

Plan de Santé Bruxellois (PSB)
Brussels Plan voor de
Gezondheidszorg (BPG)

Concertation - Overleg

16/07/2015

1^{er} séance de reporting

MERCI !

- Participants :
 - 81 institution, association, fédération, OA, ...
 - 333 personnes mobilisées
 - 24 réunions de GT

Groupes de travail

- Patient hospitalisé
 - Normes
 - Infrastructures
 - Formes alternatives (hôpitaux + 1^{ère} ligne)
- Dépendance
 - MRPA-MRS : programmation, financement, normes, MCC, bientraitance
 - Revalidation : organisation, financement, besoins non-rencontrés, réseau
- Santé mentale
 - Médico-légal
 - MSP-IHP
 - Psy 107 – unités mobiles
- 1^{ère} ligne, maintien à domicile, ambulatoire

Groupes de travail

- 1^{ère} ligne, maintien à domicile, ambulatoire
 - Médecine générale
- Enfants
 - Urgences pédiatriques
- Soins palliatifs
- Prévention promotion

Groupe de travail Hôpitaux - normes

- **Réunions** :
 - 12 juin : normes, qualité, inspection
- **Participants** : ABISP/FHPB, UZ-VUB, CBI, Hôpital ERASME, IRIS, PAQS
- Cliniques Universitaires SAINT-LUC, Santhea

Groupe de travail Hôpitaux - normes

- **Constats** :

- Normes à revoir : simplification, qualité, processus
- Inspection à réformer

- **Pistes** :

- Poursuite des travaux sur base de l'avis du Conseil Consultatif

Groupe de travail Hôpitaux - infrastructures

- **Réunions** :
 - 12, 25 juin et 11 juillet : GT technique sur l'impact 6^{ème} Réforme
- **Participants** : fédérations hospitalières et administration CCC
- **Thèmes traités**: conséquences de la 6^{ème} Réforme sur les infrastructures hospitalières, besoins futurs

Groupe de travail Hôpitaux et 1^{ère} ligne – formes alternatives

- **Réunions** :

- 12 juin : définition des formes alternatives et spécificités des publics, craintes et besoins des différentes professions
- 9 juillet : cadastre, projets-pilotes

- **Participants** : Conectar (Plateforme 1ère ligne), CSD - Centrale de Soins et de Services à Domicile, ABSYM Bruxelles, Cabinet de Bianca Debaets - Ministre VCG, CBI, "HUDERF, APB, GTD / BOT - Brussels Overleg Thuiszorg,, GBO, FAMGB, BHAK, Huis voor Gezondheid, Fédération des Maisons Médicales (FMM), Fédération Bruxelloise des Centres de coordination de Soins et de Services à Domicile, SISD Cocom Bruxelles, Aremis / Hospidom /FHPB, Luss, UPB – AVB, ABISP/FHPB, Médecin du Monde, SSMG , Vlaamse Patëntenplatform VPP, RLM-B, Hôpital ERASME, Cabinet de Cécile JODOGNE - Ministre COCOF, Association des villes et communes, Union belge des Ostéopathes, Infirmiers de rue, IRIS, Santhea, La Strada, Axxon

Groupe de travail Hôpitaux et 1ère ligne – formes alternatives

- **Constats** :

- Convergences d'intérêt pour les formes alternatives (ne pas centrer uniquement sur le volet économique)
- Multitude de concepts – besoin de définition
- Publics particuliers (enfants, santé mentale, fragilisés)
- Manque de connaissance réciproque du monde hospitalier et de celui de la 1^{ère} ligne
- Besoin d'une coordination

Groupe de travail Hôpitaux et 1ère ligne – formes alternatives

• Pistes et actions à mener :

- Dans un premier temps, travail axé sur l'HàD
- Identifier les indicateurs, études, sources d'information disponibles
- Faire connaître es expériences existantes
- Organiser un lieu d'accompagnement pour construire les projets pilotes entre l'hôpital et la 1^{ère} ligne
- Travailler sur les circuits des publics fragilisés (sans abri, ..)
- Cadastre de l'offre
- Réflexion sur la coordination et les structures d'appui

Groupe de travail MRPA-MRS : Planning de travail

- **Réunions** :
 - 5 juin : programmation, financement et normes d'agrément,.
 - 19 juin : la bientraitance et le médecin coordinateur et conseiller (MCC).
 - 3 juillet : consolidation note de synthèse (note modifiée à transmettre au GT).
- **Participants** : Fédérations des maisons de repos, organismes assureurs, AFRAMECO, APB, Axxon, Home-Info/Infor-Home
- **Thèmes à traiter** : soins palliatifs, Bel RAI, e-santé

Groupe de travail MRPA-MRS : Programmation et financement (1)

• Constats :

- **Evolution des 80 + stable** sur la période 2015-2030 (= 4 % de la population) : elle passe de 50.000 à 53.000 personnes (MAIS variation du vieillissement selon les zones)
- **Près de 2.600 lits à ouvrir** (= titres octroyés aux établissements COCOM et ex-COCOF)
- **38 % des résidents** en MRPA-MRS ont un **profil de dépendance léger** (O ou A)
- **Plus faible proportion des lits MRS** à Bruxelles (= 40 % des lits, contre 50 % en Belgique)

Groupe de travail MRPA-MRS : Programmation et financement (2)

- **Pistes de solution avancées :**

- Mettre en place une **programmation** des lits MRPA-MRS tenant compte (à politique inchangée) :
 - Lits à ouvrir ayant un titre valable
 - Evolution des 80 + (en tenant compte du vieillissement plus rapide des moins favorisés et par zone)
 - Répartition géographique (en tenant compte des limites liées aux terrains à bâtir)
 - Nombre de personnes âgées isolées à domicile
 - Reconversion des lits MRPA en lits MRS
 - ...
- **Renforcer les formes alternatives de soins** (résidences-services, centres de soins de jour, court/long séjour, MSP, etc.) : analyse des besoins des profils O et A en maison de repos (à étudier en lien avec le nouveau calendrier de construction).

Groupe de travail MRPA-MRS : Programmation et financement (3)

- En attendant l'OIP, mise en place d'une **Commission de convention informelle** (Organismes assureurs / Fédérations des maisons de repos)
- **Missions :**
 - Estimation des besoins et suivi budgétaire
 - Remise d'avis sur les projets de textes légaux
 - Accompagnement dans la préparation de la fin de la période transitoire
 - Vision sur les prises en charge et leurs alternatives

Groupe de travail MRPA-MRS : Normes d'agrément

- **Constats exprimés** :

- **Procédures administratives lourdes...** : agréments à durée déterminée, deux procédures (MRPA/MRS), pas de règles interprétatives des normes,
- ... qui ont un impact sur la qualité des soins

- **Pistes de solution avancées** :

- Une **procédure unique** d'agrément et d'autorisations spécifiques et de travaux
- **Inspection** : contrôles axés moins sur les ressources et davantage sur les processus et les résultats, selon une logique de priorités et de thèmes (→ indicateurs qualité)
- Prévoir la notion de **suspension d'agrément**

Groupe de travail MRPA-MRS : la médecin coordinateur et conseiller (MCC)

- **Constats exprimés** :

- Elargissement progressif du rôle du MCC sans révision de la rémunération (AR 9 mars 2014)
- Certaines missions ne sont pas suffisamment définies
- Difficulté de recrutement des MCC

- **Pistes de solution avancées** :

- Divergence de point de vue quant à la question de l'élargissement du profil du MCC (actuellement, uniquement médecins généralistes)
- Etre attentif au lien entre missions et rémunération dans la révision des normes

Groupe de travail MRPA-MRS : Bientraitance

- **Constats exprimés** :

- Même si elle est dans la grande majorité des cas pas mal intentionnée, la maltraitance en MRPA-MRS existe (maltraitance institutionnelle, insuffisance de soins et d'hygiène, etc.), mais son ampleur n'est à l'heure actuelle pas objectivée

- **Pistes de solution avancées** :

- Mettre en place un **suivi des plaintes**, afin d'objectiver les chiffres (nombre de plaintes, nombre de griefs fondés/non-fondés)
- Réfléchir à la mise en place d'une **procédure d'accompagnement** des établissements où se concentrent les plaintes
- Renforcer la **sensibilisation et la formation** du personnel

Groupe de travail Revalidation : Planning de travail

- **Réunions** :

- 11 juin et 2 juillet : Groupes de travail « Toxicomanie » et « Revalidation psychosociale »
- 12 juin et 9 juillet : Groupe de travail « Centre de rééducation ambulatoire (CRA) »

- **Participants** :

- **GT « Toxicomanie »** : Centres COCOM (Orée, LAMA, ENADEN, CATS, MASS), Organismes assureurs, Fédérations (FSPST, Fedito, Santhea, etc.)
- **GT « Revalidation psychosociale »** : Centres COCOM (Gué, WOPS, Club Antonin Artaud, Wolvendael, Canevas), Organismes assureurs, Fédérations (FSPST, Fedito, Santhea, etc.)
- **GT « CRA »** : Centres COCOM (Blés d'or, Lui et nous, Comprendre et Parler, CMAP, CHS, Horus, Parhélie, HUDERF, Nos Pilifs), Organismes assureurs, Fédérations (FSPST, FCRA)

Groupe de travail Revalidation : Planning de travail

- **Approche (2 réunions) :**

- L'organisation et le financement des conventions de revalidation INAMI
- Les besoins non-rencontrés
- La mise en réseau

- **Suivi :**

- Synthèse des discussions à communiquer et valider
- Consolidation des thèmes abordés (notamment en collectant les données permettant d'objectiver les constats abordés jusqu'ici)
- E-santé et simplification administrative (facturation électronique)

Groupe de travail Revalidation : Organisation et financement (1)

- **Constats exprimés et pistes de solution exprimés** :

- Durée des interventions prévues pas toujours en lien avec les besoins. Limites liées :
 - Au diagnostic médical (d'autres facteurs psycho-sociaux entrent en ligne de compte)
 - A l'âge
 - Flexibilité dans l'utilisation des séances
- Difficulté de prise en charge du public hors assurabilité. Pistes de solution :
 - Système de financement plus flexible (mixte forfait/enveloppe ou revalorisation forfait)
 - Travailler à la réassurance (qui permet l'ouverture de droit à d'autres statuts/prestations)
- Interdiction de cumul avec d'autres prestations qui répondent à d'autres besoins (Exemple : kinésithérapie orthopédique, dialyse à l'hôpital, Centre de jour/Résidentiel, etc.)

Groupe de travail Revalidation : Organisation et financement (2)

- **Constats et pistes de solution exprimés :**

- Difficulté de recrutement des prestataires de soins. Paramètres :
 - Revalorisation de certains titres et qualification
 - Ancienneté
 - Personnel médical : recrutement des pédopsychiatres et des médecins spécialisés en rééducation, maintien de l'agrément en médecine générale
- Pas de méthodologie d'évaluation claire et transparente. Piste de solution : développer des indicateurs qualité.
- Polyvalence des interventions en amont/parallèle/aval du traitement non-prise en charge (Exemples : mise en ordre d'assurance, organisation de la sortie, réinsertion scolaire/professionnelle, etc.)

Groupe de travail Revalidation : Besoins non-rencontrés

- **Constats et pistes de solution exprimés :**

- Listes d'attente importantes : chaque centre a un processus propre de gestion des listes d'attente (sur base de l'offre/redistribution des séances). Point d'attention : prudence dans la production d'indicateurs liés aux listes d'attente
- Nouveaux besoins liés aux paramètres (à objectiver) :
 - Toxicomanie et revalidation psychosociale :
 - Problèmes sociaux multiples
 - Vieillesse du public-cible
 - Mobilité institutionnelle essentielle
 - Lien accru avec les acteurs de la réduction des risques (nouvelles drogues de synthèse, polytoxicomanie)
 - CRA :
 - Dépistage précoce (notamment déficiences auditives)
 - Développement des outils de dépistages (grilles d'évaluation)
 - Prise de conscience par le réseau (notamment les écoles)
 - Point transversal : la multiculturalité (appel à des interprètes)

Groupe de travail Revalidation : Réseau

- **Constats et pistes de solution exprimés :**

- La logique des conventions de revalidation implique de facto un travail important en réseau (chronophage). Points d'attention :
 - Toxicomanie et revalidation psychosociale : Centre → Hospitalisation
 - CRA : Lien avec les centres de référence « autisme »
- Besoins :
 - Développement du métier d' « **accompagnateur** » du patient ou reconnaissance de cette fonction (lien avec les autres structures de soins, la réintégration socio-professionnelle, et plus globalement les déterminants de la santé).
 - Permettre un meilleur accès :
 - Au logement (manque d'offre à prix abordable et/ou qui permettent un encadrement suffisant)
 - Au travail (permettre l'accès aux Plans de mise à l'emploi (notamment ACS) aux personnes exclues du chômage)

Groupe de travail MSP-IHP-Médico légal : Planning de travail

- **Réunions** :

- **18 juin** : MSP, IHP: normes d'agrément, programmation et financement. Focus sur les réalités de terrain en matière d'hébergement et les besoins (nouveaux) des organisations et des patients
- **3 juillet** : Focus sur le médico-légal, les mesures de protection de la personne, les mises en observation, les réalités de terrain et les besoins spécifiques à Bruxelles, les réseaux existants et à développer

- **Composition** : FAMGB, BHAK, GBO, ABSYM, CDCS, Organismes assureurs, Huis voor Gezondheid, La Strada, OBSS, PFCSM, FHPB-ABISP, les administrations, CBI, CHJ Titeca, CU St-Luc, Epsilon, Fedito, FFIHP, Smes, IBW, Casmmu, Hôpitaux IRIS, Infirmiers de rue, MSP Schweitzer, PVT Thuis, Santhea,

- **Thèmes à traiter** : développement d'indicateurs-clés pour le monitoring (GT), MSP+ et IHP+ dans le contexte bruxellois, évolution des normes et du financement, le continuum de soins, les liens avec les CPAS, l'encadrement des patients avec complexité clinique, les relais et l'intensification du travail d'autonomisation.

Groupe de travail : MSP - IHP

- **Constats** :

- Manque de places (listes d'attente) et de valorisation
- Développement de structures « pirates »
- Difficultés d'ouverture de nouvelles places MSP
- Manque de passerelles entre MSP/IHP/Logement
- Faible Turnover
- Rigidité des règles d'ouverture
- Attractivité des métiers
- Trop de patients sans encadrement professionnel (MR/MRS/SHNA)
- Difficultés pour assurer la pérennité des infrastructures

- **... qui ont un impact sur la qualité de la prise en charge**

Groupe de travail : MSP – IHP

• Pistes de travail évoquées en GT :

- Une **révision du cadre légal** (AR 10/07/1990) permettant
 - Une plus grande proximité avec les structures hospitalières
 - Un nombre maximum de places > des 60 (attention: structures inscrites dans la cité)
 - Des normes d'encadrement adaptées
- Développement **d'autres types d'hébergement**: IHP+ et MSP+ pour les profils spécifiques
- Maintien et développement de **la multidisciplinarité**
- Réflexions sur la **participation financière du patient**
- Statuer sur le **rôle des SHNA** pour l'hébergement des patients du secteur de la santé mentale
- Développement de **collaborations entre les secteurs** pour venir en aide aux patients spécifiques (troubles mentaux/addiction, patients psychiatriques en rue, accès bas seuil, ...)
- Simplification administrative – informatisation (cf. système de facturation)
- Développement de normes de qualité en lien avec les normes hospitalières
- Réfléchir sur des **synergies possibles entre institutions** (efficacité)
- Création d'**un groupe de travail « indicateurs »** (activité/qualité)

Groupe de travail : Médico-légal

- **Constats** :

- **Absence d'établissement de défense sociale** (renvoi vers RW (Les Marronniers et Paifve et Flandre Merksplas)
- **Absence de coordinateur justice** au niveau de la Cour d'Appel de Bruxelles
- **Absence de continuité de soins** = fil rouge
- **Modèle bruxellois en matière d'expertise et de prise en charge de PPM** (interface mensuel justice/santé; ligne Nixon; standardisation des outils d'expertise, ...)
- **Mises en observation** : 1,700 expertises /an soit 6/jour pour 4 institutions et 900 MEO soit 3 par jour pour 5 institutions (Erasme, Titeca, St Alexius, Brugmann, Fond'Roy). Nécessité de garantir au minimum trois lieux d'urgence en permanence pour l'expertise

Groupe de travail : Médico-légal

- **Pistes de solution évoquées par le GT :**
 - Concertation avec le fédéral en vue de la création de structures et services d'accueil pour les internés High Risk sur le modèle des FPC.
 - Recherche de solutions avec les IHP et MSP pour le public interné.
 - Revalorisation de la tarification des expertises + index spécifique pour l'expertise des PPM (Fédéral Justice/Santé) → 09/2015

Groupe de travail : Question de la Santé mentale

- Une étape plus loin..... en santé mentale:
 - Renforcement des dispositifs mobiles et des accompagnements ambulatoires
 - Vers un numéro unique d'information et d'orientation pour la santé mentale à Bruxelles? Analyse de l'existant → synergies à développer
 - Développement d'un point d'appui pour les médecins généralistes
 - Développement de **la créativité** à Bruxelles en s'appuyant sur les dispositifs et les compétences en place

Groupe de travail Santé mentale PSY 107 Unité mobiles :

Planning de travail

- **Réunions** :

- **25 juin** : Présentation des 2 projets - Description des besoins en ambulatoire – Question de la territorialité et de la gouvernance des projets – développement des fonctions – renforcement du dispositif bruxellois en collaboration avec l'autorité fédérale
- **9 juillet** : Pistes d'évolution des 2 projets bruxellois, extension des zones, quel dispositif régional, quelles réponses face aux besoins, visibilité du secteur, offre globale et intégrée, articulation offre généraliste et spécialisée

- **Composition** : FAMGB, BHAK, GBO, ABSYM, CDCS, SSMG, Organismes assureurs, Huis voor Gezondheid, La Strada, OBSS, PFCSM, FHPB-ABISP, les administrations, CBI, CHJ Titeca, CU St-Luc, Epsilon, Fedito, Smes, Hôpitaux IRIS, Infirmiers de rue, FSSM

- **Thèmes à traiter** : les collaborations avec les médecins de famille, la réinsertion dans les circuits du travail, la poursuite de l'extension de la couverture territoriale, les indicateurs-clés, les alternatives en matière de financements

Groupe de travail : Santé Mentale PSY107 et unités mobile

- Constats du GT :

- Insuffisance des moyens (peu de marges) pour Bruxelles
- Limite de la couverture territoriale
- Révision de la Gouvernance



Groupe de travail : Santé Mentale – Psy107 – Unités mobiles

- **Pistes de solution proposées:**

- Bonne définition des rôles de chacun
- Examen du rééquilibrage transrégional (sur les lits hospitaliers)
- Evolution de la reconversion de lits somatiques vers les dispositifs mobiles
- Renforcement des dispositifs existants dans les SSM, les SPAD (renforcer le travail de réinsertion sociale), les structures d'appui à la 1^{ère} ligne
- Instauration de psychologues de 1^{ère} ligne en lien avec la médecine générale
- Call Center régional pour une bonne orientation (Lien avec le guichet unique)
- Cadastre de l'existant
- Rationnaliser la concertation et la coordination
- Gouvernance horizontale, transsectorielle et participative

Groupe de travail Première ligne

Les soins de santé de 1^{ère} ligne = Pierre angulaire d'un système de santé moderne (OMS, Copenhague, 2013)

- **Réunions** :

- 26 juin : Plan Malades Chroniques, Accès aux soins de première ligne
- 16 juillet : Quel modèle d'organisation de la première ligne ?

- **Composition** : FAMGB, BHAK, RLM-B, Huis voor Gezondheid, GBO, ACN, Axxon, Brussels Welzijns- en Gezondheidsraad, Conectar, FARES, Fédération Bruxelloise des Centres de coordination de Soins et de Services à Domicile, Fédération des maisons médicales, GTD Brussels Overleg Thuiszorg, Infirmiers de Rue, LUSS, CPAS, Médecins du Monde, Société de médecine dentaire, SSMG, Organismes assureurs, Vlaamse Patëntenplatform, SISD Bruxelles, Pharmaciens, Union belge des Ostéopathes-GNRPO.

Groupe de travail Première ligne

Constats et pistes de solutions exprimés :

- **Offre segmentée** (initiatives, projets-pilotes...) : « Mosaïque d'acteurs » → nécessité de :
 - faire une analyse des bonnes pratiques
 - structurer la communication entre tous les acteurs (cfr, Modèle)
- Développer et structurer la **concertation entre première et deuxième ligne** (notamment pour organiser les post-hospitalisation + dimension IT)

Groupe de travail Première ligne

- Accès aux soins :
 - Les acteurs de la première ligne sont la porte d'entrée pour les publics précarisés et fragilisés (Secteur bas seuil saturé) → en tenir compte dans l'organisation des soins et le travail de « réassurance »
 - 19 CPAS, 19 procédures différentes d'accès à l'AMU → Davantage d'harmonisation
 - Sensibilisation et formation des acteurs de la première ligne à la prise en charge des publics moins favorisés

Groupe de travail Première ligne

- **Manque de lisibilité** de l'offre de soins →
 - Formation des acteurs de la première ligne
 - Réorganisation des tâches entre les différents métiers (accent sur la multidisciplinarité plutôt que la surspécialisation)
 - Nouveaux métiers à développer (case manager)

Groupe de travail Première ligne

« Il est urgent de prendre le temps » de développer un **modèle intégré**:

1. Niveau **patient** : concertation multidisciplinaire (social-santé) autour d'un patient
2. Niveau **zones** (zorgknooppunt) : concertation multidisciplinaire autour des patients de la zone → bien réfléchir à la définition de chaque zone en regard de l'offre de soins et des besoins
3. Niveau **régional**

→ Dans ce cadre, repenser et élargir les missions des SISD et RML

Groupe de travail 1^{ère} ligne – médecine générale

- **Réunions** :

- 3 juillet : accessibilité, attractivité, e-health, concertation et coordination 1^{ère} ligne,

- **Composition** : ABSYM – Bruxelles, BHAK et FAMGB Fédération des Maisons Médicales (FMM), GBO - Groupement Belge des Omnipraticiens - Le Cartel, SSMG - Société Scientifique de Médecine Générale

- **Points à traiter** :

- Garde, accessibilité

Groupe de travail 1^{ère} ligne – médecine générale

- **Constats:**

- **Nombreux bruxellois sans MG / recours aux urgences** : problématique multifactorielle (grande ville, éducation, patientèle en transit, disponibilité des MG, information (ex en maternité))
- La question de l'**attractivité** de la profession est multifactorielle (formation, MG de groupe, multidisciplinarité, rémunération, qualité, ..) certains facteurs sont propres à Bruxelles (mobilité, ...)
- La **coordination des soins** (et des services annexes au domicile) pose problème aux MG qui n' ont que peu recours aux structures existantes de coordination. Besoin non rempli de coordination au moins dans les réseaux francophones. L'expérience de Huis voor gezondheid est mise en exergue (numéro central)
- Le partage électronique de données est une nécessité. Encore trop peu de MG sont connecté au RSB et trop peu publient des Sumehr.

Groupe de travail 1^{ère} ligne – médecine générale

- **Pistes de solution / actions à mener :**

- Enquête à mener sur un cadastre bruxellois destiné notamment à déterminer les zones en pénurie
- Réflexion / enquête à mener sur les attentes des acteurs à l'égard des structures d'appui au MG et de la coordination des soins de 1^{ère} ligne
- E-Health : des formations vont être organisées

Groupe de travail enfants – urgences pédiatriques

- **Réunion** :

- 10 juillet : urgences pédiatriques

- **Composition** : ABISP/FHPB - Fédération des Hôpitaux Privés de Belgique, ABSYM – Bruxelles, Aremis / Hospidom BHAK - Brusselse huishartsen KringCBICliniques Universitaires SAINT-LUC, Conectar (Plateforme 1ère ligne), - SISD Cocom BruxellesERASMEFAMGBFédération des Maisons Médicales, GBO - Groupement Belge des Omnipraticiens - Le Cartel, HOSPICHILD, HUDERF, Huis voor Gezondheid, IRI, Kind en Gezin, Luss, Médecin du Monde, ONE, RLM-B, Santhea , SSMG - Société Scientifique de Médecine Générale, UZ-VUB, Vlaamse Patëntenplatform VPP

Groupe de travail enfants – urgences pédiatriques

- **Constats:**

- Explosion des cas pédiatriques dans les services d'urgences bruxellois
- Peu de prise en charge par les MG (en ce compris les postes de garde) pour de multiples raisons
- Plusieurs pistes mises en place ne fonctionnent pas (postes de garde, liste des MG distribuée aux urgences, ...)
- Peu d'attention apportée au continuum mère-enfant (suivi des nouveaux-nés à la sortie de la maternité)
- Le rôle de l'ONE et de Kind en Gezin pourrait être renforcé

- **Pistes de solution :**

- Sensibilisation
- Rédiger une récolte de données sur les cas pédiatriques aux urgences
- Numéro de téléphone unique d'orientation
- Autres pistes évoquées : échelonnement, formation continue, collaboration entre les services d'urgence et les MG sur place

Groupe de travail enfants

- **Sujets à traiter :**

- Durée de séjour en maternité
- Accessibilité

Groupe de travail Soins palliatifs : Planning de travail

- **Réunions** :

- 19 juin : Statut palliatif, pédiatrie, MR Ms, première ligne, seconde ligne.
- 3 juillet : formation, middle care, fournitures palliatives, COCOM, COCOF

- **Composition** : médecins généralistes, mutuelles, hôpitaux, 1ère ligne, 2ème ligne, pharmaciens, kinés, middle care, formation continue, fédération, plateforme, pédiatrie.

Groupe de travail Soins palliatifs : Organisation générale

- **Constats:**

- Très structuré, bonnes interactions des acteurs qui pourraient encore être améliorées
- Le médecin généraliste a beaucoup d'interlocuteurs
- Liste d'attente par certaines structures
- Trop peu mis en place

- **Pistes de solution :**

- Avoir une structure coordinatrice de toutes les équipes mobiles (un centre d'appel, meilleure répartition des patients, meilleure logistique, économie d'échelle, meilleure répartition du travail, uniformisation des procédures,...)
- Besoin d'une forte sensibilisation

Groupe de travail Soins palliatifs: Statut (INAMI)du patient

- **Constats:**

- Assez rapide, aval donné par le médecin généraliste
- Statut valable 3 mois retarde l'accès, et fait appel à la notion de fin de vie imminente alors que ce n'est pas forcément le cas
- Terme « palliatif » péjoratif et fatal, le médecin retarde d'annoncer ce terme, psychologiquement difficile pour le patient
- Pour 2ème ligne, impossible de changer d'équipe durant les 3 mois

- **Pistes de solution :**

- Changer le terme «soins palliatifs » en soins continués
- Groupe de travail de réflexion sur 3 statuts différents (simple, majoré, complet) qui pourraient être appliqué également en hôpital

Groupe de travail Soins palliatifs: MR MRS

- **Constats:**

- Pas suffisamment mis en place
- Problème de formation spécifique des infirmières
- Pas suffisamment de matériel disponible (morphine, pompes...)

- **Pistes de solution :**

- Appel aux équipes de 2ème ligne
- Réorganiser les soins palliatifs en MR-MRS (sera discuté dans le GT MR)
- Avoir des lieux de référence comme des pharmacies de référence ayant des kits palliatifs (valable aussi pour la 2ème ligne)

Groupe de travail Soins palliatifs: Pédiatrie

- **Constats:**

- Le statut de 3 mois est inadapté, espérance de vie plus longue avec des besoins palliatifs
- Besoin de plus de soutiens psychologiques
- Financement inadapté des structures d'accueil
- Manque de relais entre le pédiatre et le médecin généraliste qui doit signer le statut palliatif

- **Pistes de solution :**

- Structures de répit
- Gardes malades

Groupe de travail Soins palliatifs: Soins à domicile

- **Constats:**

- Le patient préfère , en général, la fin de vie à domicile
- Le rôle du médecin généraliste est important
- Le médecin généraliste est mal informé du traitement lorsque le patient vient de l'hôpital
- Pas suffisamment de structures pour aider la famille
- Il n'existe pas de nomenclature spécifique pour la consultation du médecin généraliste pour la mise en place des soins palliatifs

- **Pistes de solution :**

- HAD : hospitalisation à domicile , équipes spécialisées
- Projets pilotes
- Gardes malades
- Informatisation des dossiers
- PSPA : projet de soins personnalisés
- LAT : limitation arrêt de traitement

Groupe de travail Soins palliatifs: Formation

- **Constats:**

- Formation de base insuffisante
- Formation continue pas suffisamment suivie
- Méconnaissance des lois qui régissent en Belgique les soins palliatifs

- **Pistes de solution :**

- Formation de base organisée à différents niveaux de perfectionnement ex A : tous, B : généraliste, C : équipes palliatives
- Restructurer la formation continue entre le rôle de la plateforme (législatif) l'expérience partagée en 2ème ligne avec la 1ere ligne, la formation en maison de repos
- Attention à porter à la multiculturalité

Groupe de travail Soins palliatifs: Inégalités de santé

- **Constats:**

- Besoin d'assistantes sociales pour gérer les situations difficiles
- Pas suffisamment d'assistantes sociales dans les équipes de 2^{ème} ligne

Groupe de travail Soins palliatifs : E Health et soins palliatifs

- **Utilisation spécifique:**

- Transmission d'informations entre hôpital, maison de repos, médecin généraliste, 1ère ligne, 2ème ligne

Groupe de travail Soins palliatifs: Suivis

Thèmes à traiter dans des prochaines réunions :

- Réorganisation éventuelle des acteurs,
- Projets pilotes de middle care,
- Les soins palliatifs hospitaliers,
- Autres ressources pouvant améliorer la prise en charge du patient en fin de vie
- Restructuration de la formation continue
- Récolte de données

Groupe de travail « Prévention – promotion de la santé »

- Centre bruxellois de promotion de la santé
- Cultures et santé
- Fédération des Maisons médicales
- Question santé
- Observatoire du sida et des sexualités
- Eurotox
- Fédito
- Modus Vivendi
- Ecole de santé publique de l'ULB
- Brumammo
- Centre communautaire de référence pour le dépistage des cancers
- Observatoire de la santé et du social
- Fédération laïque des centres de planning familial
- Fédération pluraliste des centres de planning familial
- Promo santé et médecine générale
- Fédération des associations de médecins généralistes à Bruxelles - FAMGB
- Collège intermutualiste national
- FIMS
- LOGO
- Cabinet Cécile Jodogne
- Cabinet Jo Van Deurzen
- Cabinet Guy Vanhengel
- Cabinet Didier Gosuin
- Administration de la Cocof
- Administration de la Cocom
- Administration Communauté française - santé

GT « Prévention – promotion de la santé »

- **QUESTIONS TRANSVERSALES**

- REDUCTION DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE
- INTERSECTORIALITE
- STRATEGIES, THEMATIQUES A DEVELOPPER
- DONNEES

- **QUESTIONS THEMATIQUES**

- VIH/IST/EVRAS
- DROGUES
- DEPISTAGES CANCERS
- VACCINATION

GT « Prévention – promotion de la santé »

REDUCTION DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE

- Approches collectives
- Empowerment / Participation des publics
- Expérimenter, renforcer des nouvelles stratégies
- Investir certains lieux de vie/publics/services
- Améliorer l'accès aux soins et à la prévention / promotion
 - Accessibilité + Acceptabilité des programmes
 - Littératie
- Prendre en compte les droits
 - Lutter contre discrimination, stigmatisation, ...
- Développer approche territoriale

GT « Prévention – promotion de la santé »

INTERSECTORIALITE

Constats:

- Visibilité et lisibilité du secteur
- Tension entre PS comme « démarche de travail » vs « planification »
- Morcellement des compétences

Pistes:

- Développer l'intersectorialité et les transversalités
 - Entre compétences et niveaux politiques différents : via accords de coopération, travail avec communes, ... MAIS difficultés : complexité institutionnelle, langue
 - Entre acteurs institutionnels, au niveau local (partenariats)
 - Par la formation d'acteurs d'autres secteurs

GT « Prévention – promotion de la santé »

INTERSECTORIALITE (2)

Pistes:

- Articulation préventif/curatif: lien avec 1^{ère} ligne
- Rôle des médecins généralistes
 - Dépistage cancers : horizontalisation et approche + globale
 - Intégrer promotion santé dans les dispositifs de soins : MM, MG, santé communautaire
 - Sensibilisation – formation (GLEM)
- Prévention médicalisée (VIH)
- Mais dépend des thématiques (drogues)

GT « Prévention – promotion de la santé »

INTERSECTORIALITE (3)

Pistes:

- Adapter approches aux secteurs d'intervention :
 - écoles, milieu du travail, communes, cohésion sociale, alphabétisation, ...

GT « Prévention – promotion de la santé »

DONNEES

- Développer l'évaluation, la qualité, la recherche/recherche-action, le recueil de données
- Données :
 - Méthodes et données quanti + quali, socio-épidémiologiques + données sur activités
 - Centraliser => identifier ce qui existe / ce qui manque
 - Articuler les différentes sources et systèmes de recueil de données généralistes et spécifiques
- Utiliser documents de référence et opérationnaliser documents de planification existants
 - Livre Blanc et livre Vert accès aux soins
 - Plan national sida ; Stratégies concertées sida
 - Plan RdR et Plan drogues bruxellois ; Stratégies concertées RdR
 - Protocole d'accord EVRAS
 - Memorandums
 - Réduction des inégalités sociales de santé, Conseil supérieur de promotion de la santé
 - Etc.

La suite....

- **Reprise de la concertation à partir du 21 septembre**
 - calendrier communiqué début septembre
- **Site internet :**
 - **www.gezondheidsplansante.brussels**

Merci
de votre participation