Les différents ateliers organisés au mois de juin 2022 avaient pour objectif de permettre aux acteurs de la première ligne d'aide et de soins de développer des pistes d'actions concrètes pour améliorer les pratiques au regard des 6 axes de travail préalablement identifiés : maillage territorial – Financement – Gouvernance – Offre de service – Communication et articulation entre les secteurs – E-santé.

3.1. Méthodologie des ateliers

La méthodologie utilisée pendant les ateliers était celle d'un **world café**. Dans un world café, l'idée est de recréer un climat propice à des discussions informelles en groupes restreints d'horizons différents autour d'une thématique. Ce principe vient du constat que la plupart des bonnes idées naissent à la machine à café.

Les personnes sont placées à une table par groupe de maximum 9 personnes, avec une personne qui joue le rôle « d'hôte ». Après un tour qui dure approximativement 25 minutes, les participants changent de table et l'hôte de la table en question accueille les nouveaux participants. L'hôte résume brièvement les sujets qui ont été abordés par le groupe précédent, les conclusions auxquelles le groupe est parvenu et les questions qui doivent être approfondies. Les nouveaux participants s'appuient sur cette série de discussions et développent une « carte mentale ». Après un certain nombre de tours, les hôtes tentent de parvenir à une synthèse des résultats lors d'un retour en plénière.

Le premier atelier axé sur le maillage territorial a eu lieu en présentiel, le mercredi 8 juin en soirée dans la région de Namur (Business Center Actibel Ecolys). Après une introduction abordant les motivations, le contexte et les enjeux liés à la réorganisation de la première ligne de soins par Madame la Ministre et les responsables de l'AVIQ (administratrice générale de l'AVIQ et inspectrice générale de la branche santé), Möbius a présenté une synthèse provisoire des résultats de l'enquête reprenant le profil des répondants et les résultats liés à l'axe Maillage territorial, l'objectif de la soirée ainsi que la méthodologie qui serait utilisée. Les discussions furent ensuite organisées par table selon la méthode du world café.

Le samedi 11 juin, les 5 autres axes (Financement, Gouvernance, Offre de service, Communication & articulation entre les secteurs et E-santé) ont été abordés lors de sessions virtuelles pour les participants des provinces de Liège et de Luxembourg.

³ [Proxisanté \(proxisante.be\)](https://proxisante.be)

De la même manière, le samedi 18 juin, ce fut au tour des participants des provinces de Namur, de Hainaut et du Brabant wallon d'aborder les 5 autres axes (Financement, Gouvernance, Offre de service, Communication & articulation entre les secteurs et E-santé).

Chacune de ces sessions virtuelles durait 2 heures et était organisée en 2 temps. Le premier reprenait la présentation des résultats de l'enquête liés à l'axe concerné, les objectifs de la session ainsi que la méthodologie appliquée. Le deuxième temps était consacré au world café en tant que tel.

L'organisation de ces ateliers a permis de rassembler environ 160 personnes sur les 241 personnes inscrites au départ. La séance du 8 juin qui a eu lieu en présentiel est celle qui semble avoir rencontré le plus de succès en termes de nombre de participants. En effet, lors des séances qui se sont déroulées en distanciel, nous avons observé un nombre d'absences imprévues plus important et des groupes avec un nombre de participants plus restreint. Qu'il s'agisse de l'un ou de l'autre format, une attention particulière a été portée afin de maintenir l'hétérogénéité des profils dans tous les groupes. Pour conclure, ces rencontres ont permis des échanges constructifs entre les différents prestataires de la première ligne ainsi que la récolte d'idées et de points d'attention quant à sa future (ré)organisation.

L'analyse et la synthèse des différents ateliers ont été possibles grâce à la compilation des cartes mentales produites par chacune des tables, des prises de note effectuées par les agents de la société Möbius et les agents de l'AVIQ, qui tenaient pour l'un le rôle d'hôte et pour l'autre celui de secrétaire. A ces notes qui ont permis à la société Möbius de procéder à l'analyse et à la préparation de ce présent rapport, une relecture par les agents AVIQ s'est ajoutée afin de s'assurer d'une retranscription complète et fidèle des échanges. Une liste non-exhaustive de témoignages extraits des échanges est consultable dans **l'annexe 1**.

Résultats

1. Maillage territorial

Le maillage territorial, c'est penser à la structuration de l'offre en tenant compte des spécificités locales et des dynamiques interprofessionnelles existantes, c'est penser à la définition de territoires et à leur articulation afin d'assurer la cohérence de l'offre entre les services et les prestataires, ainsi que du besoin avec les demandes des populations, tel qu'il a été défini dans le cadre de la préparation des assises de la première ligne de l'aide et des soins, tout en garantissant la libre circulation du patient.

La territorialisation de la santé, c'est donc l'adaptation de l'offre aux réalités spatiales, c'est répondre à la satisfaction des besoins des populations sur des territoires donnés, à un moment donné. Elle doit permettre d'adapter les moyens aux besoins et surtout, d'assurer un égal accès en tout point du territoire à des soins de qualité⁵.

L'objectif de l'atelier était dès lors **d'identifier des pistes visant à définir le découpage optimal du territoire** pour permettre une réponse adéquate aux besoins de la population, une articulation entre les prestataires de soins et les objectifs de santé de la région.

Le découpage optimal du territoire wallon devrait, selon les participants, prendre en considération les aspects prioritaires listés ci-dessous.

1.1. Prérequis :

- Organiser la disponibilité des prestataires sur un territoire en prenant en compte l'ensemble des besoins de la population couverte par celui-ci ;
- Laisser l'opportunité au bénéficiaire de choisir son prestataire quel que soit le territoire sur lequel celui-ci est actif ;
- Permettre aux prestataires, le cas échéant, de pouvoir être actifs sur plusieurs territoires ;
- Ne pas engendrer la création de structures supplémentaires, mais utiliser et simplifier l'existant ;
- Mettre à disposition un cadastre des praticiens actifs au sein de chaque territoire.

1.2. Points d'attention :

- La taille d'un territoire peut varier d'une zone à une autre. La définition des limites d'une zone devrait tenir compte de l'équilibre entre différents facteurs à prendre en considération ;
- Plusieurs niveaux d'organisation seront nécessaires pour améliorer la coordination des activités ;
- Importance de tenir compte des déplacements du bénéficiaire et du prestataire qui imposent, de fait une limite à la taille du territoire (exemples : le coût et la durée des déplacements).

1.3. Points de discussion à approfondir :

Nombre de niveaux au sein d'une zone géographique

Différentes pistes ont été évoquées lors des discussions telles que le modèle adopté par la Flandre ou le mémorandum de la PPLW. A l'issue de celles-ci, bien que les participants soient tous d'accord sur le fait qu'il faille plusieurs niveaux d'organisation sur un même territoire, des divergences d'opinions persistent sur la définition, le rôle ou le nombre de niveaux à mettre en place. Les 3 modèles présentés ci-dessous ressortent des échanges :

⁵ Amat-Roze, J. (2011). La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat. *Hérodote*, 143, 13-32. <https://doi.org/10.3917/her.143.0013>

Organisation sur 2 niveaux

- Le premier niveau correspond au plus petit niveau d'un territoire, il comprend approximativement entre 10.000 et 75.000 habitants⁶. Il se concentre sur la coordination journalière entre les prestataires autour d'un bénéficiaire. Il est peu formalisé.
- Le second niveau correspond à la définition des zones de soins couvertes par les Services Intégrés de Soins à Domicile (SISD). Ces dernières sont définies telles que « l'aire géographique d'un seul tenant, composée d'une ou plusieurs communes – ou une partie d'une commune dans les grandes agglomérations de Charleroi et Liège -, sur laquelle se déploie l'activité du SISD ⁷; ». Ce niveau regroupe toutes les activités liées au territoire concerné (définition des priorités et organisation de l'offre). Les missions de ce niveau sont définies comme suit : identification des besoins, définition de la politique de santé, répartition adéquate de l'offre de service, etc. Le développement d'outils est également une des missions de ce niveau, comme la création d'un cadastre des prestataires qui a été cité à plusieurs reprises.

Organisation sur 3 niveaux

- Le premier niveau est identique à la description précédente.
- Le deuxième niveau correspond à la taille d'une zone couverte, par exemple, par un poste de garde en médecine générale. Il assure la coordination entre les acteurs sur le territoire en fonction des priorités fixées par le niveau supérieur et en les adaptant aux réalités locales.
- Le troisième niveau est l'organe privilégié pour discuter des politiques et des priorités avec les décideurs. Ce troisième niveau assure les rôles liés à l'organisation de l'offre de soins et au développement d'outils dont bénéficieront les protagonistes des niveaux inférieurs (à l'instar de ce qui existe en Flandre.).

Organisation sur 4 niveaux

Cette organisation est inspirée de la proposition de la PPLW dans sa note de réflexion et d'orientation de 2020⁸.

- Le premier niveau, appelé « nano », est également peu formalisé. Il regroupe l'ensemble des praticiens actifs du quartier/village. Sa petite taille permet la constitution (ou le renforcement) des coopérations interpersonnelles.
- Le deuxième niveau, appelé « zone de première ligne » (ZPL) est articulé autour d'un « bassin de vie » et inclut les acteurs qui se trouvent en dehors des secteurs du soin de la santé (socio-économiques, éducatifs, culturels). Sa taille peut varier de 50.000 et 150.000 habitants. Ce niveau doit permettre de répondre à 90% des besoins de la zone. L'ensemble des acteurs et les bénéficiaires sont représentés au sein d'un conseil local de santé.
- Le troisième niveau, appelé « méso » est optionnel. Il permet le regroupement de plusieurs « ZPL » pour faciliter la mise en cohérence des acteurs déjà organisés, y compris dans domaines plus étendus (promotion santé, assuétudes, santé mentale, soins palliatifs, etc.).
- Le quatrième niveau, nommé « macro », constitue la différence principale avec l'organisation sur 3 niveaux. Il propose une structure de concertation centralisée constituée des conseils locaux de santé (niveau des ZPL), il n'est pas exclu que cet organe puisse s'intégrer au sein de l'AVIQ.

⁶ La taille est à reconsidérer pour la province du Luxembourg en raison de ses spécificités territoriales.

⁷ Arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les normes pour l'agrément spécial des services intégrés de soins à domicile

⁸ https://drive.google.com/file/d/1CBH3QABFc4KwMZiEMxWLnVKl4EqIbR_l/view?usp=sharing

Perspective bénéficiaire/prestataire

En ce qui concerne la délimitation des territoires, deux logiques sont mises en avant, celle du « bénéficiaire » et celle du « prestataire » :

- La logique du « **bénéficiaire** » nous amène à définir les limites d'un territoire en nous basant sur les besoins et l'utilisation des ressources d'une population. Les participants aux ateliers ont cité comme exemple la possibilité pour chaque citoyen d'avoir accès à un kinésithérapeute à moins de 30 minutes de son domicile si la fréquence des contacts avec celui-ci le justifiait. Le temps de déplacement pourra être cependant différent selon les prestataires et la nécessité de le rencontrer de manière plus ou moins fréquente. De manière plus globale, les limites du territoire seraient définies en se basant sur le profil de consommation des services d'aide et de soins par la population.
- La logique du « **prestataire** » intègre à la réflexion sur le découpage, la réalité et les contraintes rencontrées par les prestataires. Pour cela, les participants proposent la prise en compte des zones géographiques actuellement couvertes par les prestataires, du nombre de prestataires disponibles par zone ainsi que la garantie d'un nombre minimal de bénéficiaires par pratique.

Organisation de la représentativité

La majorité des participants se sont exprimés en faveur d'une **structuration et d'une représentativité par métier** afin de favoriser la coordination au sein de la profession (garde, répartition de l'activité, transfert de connaissance). Néanmoins, certains ont évoqué l'intérêt d'assurer une **représentativité par zone** afin de renforcer la collaboration entre les acteurs et de remonter les besoins de la population par cet intermédiaire.

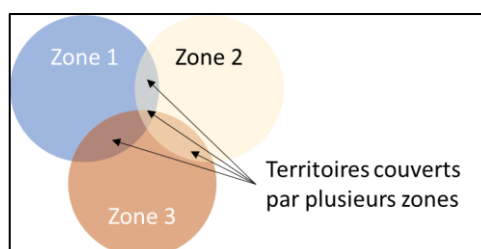
Gouvernance des territoires

Alors que les participants sont unanimes pour déclarer que la structuration en territoire ne doit pas engendrer de structure supplémentaire, mais simplifier le paysage, il n'y a pas de consensus sur le choix de la structure faitière. Sont évoqués sans distinction : les Service Intégré de Soins à Domicile (SISD), les Réseaux Locaux Multidisciplinaires (RLM), les Cercles de Médecine Générale (CMG), les Bureaux Régionaux (BR), mais également la possibilité de fusionner ces différentes structures en une seule (à l'instar du modèle bruxellois).

Exclusivité des territoires

Alors que l'ensemble des participants semblait s'accorder sur la nécessité de définir des limites aux territoires, un participant a évoqué le souhait d'éviter la notion de frontière entre zones. Il propose un découpage du territoire en « zones d'influence » graduelles avec des chevauchements. Chaque zone aurait alors une partie de territoire partagée avec d'autres zones, permettant ainsi de renforcer la collaboration entre les zones. Cette dernière se caractérisant par exemple, par la coordination entre zones afin de répartir les professionnels de manière adéquate au sein d'une zone géographique précise.

Schéma dessiné par un participant pour représenter l'organisation en « zones d'influence » :



2. Gouvernance

La gouvernance consiste à identifier les mécanismes à mettre en place afin d'assurer la coordination entre individus, acteurs et organisations dans la santé, en considérant leurs niveaux d'indépendance et d'interdépendance. C'est également émettre des propositions sur la répartition des compétences et des responsabilités entre les acteurs. La gouvernance intègre aussi les réflexions sur les collaborations interprofessionnelles, ainsi que la prise en compte de la complexité des processus à agencer afin d'assurer la santé pour tou.te.s et la mise en place de logiques appréciatives de la performance des systèmes de santé.

Cet atelier présentait deux enjeux, celui **d'identifier les mécanismes nécessaires afin d'assurer une coordination optimale entre les acteurs d'une même zone géographique** et celui **d'émettre des propositions sur la répartition des compétences et des responsabilités entre les acteurs**.

La gouvernance devrait, selon les participants, prendre en considération les aspects suivants :

2.1. Prérequis:

- Les objectifs et les missions d'un territoire doivent guider sa gouvernance ;
- Etablir une définition précise du rôle de tous les acteurs au sein d'un territoire en y intégrant pleinement les comités de patients et les travailleurs sociaux ;
- Intégrer les stratégies des autres niveaux de pouvoir afin d'assurer une cohérence globale, tout en garantissant une autonomie suffisante du niveau local pour permettre les initiatives spécifiques et l'évaluation du bien-fondé des politiques mises en place ;
- Inclure l'ensemble des prestataires dans la structuration de la première ligne. Pour cela, leur nombre devra être suffisant et une compensation financière devra être dédiée au prorata du temps investi dans ce type de tâches ;
- La nouvelle organisation doit permettre un travail en réseau de professionnels plus efficace ;
- La liberté thérapeutique ne peut pas être restreinte par la nouvelle gouvernance ;
- L'évaluation du fonctionnement d'un territoire ne doit pas se limiter à un contrôle.

2.2. Points d'attention :

- Le modèle de gouvernance choisi devra favoriser l'orientation des lignes de soins vers les besoins des patients et permettre d'inclure ces derniers dans les processus de décision les concernant ;
- Il devrait permettre une articulation des services et des prestataires au sein d'un territoire, mais également assurer une transmission d'informations efficace entre les différents niveaux de ce territoire (notamment la deuxième ligne de soins). Les principaux mécanismes évoqués étaient, la désignation d'un coordinateur pour assurer la fonction, la définition des lieux et des organes de concertation et l'investissement dans l'e-santé ;
- L'offre de services de la première ligne d'aide et de soins devrait partir des besoins du territoire. Celle-ci nécessitera dès lors une structuration au sein de chaque profession pour qu'elle puisse identifier les besoins et y répondre ;
- La concertation est envisagée par les participants comme la première étape afin d'organiser les différents sujets et domaines de la première ligne autour du patient. Ensuite, selon ce qui ressort de la concertation, des modes de collaboration plus complexes tels que la coproduction ou la cogestion sont envisagés comme une seconde étape ;
- La mise en place des décisions « meso » vers le niveau « micro » ne nécessite pas seulement un coordinateur, mais aussi un support administratif.

2.3. Points de discussion à approfondir :

Rôle de l'Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ)

Chacun s'accorde sur le fait que l'AVIQ doit jouer un rôle de régulateur, de soutien financier et administratif. L'Agence doit établir les objectifs prioritaires et définir les règles selon la vision stratégique dont elle dispose.

Il ressort des échanges que l'AVIQ, dans la limite de ses prérogatives (contraintes d'agrément, de financements, etc.), devrait également permettre une certaine autonomie aux territoires afin que ceux-ci définissent une approche locale adaptée. Néanmoins, le niveau d'implication de l'AVIQ dans la bonne répartition des forces/des moyens en présence sur tout le territoire wallon est variable selon les participants aux ateliers, tant en termes de définition des priorités, de répartition d'offre de service que d'allocation des financements.

Mécanismes d'évaluation/de contrôle

Un suivi du fonctionnement d'un territoire est utile et nécessaire. A la fois pour que ce dernier puisse orienter ses priorités, mais de plus afin que l'Administration assure le soutien nécessaire à l'atteinte des résultats escomptés. A cet effet, l'évaluation doit être plus large que financière. Elle devrait intégrer des indicateurs de réalisation et de résultats.

Il est également à noter qu'un consensus se dégage pour distinguer « l'évaluation » du « contrôle ». Tandis que la première fait appel aux notions d'analyse, de suivi, d'amélioration et de soutien, le deuxième est décrit comme source de méfiance (dans les deux sens), chronophage et inutile.

Par ailleurs, si les paramètres de l'évaluation quantitative des actions menées par les différents opérateurs de la première ligne d'aide et de soins semblent faire consensus : nombre de concertations réalisées, participations effectives à des réunions/GT, nombre d'actes posés/de formulaires encodés, etc., l'évaluation qualitative suscite un peu plus de débat : satisfaction du patient, efficacité du dispositif, évaluation par des confrères et/ou gens de terrain, etc.

L'idée est de trouver les bons indicateurs en concertation avec les opérateurs concernés et d'avoir en tête un principe de démarche qualité.

Fonctionnement des cercles-organs de représentation

L'existence et le fonctionnement des cercles semblent importants à prendre en compte dans la définition de la gouvernance. Il y a un consensus sur le fait qu'il est important que chaque profession soit représentée lorsque cela apporte une plus-value pour celle-ci ou le bénéficiaire. La représentation permettant ainsi de soutenir l'élaboration d'une vision commune que ce soit dans la prise en charge d'un patient ou sur le territoire. Cependant, il reste des éléments à clarifier, tant en ce qui concerne le nombre de cercles à mettre en place, qu'en ce qui concerne leur rôle et leur composition.

Le nombre de cercles/organs actifs pour une même profession au niveau local ne fait pas consensus auprès des participants. Il ressort des échanges qu'un nombre trop important de cercles sur un territoire entraînerait probablement des risques, tels que l'augmentation des incohérences dans les messages et les actions menées sur le terrain ou des blocages qui ne permettraient pas la prise de décisions.

Le niveau d'existence et la pluridisciplinarité ou non de ces cercles sont des éléments abordés par les participants. Une partie d'entre eux estime suffisante la création de cercles par profession alors que d'autres sont en faveur de la création de cercles pluridisciplinaires. Le rôle attribué à ces cercles pluridisciplinaires reste à définir, ainsi que le niveau dans lequel ils pourraient être actifs (« micro » vs « méso »).

3. Communication et articulation entre les secteurs

La communication et l'articulation entre les secteurs, c'est réfléchir aux mécanismes et aux outils de communication disponibles et à mettre en place afin d'assurer la fluidité de la transmission, la réception et le traitement de l'information entre lignes de soins et professionnels, ainsi que vers les citoyens. Cet aspect doit être pris en compte pour assurer la continuité des prestations de soins et l'accessibilité à l'information.

L'atelier avait deux objectifs : d'une part, celui de **réfléchir sur les mécanismes et outils de communication disponibles** afin d'assurer la fluidité de la transmission, la réception et le traitement de l'information entre lignes de soins, les professionnel.le.s ainsi que vers les citoyen.ne.s ; d'autre part, celui **d'émettre des propositions visant à renforcer une communication efficace** tant dans la prise en charge du patient que dans l'articulation des activités.

3.1. Prérequis :

- Les besoins du bénéficiaire ainsi que la relation de confiance qu'il entretient avec le prestataire devraient guider les règles qui encadrent la communication ;
- Pour une communication claire et ciblée, il est important que les canaux de communication et la diffusion des informations soient adaptés aux capacités du bénéficiaire (accessibilité, usage du numérique) et du prestataire (compatibilité avec la pratique et usage du numérique) ;
- Les outils de communication numérique représentent une partie des moyens disponibles, un contact direct avec une personne doit toujours être possible.

3.2. Points d'attention :

- Privilégier un outil centralisé qui reprend toutes les informations nécessaires à la pratique de chacun ;
- Permettre le recours à des réunions ciblées et pertinentes. Deux motifs de réunions ont été mis en avant : la coordination autour d'un patient avec une prise en charge pluridisciplinaire complexe et les améliorations organisationnelles (intra ou interdisciplinaire) ;
- La connaissance des autres acteurs est un élément qui est ressorti à plusieurs reprises comme étant un facteur clef d'une communication efficace. A ce titre, l'élaboration d'un cadastre et des rencontres entre prestataires ont été jugées utiles ;
- Les canaux de communication devraient être utilisés en fonction du degré de l'urgence (Ex. pour une communication non-urgente : note mise à disposition (ex : e-mail ou courrier) ; pour une communication avec une urgence moyenne : messagerie avec notification (SMS, chat, alerte) ; pour une communication urgente : téléphone) ;
- Les prestataires estiment qu'il est nécessaire de partager et de diffuser des informations entre eux de manière plus structurée afin de permettre une communication efficace autour du patient. A cet effet, l'ouverture du RSW à de nouveaux acteurs, ainsi que la révision des droits d'accès ont été abordées ;
- En outre, les suggestions suivantes ont également été formulées en vue d'améliorer l'articulation entre les secteurs :
 - o Adaptation d'outils : la carte verte, les fiches de liaisons entre la première et la deuxième ligne, etc.
 - o Adaptation des missions : identifier un chargé de projet au sein des centres de coordination, etc.

A titre d'exemple, une situation concrète serait de renforcer la mission du pharmacien, dans le respect de la législation fédérale sur l'art de guérir, pour qu'il puisse construire le schéma

de médicaments sur la base des prescriptions médicales et expliquer celui-ci au patient. Cela nécessiterait l'adaptation des droits et fonctionnalités du RSW.

3.3. Points de discussion à approfondir :

Une communication sur papier versus numérique

La transition vers un environnement numérique semble être une évidence pour la plupart des participants. Le partage des informations, ainsi que le suivi des données, s'en retrouvent facilités. Cependant, certaines personnes sont inquiètes des risques de gérer dorénavant les informations relatives aux patients par voie numérique. Les enjeux liés à la sécurité des données et à la fracture numérique sont soulignés, notamment les inégalités d'accès et la nécessité de trouver des solutions pour les personnes les plus vulnérables.

Au même titre, l'utilisation de cahiers de communication papier fait débat, d'un côté, cet outil permet un accès facilité à des informations utiles sur le bénéficiaire à tous les prestataires qui se rendent à domicile (y compris les aides à domicile), d'un autre côté, les données qui y sont reprises sont peu sécurisées et parfois peu structurées. Aussi, ces données ne sont accessibles qu'à une partie des prestataires, puisque ceux qui ne se rendent pas à domicile (comme les pharmaciens) n'y ont pas accès.

Malgré ces différentes craintes, les participants estiment que les bases sont suffisantes pour élaborer un outil commun qui combinera les forces du numérique et du digital. Une des pistes suggérées par les participants consiste à fournir le matériel (par exemple, une tablette) aux bénéficiaires afin que chaque prestataire puisse directement consulter les notes des autres professionnels et introduire ses observations de manière sécurisée. Ce dispositif permettrait, ainsi une consultation à distance par tous.

4. Offre de services

L'offre de services, c'est réfléchir aux besoins et à la disponibilité actuels de l'offre de soins afin de répondre aux besoins des individus avec ou sans besoin spécifique. Les réflexions s'ancrent dans la considération de l'augmentation des maladies chroniques ainsi qu'autour des enjeux de santé mentale et des enjeux sociopolitique actuels. En mettant au cœur des réflexions la volonté d'offre de soin intégré centré autour du patient et l'accès à la santé pour tou.te.s.

L'objectif de cet atelier était double. D'une part, il s'agissait de **réfléchir aux besoins et à la disponibilité de l'offre de soins et de services**, d'autre part, il était question **d'émettre des propositions sur la programmation de l'offre de services**. Grâce aux échanges qui ont eu lieu, nous avons réussi à identifier les éléments principaux présentés ci-dessous :

4.1. Prérequis :

- Un service offert au citoyen devrait être à proximité de son domicile et délivré dans un délai raisonnable ;
- Les besoins de la population devront guider l'offre de service.

4.2. Points d'attention :

- L'analyse des besoins d'une population devrait prendre en considération diverses sources comme des indicateurs objectifs (prévalence de certaines pathologies, indicateurs socio-économiques, utilisation de services, etc.), la vision des prestataires eux-mêmes et les enjeux sociaux identifiés par d'autres acteurs (ex : via le plan de cohésion sociale), etc.
- L'organisation de l'offre de services ne peut se limiter aux soins somatiques. La santé mentale, la promotion de la santé, ainsi que l'ensemble du secteur de l'aide à la personne doivent y être intégrés ;
- L'offre de services devrait faire l'objet d'une concertation entre le territoire et l'administration, selon des modalités qui restent à définir. (Voir point « responsabilité de l'organisation de l'offre sur un territoire »)
- Une coordination centralisée permettrait d'assurer la présence partielle/une permanence de prestataires dans les zones en pénurie. Cela permettrait notamment de soutenir la mobilité des prestataires afin qu'ils puissent s'ajuster aux besoins d'un territoire. L'exemple suivant a été donné : il n'est pas nécessaire d'avoir un dentiste dans tous les villages, mais d'assurer une permanence mensuelle avec une prise de rendez-vous centralisée, facilitant de cette manière, la proximité territoriale de certains prestataires.

4.3. Points de discussion à approfondir :

Responsabilité de l'organisation de l'offre sur un territoire

Une variété importante d'acteurs a été identifiée lors des ateliers. Bien que la nécessité de collaborer et la complexité de l'organisation de l'offre aient été systématiquement signalées, on observe deux logiques distinctes qui ont, tour à tour, été opposées ou présentées comme complémentaires.

• Responsabilité de l'administration :

Dans cette perspective, les participants estiment que la programmation de l'offre dépend des différentes administrations chargées de l'organiser dans le champ des compétences qui leur sont attribuées. Ainsi, au fil des échanges, la commune, la province, la région wallonne, et l'INAMI sont cités comme responsables de l'organisation/coordination de l'offre. Selon les participants, c'est à

ces entités de se coordonner et de s'assurer qu'il y ait suffisamment de prestataires disponibles pour garantir un accès à des services de proximité dans un délai raisonnable.

- **Responsabilité des acteurs :**

Plusieurs participants estiment cependant que l'organisation de l'accessibilité des services relève plutôt de la responsabilité des acteurs. Que ce soit au sein de chaque profession via les cercles ou les fédérations, ou en confiant la mission à certaines structures dont ce serait une des missions (par exemple les SISD). A titre d'exemple, les participants ont proposé que ce soient les représentants qui définissent le nombre de prestataires maximum autorisés sur un territoire.

Modalités d'organisation de l'offre

Afin de répondre aux besoins d'organisation de l'offre, plusieurs actions sont proposées sans pour autant être communément acceptées par les participants :

- **Améliorer la connaissance des services disponibles :**

Plusieurs pistes ont été formulées en ce sens, dont la principale est la notion de cadastre. Cependant, certains participants l'ont jugé trop complexe (mise en œuvre et actualisation), tandis que d'autres estiment qu'il s'agit d'un prérequis à toutes les actions. D'autres pistes portaient sur l'amélioration de la collaboration entre les acteurs afin de favoriser l'utilisation des services (ex : assuétude) et une articulation adéquate (ex : commission 1ère et 2^{ème} ligne de soins, projets fédéraux, etc.).

- **Utiliser des incitants (ou pénalités) financiers :**

A plusieurs reprises, les notions de subsides (ex : prime à l'installation, pour favoriser l'attractivité de certaines professions, etc.) et de budget globalisé (ex : budget à utiliser par un territoire) ont été proposées. Cependant, l'intérêt, la faisabilité ou encore le périmètre de ces mesures financières faisaient débat.

- **Quotas d'installation :**

Il a été suggéré de limiter l'installation, à un nombre maximum de prestataires par millier d'habitants. Cette proposition est justifiée par le fait que certaines professions (par exemple, les pharmaciens) qui y ont déjà recours, évaluent positivement cette mesure. Elle était également jugée acceptable par une partie des participants étant donné le coût de la formation initiale supporté par l'état. Il nous semble important d'ajouter ici, comme complément d'information au lecteur, que l'obligation d'installation des prestataires de santé dans certaines zones relève de l'autorité fédérale.

- **Favoriser l'intérêt et la rétention des professionnels :**

Un des points mis en évidence de manière récurrente est le manque d'attractivité d'une zone, d'un métier ou d'une spécialité. Les propositions de revalorisation, d'incitant et d'amélioration des conditions d'exercice ont été mentionnées (notons que pour les professionnels de la santé, il s'agit principalement d'une compétence de l'état fédéral).

5. Financement

Le financement, c'est penser à la juste répartition des financements régionaux. C'est, également, réfléchir aux modes de paiement (à l'acte, à la capitation ou au forfait, par objectifs de qualité ou de performance ou les paiements à la pratique) qui peuvent être mis en place pour assurer l'accès aux soins pour tou.te.s et l'atteinte d'objectifs de santé.

L'objectif de l'atelier était de **réfléchir à une meilleure répartition des financements régionaux** vers les opérateurs en vue de favoriser une première ligne d'aide et de soins plus efficiente. Les échanges ont permis de dégager les éléments suivants :

5.1. Prérequis :

- Les missions de chaque structure devraient être revues afin d'éviter les doublons et de favoriser une meilleure harmonisation des missions ;
- Les modalités de financement devraient favoriser la collaboration entre les prestataires de la première ligne ;
- La justification du financement ne devrait pas constituer une charge administrative supplémentaire pour les prestataires.

5.2. Points d'attention :

- Passer d'un financement ponctuel à un financement récurrent et harmonisé entre les partenaires de la première ligne ;
- Dans le secteur de l'aide, plusieurs acteurs ont proposé de limiter les financements « à l'acte » pour assurer une meilleure fluidité entre les acteurs (par exemple : permettre des réunions de concertation), permettre d'offrir plus de services au bénéficiaire et de limiter la pression sur le nombre de personnes à rencontrer pour être justement rémunéré ;
- Favoriser l'émergence des centres pluridisciplinaires ;
- Mettre en place et financer une équipe de concertation entre les différents prestataires en vue de favoriser le transfert de bénéficiaires d'un service à l'autre.

5.3. Points de discussion à approfondir :

Les structures à financer

Les différents participants s'accordent sur la nécessité de financer les différentes structures existantes en première ligne (SISD, RLM, SSM, Santé communautaire, 107 (fédéral), etc.). Pour autant, certains ont exprimé le souhait de simplifier le paysage de la première ligne en « diminuant le nombre d'instances » ou en fusionnant les structures de coordination (SISD, RLM).

Simplifier le financement

Tous s'accordent pour un financement structurel et harmonisé entre les structures afin de favoriser les collaborations, les projets à long terme ou encore d'améliorer le niveau des services offerts à la population. Cette amélioration des services passe notamment par le fait de laisser davantage la possibilité financière d'engager du personnel adéquat et suffisant. Pour certains, le financement devrait être octroyé sur la base des services offerts et de leur disponibilité pour la population (horaire, canaux, etc.). Pour d'autres, il est préférable de financer la première ligne sur la base de projets et d'objectifs globaux afin de limiter son cloisonnement, ou encore de fixer des enveloppes dédiées à certaines thématiques.

6. E-santé

La e-santé, c'est penser la suite de la transformation digitale des soins de santé avec les acteurs de terrain. C'est définir les outils de collaboration autour des patients qui permettent d'assurer la continuité des prestations des soins de santé et de garantir la sécurité des patients, de même que d'inciter à la simplification des formalités administratives pour les acteurs de la santé et les usagers.

Dès lors, les objectifs de cet atelier étaient de **réfléchir à la transformation digitale et d'identifier les outils de collaboration** qui permettent d'assurer la continuité des soins et des services, tout en favorisant la simplification administrative pour l'ensemble des usagers (prestataires et citoyens-patients). Les échanges ont permis de dégager les éléments suivants :

6.1. Prérequis :

- Les logiciels qui sont mis sur le marché devraient avoir l'obligation d'être compatibles avec le RSW ;
- Une révision de la matrice d'accès⁹ au dossier patient est nécessaire dans l'intérêt du parcours de soins ;
- Les technologies de l'information ne sont pas la réponse à tout, mais elles doivent permettre de pallier l'absence de contacts dans différentes situations (à distance, indisponibilité 24h/24, etc.).

6.2. Points d'attention :

- Pour améliorer l'utilisation du dossier électronique, celui-ci doit être utile à l'utilisateur. Pour ce faire, il doit être complet (contenir toutes les informations disponibles de manière structurée), accessible (également au patient lui-même) et disponible au moment de l'activité (à la fois pour le consulter et le compléter) ;
- Tous les participants s'accordent pour dire que le patient devrait avoir la possibilité de limiter l'accès à son dossier ;
- Aux questionnements sur l'intérêt du digital et les outils à instaurer en région wallonne pour soutenir la première ligne, les exemples suivants ont été cités : le numéro 1733, les fonctionnalités de chat avec et entre professionnels, le projet HIS2R (projet interrégional de télésurveillance¹⁰), le projet Vidis (dossier multidisciplinaire et partagé avec le patient), les pharmacies digitales. Ces exemples visent soit à étendre la disponibilité des services, soit à faciliter l'accessibilité aux soins en limitant les interruptions et les déplacements.

6.3. Points de discussion à approfondir :

La matrice d'accès au réseau santé

La majorité des participants s'accorde sur la nécessité de revoir la matrice d'accès au dossier patient. Certains d'entre eux estiment qu'il est nécessaire de revoir la méthodologie de définition des accès en se concentrant sur les besoins et les pratiques actuelles des professionnels. Cependant, une partie des participants estime que le processus actuellement mis en place est suffisant et fonctionnel, bien qu'il soit inachevé.

⁹ Règles qui régissent les accès par profession à une ou plusieurs sections du dossier patient informatisé sur les réseaux santé en Belgique.

Tableau récapitulatif : <https://e-santewallonie.be/wp-content/uploads/2021/11/Matrice-des-droits-dacces-RSW-version-du-17-11-21.pdf>

¹⁰<https://www.his2r-interreg.eu/sample-page/>

Le droit d'accès à un dossier

Pour certains, l'accès au dossier nécessite une autorisation préalable de la part du patient. Tandis que pour d'autres, il y a un a priori qui veut qu'en tant que professionnels, ceux-ci puissent avoir accès à la partie du dossier qui les concerne uniquement. Il est mentionné que le secteur de l'aide devrait également avoir accès à une partie du dossier du patient malgré le fait que ces prestataires ne disposent pas de numéro INAMI.

En effet, les accès sont tracés et dans certains cas, c'est une pratique qui fonctionne et qui est admise par les patients (maison médicale, hôpital, maison de repos, etc.).

Le patient et l'e-santé

Le développement de l'e-santé peut constituer un atout pour les patients, notamment en termes de qualité et d'accessibilité aux soins. Toutefois, une attention particulière devra être apportée aux risques liés à la fracture numérique. A cet égard, les participants évoquent l'importance de développer des applications conviviales, ainsi que des campagnes de sensibilisation et des formations pour tous. L'un d'entre eux a d'ailleurs proposé de développer des réseaux de formateurs au sein des communes afin d'atteindre plus facilement les personnes absentes du numérique et de répondre à leurs besoins par le développement de ce maillage plus restreint.

Conclusion

L'objectif de ces ateliers était d'offrir la possibilité aux prestataires de l'aide et des soins de s'exprimer au travers de différents concepts sur la future (re)organisation des soins ambulatoires et de première ligne en Wallonie. Les conclusions de cette étape sont représentatives des professionnels qui se sont mobilisés. Bien que nous ne puissions extrapoler ces résultats à l'ensemble des professionnels concernés par la démarche, cela nous permet de nous appuyer sur l'expérience et les volontés d'une partie d'entre eux pour alimenter l'ensemble des travaux visant à redéfinir la réglementation qui encadre l'organisation des services et prestataires d'aide et de soins de la première ligne. Tout au long de ce rapport, nous nous sommes attachés à mettre en exergue les éléments pour lesquels un consensus se dégagait, ainsi que les points qui méritaient d'être approfondis d'après les échanges qui ont eu lieu entre les participants.

Ces rencontres ont permis la tenue d'échanges riches et constructifs entre une variété de prestataires aux profils différents. Permettant ainsi de confirmer la bonne volonté des secteurs à œuvrer ensemble vers un objectif commun, notamment celui d'une meilleure concertation entre les acteurs pour parvenir à orienter le bénéficiaire vers l'opérateur adéquat. En effet, il ressort qu'à l'avenir, chaque prestataire devrait pouvoir identifier les acteurs qui gravitent autour d'un patient et collaborer avec eux quand cela est nécessaire. Lorsqu'un prestataire identifie un besoin auquel il ne sait pas répondre, il devrait pouvoir rediriger le bénéficiaire vers le prestataire approprié, le contacter directement, voire passer par un tiers qui orienterait lui-même le bénéficiaire dans le système. Ce renforcement de la collaboration ne remet pas en question la liberté de choix du bénéficiaire, ni la possibilité pour les prestataires d'être actifs sur plusieurs zones géographiques ou encore de s'associer librement.

Bien qu'abordée de manière différente selon les différents axes, la nécessité de prendre en considération l'ensemble des besoins de la population pour organiser la première ligne d'aide et de soins fait consensus chez les participants. De même, ils estiment que les professionnels devraient être impliqués tant dans la définition (maillage du territoire, définition de la gouvernance, etc.) que dans la gestion de la première ligne (analyse des besoins, définition des priorités, etc.).

Plusieurs niveaux d'organisation territoriale seraient nécessaires pour améliorer la coordination des activités. Dans chacun des niveaux de l'organisation territoriale, il est nécessaire de mettre en place des mécanismes qui permettent d'articuler les acteurs entre eux et de garantir la fluidité des collaborations. Chacun des niveaux de territoire doit pouvoir répondre, en fonction de ses missions respectives, aux besoins de la population et des prestataires. A cet effet, l'AVIQ en tant qu'autorité de subventionnement et de contrôle, se doit d'octroyer les moyens suffisants permettant d'atteindre ces objectifs.

Dans cette perspective de collaboration et de connaissance mutuelle entre prestataires d'une zone ou autour d'un patient, il s'avère que les mécanismes de financement utilisés actuellement sont trop restrictifs pour encourager le développement de cette dynamique. Une amélioration du financement via des mécanismes plus globaux, moins chronophages, plus adaptatifs et flexibles pour les prestataires serait souhaitée. Ce système devra également répondre aux besoins de simplification des modalités de financement et inclure le financement des temps de concertation et de coordination. A ce sujet, il conviendra de poursuivre la réflexion afin de trouver un système de financement qui permettra une allocation plus efficiente des ressources, ainsi que l'innovation en termes de budgets.

Nous constatons que de nombreux éléments abordés par les participants sortent du champ de compétence de la région wallonne, posant ainsi les limites des actions du gouvernement wallon. Ici, apparaît l'importance d'une concertation entre l'autorité fédérale et la fédération Wallonie-Bruxelles qui sont notamment chargées de la gestion des prestataires de soins et de leur financement.

A ce stade, il est difficile d'identifier une organisation générale qui ferait consensus tant les différences de réalité opérationnelles et les habitudes de travail sont multiples. Néanmoins, tous semblent s'accorder sur la nécessité de refonder les structures existantes, tant en termes de missions que de financement. Bien que constructifs, ces échanges ont permis de constater la complexité de la tâche à entreprendre, celle de trouver une organisation commune qui intègre les besoins et les souhaits de chacun. Il apparaît que pour obtenir des avancées pour les secteurs et pour les citoyens, il conviendra de poursuivre les discussions et, le cas échéant, de faire des compromis. Les aspects importants à approfondir, seront au centre des discussions du mois de septembre lors des ateliers auxquels seront conviés les représentants sectoriels et ceux des professionnels de la première ligne, ainsi que le secteur hospitalier.

Ces ateliers du mois de septembre permettront de concrétiser les pistes de réflexion ayant émergé des ateliers de juin et de formuler les objectifs afférents qui, au terme d'une analyse qualitative validée par le comité de pilotage, constitueront le substrat de base du rapport définitif qui sera présenté à la fin de l'année.

Annexe 1 : La voix des participants

Maillage territorial	<ul style="list-style-type: none"> - « Un découpage à outrance n'est pas forcément une bonne chose, tout comme l'exclusivité (envers un prestataire ou un territoire) ».
Gouvernance	<ul style="list-style-type: none"> - « (...) il faut de l'autonomie ; on va devoir s'investir encore autrement, c'est beaucoup d'énergie. Il y aura du soutien ok mais il y aura beaucoup d'investissements personnels des professionnels. Au Luxembourg, ce sont souvent les mêmes professionnels qui s'investissent ; ne pas trop se disperser sinon on va les perdre, ils vont se décourager s'ils n'ont pas d'autonomie ». - « On a déjà notre travail, la structuration c'est en plus ; si la structure est rigide cela va décourager. On a besoin de nous faire confiance, ne pas être cadenassant sinon vous n'aurez personne ». - « (...) le pluridisciplinaire ça implique de la concertation, organisée par la RW, mais pour le moment elle se fait bénévolement ; il faut développer les moyens financiers car se concerter cela prend du temps et c'est un manque à gagner si on prend ce temps au dépend de notre activité première. Exemple covid long, il est prévu des honoraires (règlement fédéral) pour les temps de concertation ; la nomenclature est fédérale, le relationnel est régional : la RW a-t-elle les moyens ? ». - « Il faut des mécanismes de soutien. Entre autres, il faut des prestataires en suffisance, des coordinateurs locaux, des lieux de concertation et un inventaire des rôles. Pour l'évaluation, il ne faut pas mobiliser plus de ressources que nécessaires. La démarche qualité doit être définie avec les prestataires mais ne doit pas parasiter le quotidien. Le processus doit être motivant et non démotivant. Un benchmark peut être une belle solution. En matière de responsabilité, l'AViQ devrait donner la stratégie et les moyens, tandis que le terrain devrait pouvoir appliquer la stratégie comme il l'entend en fonction des objectifs ». - « Il faut un cadre mais celui-ci ne doit pas être figé. Une partie doit pouvoir être réorganisée en fonction des besoins locaux (un peu comme pour les projets Chronicare lancés par le Fédéral : une enveloppe existe au sein de laquelle les budgets peuvent être redistribués). Il y aurait un minimum fixe commun à tous mais aussi une partie variable ». - « Il est nécessaire d'avoir un niveau plus macro pour une même réponse à une série d'aspects MAIS en laissant une part / l'initiative aussi à un niveau plus local en fonction du baromètre social. Ce qui réunit les acteurs, c'est de se connaître et de travailler ensemble sur des projets. Le baromètre social permettrait d'être plus dans la prévention. La structure locale analyse le terrain, remonte cela à un niveau méso qui va négocier avec l'AViQ. L'AViQ doit garder un rôle car il y a des priorités de base quel que soit l'endroit où on se trouve ». - « Il faut garder l'autonomie des structures (ASBL) et ne pas tout remettre ensemble (public). Ce qui n'empêche pas la concertation. La structure fédérale définit une stratégie puis les régions la mettent en œuvre à leur manière. Il faut continuer comme cela sans quoi ça n'a pas de sens. Exemple donné de la vaccination Covid. En termes de santé et de bien-être pour le citoyen, peu importe où il se trouve, il faut s'en occuper correctement. Il est important de garder des lignes de conduite communes pour que tout citoyen puisse avoir droit à une série de prises en charge où qu'il se trouve. Il ne faut pas de dérive à ce niveau.

	<p>Actuellement, les lignes existent mais sont parfois trop vagues ou trop restrictives ».</p>
Offre de services	<ul style="list-style-type: none"> - « Pour les communes à faible densité le service peut exister sur la commune et ne pas ouvrir tous les jours (tous) par exemple orthodontiste. Les orthodontistes c'est un rendez-vous par mois : ils devraient être basés dans les écoles ! » - « Pour certaines personnes plus en précarité, elles n'acceptent pas juste un conseil (dépistage précoce du diabète chez le pharmacien) et donc n'osent pas venir. C'est important que les assistantes sociales les incitent à venir. Ces populations se croient obligées d'acheter et n'osent pas venir juste pour un conseil ou un ». - « Faire la promotion de certains services qui existent exemple les pharmaciens font du sevrage aux benzodiazépines avec financement de l'INAMI ; autre exemple, possibilité de deux entretiens avec un pharmacien sur l'asthme (sur prescription médicale ou sur proposition du pharmacien) mais c'est sous-utilisé ». - « Il y a eu des AP avec beaucoup de choses qui se sont mises en place, des réseaux créés et on ne connaît pas l'avenir de ces projets ; ce serait dommage que tout tombe à l'eau, or on est dans l'incertitude ». - « Depuis la fin du covid, on peine à offrir des services complets, à recruter le personnel nécessaire ».
Financement	<ul style="list-style-type: none"> - « En principe, le budget se détermine au niveau régional mais il faut une concertation avec les structures intermédiaires et sur la base des retours locaux ». - « C'est un combat mené par les services depuis quelques années pour revoir le barème des aides familiales, des ménagères, des gardes à domicile, ... afin de faciliter l'accessibilité aux soins et à l'aide qui devient de plus en plus difficile ». - « Il y a actuellement une chute des concertations. Il faudrait revoir les conditions permettant de financer les concertations mises en place par les SISD. Les médecins généralistes manquent de temps et le système par visio ne fonctionne pas ». - « Ce n'est pas le tout d'avoir des bonnes structures et des bons financements mais il faut avoir des gens à engager. C'est un secteur où il est difficile d'avoir des conditions optimales. S'il n'y a pas de personnel, ils ne savent pas faire grand-chose ». - « Il faut garder le financement des CMG qui ont leurs propres objectifs et il faut qu'enfin des centres de coordination soient fusionnés ou travaillent ensemble pour renforcer les collaborations car bcp de pertes d'énergie ».
Communication et articulation entre les secteurs	<ul style="list-style-type: none"> - « Le COVID, même s'il a apporté beaucoup de positif avec le numérique notamment et cela devrait continuer comme ça, a changé les pratiques. Il est extrêmement difficile d'avoir une personne physique en ligne, et on perd du temps à être transféré, à réexpliquer, à ne pas avoir un seul interlocuteur qui suit un dossier. Il faut souvent dépendre de son réseau individuel pour ne pas être renvoyé vers un service entier... ». - « Actuellement tous les prestataires n'ont pas les mêmes accès. En tant que diététicienne, aucun accès. Accéder aux prises de sang, aux courriers des médecins, faciliterait la communication ». - « Les pharmaciens disposent d'un dossier pharmaceutique partagé (DPP) qui permet l'accès à tous les prestataires, mais les autres

	<p>prestataires n'ont pas d'infos relatives à l'indication de traitement et ne connaissent pas la pathologie ».</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Les outils de communication sont différents en fonction du degré d'urgence : par mail (par urgent), par sms (moyennement), par téléphone (urgent). Il faut disposer des coordonnées utiles des partenaires actifs autour du patient dès le départ. C'est ce qu'on fait déjà mais ce n'est pas évident avec tout le monde ». - « La communication est parfois trop complexe et les informations ne sont pas données de manière pédagogique pour que le patient comprenne ».
E-santé	<ul style="list-style-type: none"> - « Il faut ouvrir le dossier multidisciplinaire à d'autres prestataires. C'est un outil précieux mais perfectible : il faut débattre du consentement du patient, de sa participation active et de l'accès pour les moins à l'aise avec la technologie ». - « Il serait utile de centraliser les infos localement, via une plateforme numérique ou un site qui regroupe ce qui existe sur la zone définie ; mais attention à l'actualisation nécessaire qui n'est pas toujours réalisée et prend du temps ». - « La région ou le fédéral devrait construire un outil unique pour toutes les professions. Réseau wallon OK mais en ambulatoire difficile car il faut une connexion et on n'a accès qu'à une partie de l'information ». - « (...) téléconsultation ne doit pas être une généralité. La crise est un élément d'usage où l'utilité est prouvée (COVID) mais de manière générale et sans autre contrainte, il vaut mieux favoriser le contact physique pour la consultation et la prestation de soins ». - « (...) besoin de l'information de tout ce qui est médicamenteux ; surtout à la sortie de l'hôpital. Technologie actuelle : RSW ; cependant, cela bloque au niveau des médecins : ne donnent pas accès aux résultats des prises de sang (utile pour posologie) ». « (...) en maison médicale, tout passe par l'accueil, et les infis ne reçoivent pas tous les appels en direct et cela leur permet d'éviter des pertes de temps ». - « À Ottignies, la maison médicale a organisé une activité autour des espaces publics numériques (EPN) pour y sensibiliser leurs patients. Exemple pour inciter les patients à oser aller vers le numérique. Exemple qu'il faudrait généraliser ». - « (...) en maisons médicale, on a fait des capsules pour expliquer aux patients - comment se connecter pour télécharger leur certificat de vaccination ».