

# LISTE DE ANNEXES

qui figurent sur le site Internet des ADC

Rapport sur le travail mené  
d'octobre 2022 à janvier 2023

## *Matériel de récolte des données*

- Brochure de présentation des portes ouvertes
- Panneaux utilisés pour les portes ouvertes
- Vignettes
- Panneau règles Focus Groups
- Questionnaire de la consultation digitale

## *Comptes-rendus*

- Compte-rendu des trois rencontres exploratoires
- Comptes-rendus des Focus Groups

## *Représentativité des participants*

- Participation Portes Ouvertes et Focus Groups
- Tableau récapitulatif des rencontres extérieures

## *Autres*

- Propositions à d'autres niveaux que le bassin
- Formulaire d'appréciation des Portes Ouvertes

# LIJST VAN DE BIJLAGEN

die op de website van de VA's staan

Verslag over de werkzaamheden van oktober 2022  
tot en met januari 2023

## *Materiaal voor de verzameling van gegevens*

- Brochure met presentatie van de opendeurdagen
- Panelen gebruikt voor de opendeurdagen
- Casussen
- Paneel met regels FG
- Vragenlijst digitale consultatie

## *Verslagen*

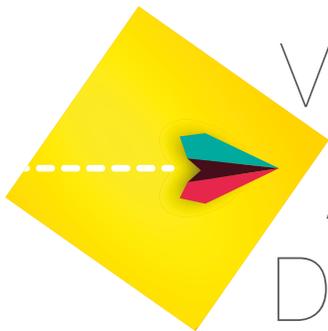
- Verslag van de drie verkennende bijeenkomsten
- Verslagen van de FG's

## *Vertegenwoordiging van de deelnemers*

- Deelname Opendeurdagen en Focusgroepen
- Overzichtstabel van de externe bijeenkomsten

## *Andere*

- Voorstellen op andere niveaus dan de zorgzone
- Feedbackformulieren van de Opendeurdagen



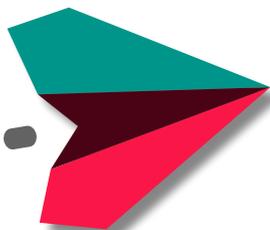
# VERANDER ATELIER DU CHANGEMENT

## Vers une dynamique collective à l'échelle des bassins

Un bassin de vie, c'est un territoire de 200.000 à 300.000 habitants, à l'échelle duquel il est nécessaire de développer une organisation de soins et d'accompagnement social-santé cohérente et coordonnée avec les quartiers et la Région.

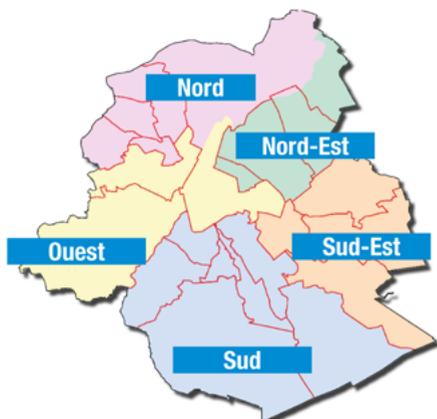
L'atelier du changement, c'est l'espace des professionnels du social-santé, des bénéficiaires, patients et aidants, où ils peuvent se rencontrer, s'informer, proposer.

Il doit leur permettre de prendre connaissance des enjeux et des réformes en cours (e.a. le Plan social-santé intégré), de s'organiser et de définir ensemble comment réaliser les missions du bassin.



## POURQUOI ?

Les problématiques sociales, de santé physique et de santé mentale s'entremêlent et complexifient les situations vécues et les parcours. L'organisation sectorielle actuelle montre ses limites.



Brusano et le CBCS soutiennent la nécessité de mettre en place une organisation territoriale qui invite à engager la responsabilité des acteurs du « care » vis-à-vis d'une population définie. Cette organisation devrait permettre d'agir collectivement pour le développement d'environnements favorables à la santé et à la qualité de vie, prévenir la survenue de problèmes individuels ou collectifs (dont l'isolement, la désaffiliation sociale, les maladies chroniques), et garantir que les difficultés rencontrées trouvent une solution.

Bien conscients que les professionnels et les organisations sont actuellement mis sous tension, BRUSANO et le CBCS, en partenariat avec le CREBIS, ont néanmoins souhaité mettre en place ces ateliers pour que l'expérience du terrain puisse être le moteur du changement.

## CONCRÈTEMENT

D'octobre à janvier, plusieurs dispositifs sont proposés au cœur de chacun des 5 bassins : une rencontre portes ouvertes, un focus groupe (4 réunions) et une enquête (online).

Pour vous, professionnels du social-santé, cet atelier est l'occasion de mieux appréhender les enjeux d'une organisation social-santé basée sur un territoire ainsi que des concepts-clés tels que l'intégration, l'accessibilité et la continuité et comment ils peuvent se concrétiser à l'échelle du bassin. Mais aussi, et surtout, de travailler ensemble à poser les bases du bassin, de partager des informations, connaissances de services ou de projets locaux présents, de définir collectivement les priorités d'action pour le bassin.

Vos contributions seront prises en compte et analysées au fur et à mesure pour nourrir chaque étape. Elles constitueront le cœur d'un rapport opérationnel reprenant des actions concrètes, les moyens nécessaires pour les réaliser et la planification de leur mise en œuvre.

# LA VISITE ACCOMPAGNÉE

Déroulement de l'activité :

1. Introduction générale et explication du processus
2. Présentation des **panneaux explicatifs**
3. Déambulation et questions sur les panneaux explicatifs
4. Présentation des **panneaux participatifs**
5. Recueil de propositions sur les panneaux participatifs
6. Conclusion et mot de la fin

## LES PANNEAUX



### Constats et enjeux

**Enjeux des soins, de l'aide et de l'accompagnement à Bruxelles**



QUALITE DE L'ENVIRONNEMENT



SAUTE MENTALE  
BIEN-ÊTRE  
SAUTE SOCIALE



Pratiquer des activités sociales, au sein d'un collectif et de façon régulière a un impact positif sur l'état de santé mentale et contribue à améliorer la qualité de vie. Basé sur une recherche scientifique. (Pratiquer des activités de groupe permet de développer des liens sociaux.)

**Parcours intriqués, offre segmentée**

**Analyses**

- ↳ Mises en évidence de la **SANTÉ**
- ↳ Mises en évidence de la **SAUVEGARDE**
- ↳ Mises en évidence de la **PROTECTION**
- ↳ Mises en évidence de la **RELIÈRE**
- ↳ Mises en évidence de la **RECONSTRUCTION**
- ↳ Mises en évidence de la **RECONCILIATION**



Rôle : Apporter les outils de fonctionnement à la fois grande variété des conditions et besoins des personnes dans un contexte de diversité d'accompagnement et d'accompagnement.

Une approche territoriale de l'aide et des soins, de quartier à Région, peut contribuer à améliorer cette offre de multiples façons :

**CONNAITRE**

Mieux **identifier** et connaître les problèmes et les besoins **concrets** des habitants d'un zone

Mieux **connaître** et **lier** les ressources formelles et informelles (associations, réseaux, services communautaires, professionnels...)

**RELIER**

**Coordonner** plus étroitement les intervenants et les experts des professionnels des différents secteurs (intersectoriel)

Les plus étroitement les professionnels et faire en sorte **aux acteurs de la promotion de la santé et de la prévention**

Ainsi **assurer une meilleure continuité** de l'accompagnement entre les différents services et les différents niveaux de spécialisation

**RAPPROCHER**

Favoriser les services plus **proches**, donc plus **accessibles**



### Approche territoriale (1)

**C'est quoi une organisation territoriale ?**

C'est partir des besoins des personnes sur un territoire donné pour construire une **offre articlée et appropriée** d'aide, de soins et d'accompagnement à différents niveaux de proximité.

Ces niveaux peuvent être le quartier, la commune, une zone urbaine plus large comme un « bassin de vie », la région. Ils s'**articulent les uns aux autres** selon le degré de proximité et de spécialité des services offerts.



**Developper une approche territoriale : quels enjeux ?**

Organiser l'offre sur une base territoriale ouvre certaines opportunités :

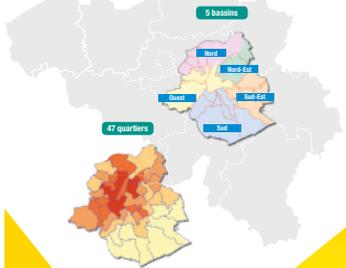
- ↳ Appuyer de la qualité dans l'offre,
- ↳ Augmenter l'accessibilité et assurer une meilleure continuité d'accompagnement,
- ↳ Adapter et élargir et réduire la saturation des services,
- ↳ Articuler les logiques territoriales et sectorielles.

Mais pose aussi des questions :

- ↳ Comment faire l'exister et éviter de « répliquer des couches » à un système déjà complexe ?
- ↳ Comment respecter la réalité des personnes sur le territoire et le lien avec du patient ?
- ↳ Comment construire ensemble cette approche ? Comment gérer et prendre les décisions au sein des différents niveaux territoriaux ?
- ↳ Quelle place accorder aux professionnels et aux citoyens dans la construction de ces dispositifs ?

## Approche territoriale (2)

### A Bruxelles, ça donnerait quoi ?

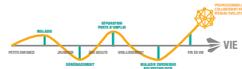


## Continuité

### C'est quoi faciliter la continuité ?

C'est organiser l'offre d'aide et de soins afin d'assurer au mieux un accompagnement des bénéficiaires de manière cohérente et intertemporelle quelle que soient les transitions vécues par ces derniers. Il s'agit d'évaluer les besoins d'accompagnement, les besoins de soins ou l'accès de soins et de garantir une fluidité lors du passage d'un stade ou d'un état à l'autre. Cela repose sur la reconnaissance collective d'une responsabilité commune face aux besoins de la personne tout au long de sa vie.

- Assurer la continuité de l'aide et des soins, c'est gérer au mieux les transitions vécues par les personnes, que ce soit de leur état changeant :
  - ▶ De santé (accident, perte d'emploi, sortie de prison, ...)
  - ▶ De territoire (déplacement, ...)
  - ▶ De services (responsable (soins médicaux, entre ambulatoire et résidentiel, entre service généraliste et spécialisé, ...))



### Assurer la continuité : quels enjeux ?

- Pour éviter les ruptures, il est nécessaire :
  - ▶ De développer des lieux de concertation permanent,
  - ▶ De s'accorder sur les zones de compétence et les responsabilités de chaque intervenant,
  - ▶ De limiter les barrières et les conditions entre les acteurs impliqués sur le même territoire.



## Accès/accessibilité

### Accessibilité / accès aux soins, à l'accompagnement et aux droits

L'accès aux droits et services de soins et d'accompagnement dépend à la fois des ressources des usagers et de l'accessibilité aux services miséorgés pour permettre aux personnes de faire appel à eux. Avec l'accessibilité entendue au sens de l'accès – soit aux conditions matérielles pour bénéficier l'accès – tandis que l'accès fait référence à l'accès réel, qui se traduit effectivement, et que l'on peut observer l'accès réel qui peut varier avec la disponibilité de l'offre. Un grand nombre de barrières diverses existent.

### C'est quoi faciliter l'accès aux droits, à l'aide et aux soins ?

C'est organiser l'offre d'aide et de soins de telle façon que toute personne sur le territoire bruxellois puisse exprimer sa demande et recevoir une réponse adaptée à ses besoins de la part des services et professionnels sociaux existants. Cela suppose notamment une meilleure visibilité de l'offre pour les professionnels et les citoyens, une information complète et partagée, des moyens pour la coordination, l'orientation et l'accompagnement vers le service adéquat.

Pour les publics spécifiques qui ont des besoins mais dont les droits sont difficiles à les exprimer ou qui sont plus éloignés de l'offre, cela suppose également de améliorer les services fonctionnant sur une logique d'« aller vers » et de façon générale, de améliorer les conditions d'accès.

- Pour rendre l'accès aux droits, à l'aide et aux soins plus facile, on peut, par exemple :
  - ▶ Analyser les barrières sur le territoire pour y faire mieux correspondre l'offre de services,
  - ▶ Améliorer l'information sur l'offre (meilleure visibilité et visibilité de l'information, réseaux de langage, plurilinguisme)
  - ▶ Améliorer l'accès (améliorer l'accès physique, améliorer les horaires, usage des langues, ...)
  - ▶ Permettre un meilleur accompagnement de services de service,
  - ▶ Réduire les barrières à l'accès, qu'elles soient administratives ou réglementaires,
  - ▶ ...

### Améliorer l'accès : quels enjeux opérationnels ?

- Faciliter l'accès des citoyens à l'offre d'aide et de soins impose de trouver des solutions à plusieurs problèmes concrets :
  - ▶ Comment améliorer les outils d'accès pour tous et réduire les effets des différentes conditions d'accès aux services, à l'aide et aux soins ?
  - ▶ Comment réduire la saturation des services ?
  - ▶ Que signifie réellement dans des services pour augmenter l'accès, notamment pour favoriser les pratiques inclusives et des façons d'« aller vers » ?
  - ▶ ...



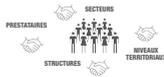
## Organisation social-santé intégrée

### C'est quoi ?

Organisation en commun des services et acteurs dans le but d'assurer une continuité de l'aide, des soins et de l'accompagnement des personnes, pour leur permettre de maintenir ou d'établir un état complet de bien-être physique, mental et social tout au long de la vie.

- Prévoir ?
  - ▶ Favoriser l'accès aux différents offres de services,
  - ▶ Favoriser la complémentarité des expertises,
  - ▶ Assurer une responsabilité populationnelle.

Comment ?  
Celle organisation prévoit des outils, facteurs et mécanismes adaptés d'intégrer entre secteurs, prestataires, structures, niveaux territoriaux.



### Intégrer les services, les ressources et les suivis : quels enjeux ?

- Un défi qui est de voir intégrer plus profondément l'action de tous les prestataires des secteurs de l'aide sociale et de la santé autour d'une série de questions :
  - ▶ Comment articuler logiques territoriales et sectorielles ?
  - ▶ Comment concilier des cultures de travail, des référentiels, des logiques d'acteurs différents, entre les acteurs publics, associatifs et indépendants ?
  - ▶ Comment associer l'habitant à une nouvelle organisation ? Que garder, que transformer ?
  - ▶ Comment accompagner les personnes entre les territoires et les différentes lignes ou échelles de services ?
  - ▶ ...



# PARCOURS DE VIE

## Illustration des enjeux par des situations concrètes vécues par des Bruxellois.es

### RICARDA (Accès)

*Ricarda est une jeune femme équatorienne de 27 ans. Elle est mère célibataire de trois enfants. Elle vit à Bruxelles depuis quelques années mais ne parle pas bien français. Elle a cependant un emploi de femme de ménage.*

*Ricarda a besoin d'une traduction jurée de son acte de naissance qui est en langue espagnole. Elle se rend donc de sa propre initiative à la commune, pensant y trouver un service de traduction officiel. Mais la Commune la redirige vers le Palais de justice.*

*Elle hésite alors à se rendre au Palais de justice, redoutant que ses papiers ne soient pas en règle et ayant un problème de dette. Elle finit par s'y rendre mais ce n'est toujours pas le bon endroit pour atteindre ce service. Les mêmes craintes en tête, elle songe alors à se rendre au CPAS, mais finit par abandonner.*

*Au sein de la communauté hispanophone, elle entend parler d'une travailleuse sociale qui parle espagnol dans une association. Elle est pourtant souvent passée à cet endroit, devant cette association, mais ne savait pas quels services ils*

*proposaient, ni que des personnes y parlaient espagnol. Elle se rend donc dans cette association, mais la travailleuse sociale hispanophone n'est pas disponible à ce moment-là et peut lui proposer un rendez-vous seulement dans deux semaines.*

*La veille de son RDV, Ricarda reçoit une lettre des impôts lui demandant un paiement dans les 48h. Inquiète, elle évoque donc également ce problème avec la travailleuse sociale. Elle raconte également qu'elle a été contactée par le centre PMS de l'école souhaitant dialoguer avec elle au sujet du surpoids de son fils. La travailleuse sociale se rend compte que Ricarda cumule divers problèmes (papiers à faire, dettes, non-accès à une alimentation saine...), qu'elle ignore qu'elle peut bénéficier d'une aide et qu'elle ne s'est jamais rendue dans un service social. Elle mesure aussi l'embaras et la méfiance de Ricarda envers toutes ces formes d'aide.*

*Ricarda dispose d'un salaire de 1600 Euros avec son emploi de femme de ménage et n'a donc pas droit au CPAS. La travailleuse sociale appelle le service des impôts afin de demander un échelonnement des paiements et discute avec Ricarda des divers papiers qu'elle doit remplir avec elle. Mais elle ne sait pas à qui Ricarda pourrait s'adresser concernant les autres problèmes.*





## MARTIN (continuité)

*Martin, 59 ans, est placé en détention préventive suite à des violences conjugales. En prison, il rencontre un service social qui répond à ses premières demandes urgentes. Il est libéré au bout de 3 mois, avec une liste de conditions de justice à respecter. Martin rencontre des difficultés à se déplacer avec ses problèmes de dos et marche en béquilles. Il appelle alors le service social rencontré en prison pour demander de l'aide.*

*Il se rend chez lui en taxi pour découvrir que le propriétaire a fait changer la serrure. Il a seulement de quoi payer une nuit d'hôtel. La nuit suivante, il ne sait pas où dormir et se rend donc à l'hôpital. Il y passe la nuit et confie au personnel vouloir se jeter dans le canal, ayant tout perdu.*

*Un travailleur du service social, à qui il a téléphoné, le retrouve saoul dans un bar, ne respectant pas ses conditions de justice. Pour la sécurité de Martin, le travailleur social appelle la police. Martin dit être mieux en prison que dans la rue ; le service social pense ainsi pouvoir mieux préparer sa sortie.*

*Puisqu'aucun assistant de justice n'est encore mandaté et que ses conditions de justice ne sont pas connues des services de police, il est libéré deux heures plus tard et se retrouve à nouveau à la rue.*

*Le lendemain, le service social a négocié une place dans un centre d'urgence, faute de place en Maison d'Accueil. Il pourra y rester tout le week-end car une Résidence MRS a accepté de le rencontrer le lundi.*

*Le service social contacte le médecin généraliste de Martin pour l'informer et lui demander de transmettre ses informations médicales à la Résidence. Dix jours plus tard, le médecin obtient le dossier médical de la prison. Une hospitalisation va s'organiser au départ de la résidence, avec un accompagnement de kinésithérapie.*

*Suite à son incarcération, Martin avait perdu ses allocations de chômage. Le service social l'aide à prendre un rendez-vous au CPAS, où ils obtiennent un accord de prise en charge pour les frais de la résidence, dans l'attente de sa régularisation au chômage.*

*La résidence réclame en vain le paiement des frais d'hébergement durant deux mois. Puisque Martin est en Résidence MRS, c'est en fait le service des personnes âgées du CPAS qui est devenu compétent. Martin doit donc retourner signer des documents sinon, passé un délai de quelques jours, le CPAS se déclarera incompétent.*

*Au bout de trois mois, Martin finit par être en ordre à l'Onem et touche l'arriéré de ses allocations depuis le jour de sortie de prison. Mais il dépense tout et ne va pas signer les documents au CPAS. Deux semaines plus tard, il se suicide dans un hôtel.*





## SIMONE (organisation intégrée)

*Simone, une veuve de 83 ans, vit seule dans un studio au 3<sup>ème</sup> étage, sans ascenseur. C'est une Bruxelloise, qui parle principalement flamand mais qui se débrouille en français. Ses deux fils vivent à la Côte, mais elle ne sait pas s'y rendre seule et les voit rarement. Ses voisins font de petites courses pour elle, mais le contact est rapide. Un bénévole l'emmène deux fois par semaine au centre de services local (LDC) pour un repas chaud et au club de cartes.*

*Sa santé se détériore, elle a des problèmes de mémoire, a du mal à avaler, perd facilement son équilibre. Après une chute, elle se retrouve à l'hôpital. Rentrer chez elle n'est pas évident mais l'hôpital ne peut pas la garder. Il organise donc le transport de retour chez elle.*

*Depuis sa chute elle a du mal à se déplacer. Mais grâce au bénévole, elle se rend encore une fois par mois au centre de services local.*

*Elle ne sait plus se faire à manger et n'est pas en capacité physique d'aller chercher ses médicaments. Elle ne sait pas à qui s'adresser pour la soutenir dans la vie de tous les jours : ses enfants sont trop loin pour s'en occuper régulièrement et elle n'ose pas déranger ses voisins qui viennent d'avoir un bébé.*

*Démunie et seule, elle appelle le médecin de famille qui vient faire un contrôle de son état physique et de sa situation. Il oriente la patiente vers d'autres services à même de gérer ses divers problèmes mais elle ne donne pas suite à ses propositions.*

*Le centre de services local s'inquiète de ne plus la voir et n'arrive pas à avoir de ses nouvelles. Il décide donc d'organiser une concertation avec Simone, ses fils, le médecin généraliste, l'assistante sociale, le gériatre et l'ergothérapeute de l'hôpital, le service d'aide familiale, une infirmière à domicile, le coordinateur du centre de services local et le coordinateur des soins afin de trouver ensemble des solutions de prise en charge partagée.*

## CONTACT

[www.verander-atelier-changement.brussels](http://www.verander-atelier-changement.brussels)

 **+32 2 880 29 80**

Gaétane Thirion, Brusano asbl : [Gaetane.thirion@brusano.brussels](mailto:Gaetane.thirion@brusano.brussels)

Karine Bousart, CBCS asbl : [kboussart@cbc.sirisnet.be](mailto:kboussart@cbc.sirisnet.be)

Une initiative des asbl BRUSANO [[www.brusano.brussels](http://www.brusano.brussels)] et CBCS [[www.cbc.s.be](http://www.cbc.s.be)]

En partenariat avec le Crebis, et avec le soutien de la COCOM



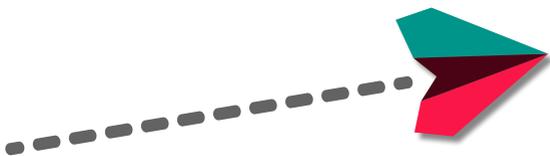


# VERANDER ATELIER DU CHANGEMENT

## Op weg naar een collectieve dynamiek op niveau van de zorgzones

Een zorgzone, dat is een gebied met 200.000 tot 300.000 inwoners en op schaal daarvan moet een organisatie voor zorg en ondersteuning op sociaal en gezondheidsvlak worden ontwikkeld. Deze organisatie moet coherent zijn en worden gecoördineerd met de wijken en het Gewest.

De workshop 'verandering', dit is een ruimte voor sociale en gezondheidswerker, begunstigen, patiënten en hulpverleners, waar ze elkaar kunnen ontmoeten, zich kunnen informeren en voorstellen doen. Tijdens deze workshop kunnen ze kennisnemen van de belangen en lopende hervormingen (zoals het Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan), zich organiseren en samen bepalen hoe de taken van de zorgzones kunnen worden uitgevoerd.



## WAAROM?

Sociale problemen en lichamelijke en geestelijke gezondheidsproblemen zijn met elkaar verweven en maken de ervaren situaties en parcours complexer. De huidige sectorale organisatie toont haar grenzen.



Brusano en de CBCS ondersteunen de noodzaak van de oprichting van een territoriale organisatie die de zorgactoren uitnodigt om hun verantwoordelijkheid op te nemen voor een gedefinieerd bevolkingsgroep. Deze organisatie moet collectief actie kunnen ondernemen voor de ontwikkeling van een omgeving die bevorderlijk is voor de gezondheid en de levenskwaliteit, en dit om te voorkomen dat zich individuele of collectieve problemen voordoen (zoals isolement, sociale uitsluiting, chronische ziekten) en om ervoor te zorgen dat de ervaren moeilijkheden worden opgelost.

BRUSANO en de CBCS, die zich er weldegelijk van bewust zijn dat de professionals en de organisaties momenteel onder druk staan, hebben in samenwerking met het CREBIS toch deze workshops willen organiseren, zodat de ervaring van het werkveld de drijvende kracht voor verandering zou kunnen zijn.

## CONCREET HOUDT DAT HET VOLGENDE IN

Van oktober tot januari zullen binnen de 5 woonzorgregio's verschillende initiatieven worden voorgesteld: een opendeurdag een focusgroep (4 vergaderingen) en een enquête (online).

Voor jullie, de sociale en gezondheidswerkers, is deze workshop een gelegenheid om meer inzicht te verwerven in de belangen van een sociale en gezondheidsorganisatie die gebaseerd is binnen een grondgebied, en ook in sleutelconcepten zoals integratie, toegankelijkheid en continuïteit en hoe deze kunnen worden geconcretiseerd op schaal van de woonzorgregio. Maar ook en vooral om samen te werken om de funderingen van de woonzorgregio te leggen, informatie en kennis over lokale diensten of projecten te delen, samen de actieprioriteiten voor de woonzorgregio te definiëren.

Je bijdragen zullen gaandeweg in aanmerking worden genomen en geanalyseerd om elke fase te voeden. Zij zullen de kern vormen van een operationeel verslag met concrete acties en de nodige middelen voor de uitvoering en de planning van die acties.

# RONDLEIDING

Déroulement de l'activité :

1. Algemene inleiding en uitleg van het proces
2. Uitleg van de **verklarende panelen**
3. Rondlopen en vragen over de verklarende panelen
4. Uitleg van de **participatieve panelen**
5. Verzameling van voorstellen over de participatieve panelen
6. Conclusie en slotopmerkingen

# PANELEN



## Vaststellingen en uitdagingen

**Uitdagingen binnen de zorg, de hulpverlening en de begeleiding in Brussel**



**Gecomplieerde trajecten, een gemeenschappelijk aanbod**



*Uitdaging: "Aanpakken van de problemen van de voorbije jaren door de overname van verantwoordelijkheid en bevoegdheid van mensen met een beperking en hun gezamenlijke inzet om de organisatie van zorg, begeleiding en begeleiding."*

**Een territoriale aanpak van hulp- en zorgverlening, van wijk tot district, van op verschillende niveaus met bijdragen tot de verbetering van dit aanbod**

**KENNEN**

De problemen en concrete behoeften van de bevolking van een gebied beter identificeren en kennen

De formele en informele **hulpbronnen** (municipaliteit, buurts, gemeentebesturen, hulpverleners) op een **terrein kennen** en met elkaar in contact brengen

**VERBINDEN**

De interesse en bijdragen van professionals van verschillende sectoren (zorg, begeleiding, overname) **ontwikkelen**

De professionals van de **hulp- en zorgverlening** samen in contact brengen met de **opdraken binnen het domein van gemeentelijke begeleiding en preventie**

De zorg en hulp van een betere **coördinatie** en begeleiding tussen de verschillende diensten en de verschillende professionals

**DICHTERBIJ BRENGEN**

De diensten **dichterbij** brengen en dus **toegankelijker** maken

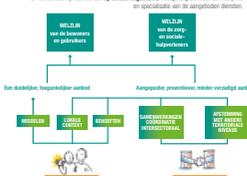


## Territoriale benadering (i)

**Wat is een territoriale organisatie?**

Het aanbod vertrokken van de behoeften van mensen in een gebied gebaseerd op een **specifiek en passend aanbod** van hulp, zorg en begeleiding op verschillende raadschijven van uit te werken.

De missie kunnen de wijk, de gemeente, een privé aanbieder gebaseerd op een "voorzorging" of het district zijn. De wijk is op **elkaar afgevoerd** naar gelang de mate van stabiliteit en specialiteit van de aangeboden diensten.



**Een territoriale benadering ontwikkelen: welke uitdagingen?**

Het aanbod organiseren op een territoriale basis creëert bepaalde opportuurnheden:

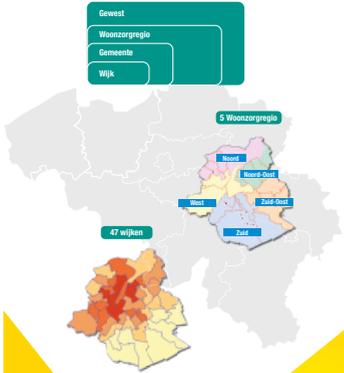
- Het aanbod **duidelijk** maken
- De organisatievormen organiseren en zorgen voor een betere coördinatie van de begeleiding
- Aan uitkomsten weten en de verdeling van de diensten beperken
- De territoriale en sectorale logica's op elkaar afstemmen

Maar moet ook oppassen op:

- Hoe kunnen we gebruik maken van wat al bestaat en vermijden dat we "lagere benoemen" aan een systeem dat al bestaat is?
- Hoe kunnen we de mobiliteit van de mensen binnen het grondgebied en de vrije keuze van de patiënt respecteren?
- Hoe kunnen we deze benadering samen uitbouwen? Hoe moeten we binnen de verschillende territoriale missies beslissingen nemen en behoeven?
- Welke plaats moeten professionals en burgers krijgen in de opbouw van deze voorzorging?

**Territoriale benadering (2)**

**Wat zou dit opleveren in Brussel?**



**Toegang/toegankelijkheid**

**Toegankelijkheid / toegang tot zorg, begeleiding en rechten**

De toegang tot rechten en zorg- en begeleidingsverlening hangt af van de middelen van de gebruikers en de toegankelijkheid die de diensten hiervoor opzet. Mensen en een beroep op sociale kunnen deze toegankelijkheid heeft een betrekking op de toegangsproblemen - met andere woorden op de voorwaarden die de toegang vergemakkelijken - terwijl toegang betrekking heeft op de huidige toegang die beschikbaar is aan de gebruikers van diensten. De beschikbaarheid van het aanbod is geen garantie voor de toegang. Er zijn heel wat obstakels.

**Wat betekent de toegang tot rechten, tot hulp- en zorgverlening vergemakkelijken?**

Dat betekent het aanbod aan hulp- en zorgverlening zodanig organiseren dat elke persoon op het Brussels grondgebied zilveraar vraag kanbaar kan maken en een passend antwoord op zilveraar behoeften kan krijgen van sociale en gezondheidsdiensten en services. Dit verantwoordt onder andere een betere coördinatie van het aanbod voor de professionals en de burgers, voldoende of goede informatie, middelen voor de coördinatie, de informatie en begeleiding voor de juiste dienst.

Voor de specifieke doelgroepen die behoeften hebben, maar moeite hebben om ze te maken of te krijgen die zich verstrekt van het aanbod bevinden, verantwoordt dit ook een vermenigvuldiging van de diensten die werken volgens een logica van 'gaan naar' en 'over het algemeen, een beroep van de toegangsorganisatoren.

- Voor een gemakkelijker toegang tot rechten, hulp- en zorgverlening kunnen we bijvoorbeeld:
  - De behoeften binnen het grondgebied analyseren om het dienstenaanbod te beter op te stellen.
  - De informatie over het beschikbare aanbod verbeteren (actualiseren en versimpelen van de informatie, taalruimte, toegankelijkheid).
  - Het aanbod verbeteren (bijvoorbeeld een fysiek aanbod, verbetering van de organisatie, gebruik van taal etc.)
  - Een betere begeleiding van dienst naar dienst mogelijk maken
  - De middelen voor de toegang verbeteren, of die van administratieve of regelgevende aard zijn.

**De toegang verbeteren: welke operationele uitdagingen?**

Om de toegang van de burgers tot de hulp- en zorgverlening te vergemakkelijken, zijn oplossingen nodig voor een aantal cruciale problemen:
 

- Hoe kunnen we de toegangsproblemen voor iedereen verlichten en de effectiviteit van de verschillende toegangsorganisatoren voor diensten, ondersteuning en rechten verbeteren?
- Hoe kunnen we de verduidelijking van de diensten verbeteren?
- Wat kan en is de praktijk binnen de diensten verbeterd en de toegang te verbeteren, met name om cruciale problemen te adresseren om 'gaan naar' te bevorderen?



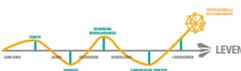
**Continuïteit**

**Wat is dat, de continuïteit vergemakkelijken?**

Dat betekent de hulp- en zorgverlening zodanig organiseren dat de toegangsopzet op een coherent en ononderbroken manier worden begeleid, ongeacht de overgangen die zij doormaken. Het is de behouding en ondersteuning van de begeleiding, welke van rechts af afbreuk van de zorg te voorkomen, en te zorgen voor een vlotte overgang van de ene status of fase naar de andere. Dat houdt op de relatieve rekening van een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid voor de behoeften van het individu, gedurende zijn hele leven.

De continuïteit van de hulp- en zorgverlening garanderen betekent de overgangen die mensen ervaren te goed mogelijk maken, ongeacht of daar het gewenst is om een overgang:
 

- Van status (scholing, werk verlaten, verlaten van de gezinskring etc.)
- Van grondgebied (verhuisd)
- Van verantwoordelijke diensten (tussen sectoren, tussen ambulant en residentieel, tussen een algemene en gespecialiseerde dienst etc.)



**De continuïteit garanderen: welke uitdagingen?**

- Om onderbrekingen te voorkomen zijn volgende zaken noodzakelijk:
  - Plaatzen voor permanente overleg omvattingen
  - Overeenstemming bereiken voor de toegangsbehoefden en verantwoordelijkheden van elke organisatie
  - De doelen en normen van de betrokken partijen op hetzelfde grondgebied hebben
  - ...



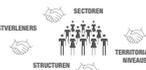
**Geïntegreerde welzijns- en gezondheidsorganisatie**

**Wat is dat?**

Geïntegreerde organisatie van diensten in dienst van de doel van de continent van de zorg, hulpverlening en begeleiding van de mensen te garanderen, zodat zij hun leven lang een bestaan van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn kunnen behouden of bereiken.

- Waarom?
  - De toegang tot de verschillende diensten bevorderen.
  - De complementariteit van de expertise onderbouwen
  - Zorgen voor een groot en verantwoordelijkheidsgevoel van de bevolking

Wie? Deze organisatie voorziet tools, functies en aanpakbare mechanismen voor integratie tussen sectoren, dienstverleners, structuren, territoriale niveaus.



**Diensten, middelen en opvolgingen integreren: welke uitdagingen?**

- Om onderbrekingen te voorkomen en het werk van alle actoren binnen de sociale zorg en de gezondheidszorg beter te integreren, moet een reeks vragen:
  - Hoe kunnen we de territoriale en sectorale logica's op elkaar afstemmen?
  - Hoe kunnen we de verschillende, veldorganisaties, verschillende actoren beter samen optrekken, verenigen en afschakelen met elkaar verzoenen?
  - Hoe kunnen we wat al bestaat koppelen aan een nieuwe organisatie? Wat behouden we, wat veranderen we?
  - Hoe begeleiden we mensen tussen de grondgebieden en de verschillende dienstverleners of -ruimtes?

**VERANDER ATELIER DU CHANGEMENT**

## Toegang/toegankelijkheid



**Actievoorzitter:**

- De zichtbaarheid van het aanbod verbeteren, met inbegrip van zichtbare bewegwijzering in de gebouwen waar zich diensten bevinden, communicatiekanalen enz.
- De toegankelijkheid van de diensten verbeteren: tijdige openinguren, meerzijdig aanbod, zichtbaarheid van de tarieven enz.
- Inclusieve praktijken bevorderen door de toegangsproblemen te verhelpen en door het aspect 'gaan naar' of 'afrachting' te bevorderen.
- Organiseren van een beoordeling van de behoeften, in samenwerking met de wijken en het Gewest.
- De identiteit ontfermen van een minimaal sociaal/gezondheidszorg in de wijken en de afstemming ervan op de prioriteiten van het aanbod op niveau van de woonwijk en het Gewest.

**Nu is het aan u**

Welke ingrediënten zijn nodig om de toegang/toegankelijkheid aan te dragen te verbeteren? Wat maakt het mogelijk om een verband te leggen, een gemeenschappelijke organisatie te vormen met andere structuren of spelers?

- Bestaande actie, overdraagbaar op een ruimter publiek of gebied?
- Als u kon bevesten, welke actie zou u graag ontwikkelen?



**VERANDER ATELIER DU CHANGEMENT**

## Continuïteit



**Actievoorzitter:**

- Plaatsen van permanent overleg creëren of ontwikkelen voor alle spelers van de sociale en gezondheidszorg.
- Overeenstemming bereiken over bevoegdheidsgebieden en verantwoordelijkheden van elke organisatie.
- Doelen van samenwerking door co-hermitie te vergemakkelijken en de doostroming tussen diensten te verbeteren.
- Mobiele teams ontwikkelen (geestelijke gezondheidszorg, palliatieve zorg, case manager enz.) om aan de behoeften in de wijken te voldoen.
- Organiseren van: (a) samenwerking met samenwerkingsverbanden tussen verschillende sociale/gezondheidsdiensten en residentieel diensten (woningzorg, PHRV, initiatief van lokale wijk enz.) te definiëren.

**Nu is het aan u**

Welke ingrediënten zijn nodig om de continuïteit van de begeleiding van mensen te verbeteren? Wat maakt het mogelijk om een verband te leggen, een gemeenschappelijke organisatie te vormen met andere structuren of spelers?

- Bestaande actie, overdraagbaar op een ruimter publiek of gebied?
- Als u kon bevesten, welke actie zou u graag ontwikkelen?

Verstavingen Cardiovasculaire ziekten DIABETES  
 hiv/aids  
 Depressie Multiple Sclerose COPD  
 Psychische aandoeningen  
 Kanker CHRONISCHE  
 URN-OUT Intrafamiliaal geweld Schudde WISSEL  
 Incontinentie Dakloosheid TOEGANG TOT RECHTEN  
 KLEINE WONING, JUNKFOOD  
 Sociale UITSLUITING, ANALFABETISME



**VERANDER ATELIER DU CHANGEMENT**

## Geïntegreerde welzijns- en gezondheidsorganisatie



**Actievoorzitter:**

- De in de woonwijk aanwezige spelers en praktijken in kaart brengen.
- Mensuren van interactie van professionele en structuren organiseren om de onderlinge kennis en samenwerking tussen verschillende kernen en praktijken aan te moedigen.
- De ontwikkeling van praktijkgemeenschappen ondersteunen. Dit zijn lokale interdisciplinaire en intersectorale groepen van 2 tot meerdere die gezamenlijk zijn in de afstemming van een onderling verbindende functie in de sociale en gezondheidszorg.
- De afstemming met de lokale spelers en de de centraliteit van de organisatie te versterken met het inzicht van de woonwijkse toegankelijkheid (LHSC-wijkbeheer, wijkeenheden (PAC) enz.).
- Bevorderen van de eerste lijn ontwikkeling van goede praktijken, permanente opleiding, onderzoek, evaluatie.

**Nu is het aan u**

Welke ingrediënten zijn nodig om de geïntegreerde welzijns- en gezondheidsorganisatie te verbeteren? Wat maakt het mogelijk om een verband te leggen, een gemeenschappelijke organisatie te vormen met andere structuren of spelers?

- Bestaande actie, overdraagbaar op een ruimter publiek of gebied?
- Als u kon bevesten, welke actie zou u graag ontwikkelen?




# LEVENSVERRHALEN

## Illustratie van de problematiek aan de hand van concrete situaties die Brusselaars ervaren.

### RICARDA (toegang)

*Ricarda is een 27-jarige vrouw uit Ecuador. Ze is een alleenstaande moeder van drie kinderen. Ze woont al enkele jaren in Brussel maar spreekt niet goed Frans of Nederlands. Ze werkt als schoonmaakster.*

*Ricarda heeft een beëdigde vertaling nodig van haar geboorteakte, die in het Spaans is. Ze ging op eigen initiatief naar de gemeente, denkend dat ze een officiële vertaaldienst zou vinden. De gemeente verwees haar echter naar het gerechtshof.*

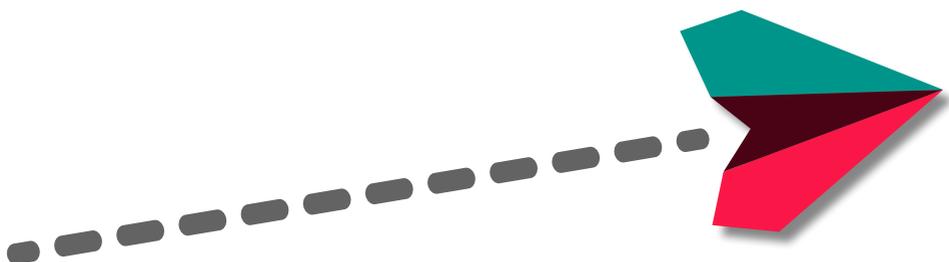
*Ze aarzelde om naar het gerechtsgebouw te gaan, bang dat haar papieren niet in orde waren en bovendien heeft ze een schuldenprobleem. Zij ging er toch, maar het was nog steeds niet de juiste plaats voor de vertaling dienst. Met dezelfde angsten in gedachten overwoog ze naar het OCMW te gaan, maar gaf het uiteindelijk op.*

*In de Spaanstalige gemeenschap hoorde ze over een Spaanstalige maatschappelijk werker in een vereniging. Ze was vaak langs deze plaats,*

*deze vereniging, gekomen, maar wist niet welke diensten ze aanboden, noch dat men er Spaans sprak. Ze ging naar de vereniging, maar de Spaanstalige maatschappelijk werker was op dat moment niet beschikbaar en kon haar pas twee weken later een afspraak aanbieden.*

*De dag voor haar afspraak ontving Ricarda een brief van de belastingdienst met het verzoek binnen 48 uur te betalen. Ze zei ook dat het PMS-centrum van de school contact met haar had opgenomen om te praten over het overgewicht van haar zoon. De maatschappelijk werker realiseert zich dat Ricarda een aantal problemen heeft (papierwerk, schulden, geen toegang tot gezond voedsel, enz.), dat ze niet weet dat ze hulp kan krijgen en dat ze nog nooit bij een sociale dienst is geweest. Ze beseft ook dat Ricarda verlegen en wantrouwend is tegenover al deze vormen van hulp.*

*Ricarda heeft een salaris van 1.600 euro uit haar baan als schoonmaakster en heeft dus geen recht op het OCMW. De maatschappelijk werker belt het belastingkantoor om uitstel van betaling aan te vragen en bespreekt met Ricarda de verschillende papieren die zij met haar moet invullen. Maar ze weet niet bij wie Ricarda terecht kan voor de andere problemen.*





## MARTIN (continuïteit)

*Martin, 59, zit in voorarrest na huiselijk geweld. In de gevangenis ontmoet hij een sociale dienst die zijn eerste dringende verzoeken beantwoordt. Hij werd na 3 maanden vrijgelaten, met een lijst van justitiële voorwaarden waaraan hij zich moest houden. Martin heeft moeite om zich te verplaatsen vanwege zijn rugproblemen en loopt op krukken. Hij belde de sociale dienst die hij in de gevangenis had ontmoet om hulp te vragen.*

*Hij ging per taxi naar zijn huis en ontdekte dat de eigenaar het slot had laten veranderen. Hij heeft alleen genoeg geld om een nacht in een hotel te betalen. De volgende nacht kan hij nergens slapen, dus gaat hij naar het ziekenhuis. Hij brengt er de nacht door en vertelt het personeel dat hij zich in het kanaal wil gooien, omdat hij alles verloren heeft.*

*Een werker van de sociale dienst, naar wie hij had gebeld, treft hem dronken in een bar aan, waarbij hij zich niet aan zijn justitiële voorwaarden houdt. Voor Martin's veiligheid belt de maatschappelijk werker de politie. Martin zegt dat hij beter af is in de gevangenis dan op straat, de sociale werker denkt ook dat zij zijn vrijlating beter kunnen voorbereiden.*

*Aangezien er nog geen gerechtsmedewerker is aangewezen en zijn justitiële voorwaarden niet bekend zijn bij de politie, wordt hij twee uur later vrijgelaten en staat hij weer op straat.*

*De volgende dag onderhandelt de sociale dienst over een plaats in een noodcentrum, omdat er geen plaatsen zijn in een opvangcentrum. Hij kan daar het hele weekend blijven omdat een woonzorgcentrum ermee instemde hem maandag te ontmoeten.*

*De sociale dienst neemt contact op met de huisarts van Martin om hem te informeren en hem te vragen zijn medische gegevens door te geven aan het woonzorgcentrum. Tien dagen later krijgt de arts het medisch dossier van de gevangenis. Wanneer Martin vertrekt uit het woonzorgcentrum is een ziekenhuisverblijf georganiseerd, met fysiotherapeutische ondersteuning.*

*Na zijn gevangenisstraf heeft Martin zijn werkloosheidsuitkering verloren. De sociale dienst helpt hem om een afspraak te krijgen met het OCMW, waar ze een overeenkomst verkrijgen om de kosten van de woning te dekken, in afwachting van zijn regularisatie van de werkloosheid.*

*Het woonzorgcentrum eist betaling van de verblijfskosten voor twee maanden, maar tevergeefs. Aangezien Martin in een woonzorgcentrum verbleef, is de bejaardendienst van het OCMW verantwoordelijk geworden. Martin moet teruggaan en documenten ondertekenen, anders zou het OCMW zich na een paar dagen onbevoegd verklaren.*

*Na drie maanden is Martin eindelijk in orde bij RVA en ontvangt hij de achterstallige uitkeringen sinds de dag dat hij uit de gevangenis is vrijgelaten. Maar hij geeft het allemaal uit en gaat niet naar het OCMW om de documenten te ondertekenen. Twee weken later pleegt hij zelfmoord in een hotel.*



## SIMONE (geïntegreerde organisatie)

Simone, een 83-jarige weduwe, woont alleen in een studio op de derde verdieping, zonder lift. Zij komt uit Brussel en spreekt voornamelijk Vlaams, maar kan zich redden in het Frans. Haar twee zonen wonen aan de kust, maar zij kan daar niet alleen komen en ziet hen zelden. Haar burens doen kleine boodschappen voor haar, maar het contact is vluchtig. Een vrijwilliger brengt haar twee keer per week naar het lokale dienstencentrum (LDC) voor een warme maaltijd en naar de kaartclub.

Haar gezondheid gaat achteruit, ze heeft geheugenproblemen, heeft moeite met slikken, verliest gemakkelijk haar evenwicht. Na een val belandt ze in het ziekenhuis. Naar huis gaan is niet gemakkelijk, maar het ziekenhuis kan haar niet houden. Dus regelen ze dat ze naar huis wordt vervoerd.

Sinds haar val heeft ze moeite zich te verplaatsen. Maar dankzij de vrijwilliger gaat ze nog steeds één keer per maand naar het lokale dienstencentrum. Ze kan niet meer zelf koken en is fysiek niet in staat haar medicijnen te gaan halen. Ze weet niet tot wie ze zich moet wenden voor steun in het dagelijks leven: haar kinderen zijn te ver weg om regelmatig voor haar te zorgen en ze durft haar burens, die net een baby hebben gekregen, niet te storen.

Wanhopig en alleen belt ze de huisarts die haar lichamelijke conditie en de situatie komt controleren. Hij verwijst de patiënte naar andere diensten die haar verschillende problemen kunnen aanpakken, maar zij volgt zijn suggesties niet op.

Het lokale dienstencentrum is bezorgd dat ze haar niet meer zien en geen nieuws krijgen. Dus besluiten ze een overleg te houden met Simone, haar zonen, de huisarts, de maatschappelijk werker, de geriater en de ergotherapeut van het ziekenhuis, de thuiszorg, een thuisverpleegkundige, de coördinator van het lokale dienstencentrum en de zorgcoördinator om samen oplossingen te vinden voor gedeelde zorg.

## CONTACT

[www.verander-atelier-changement.brussels](http://www.verander-atelier-changement.brussels)

 +32 2 880 29 80

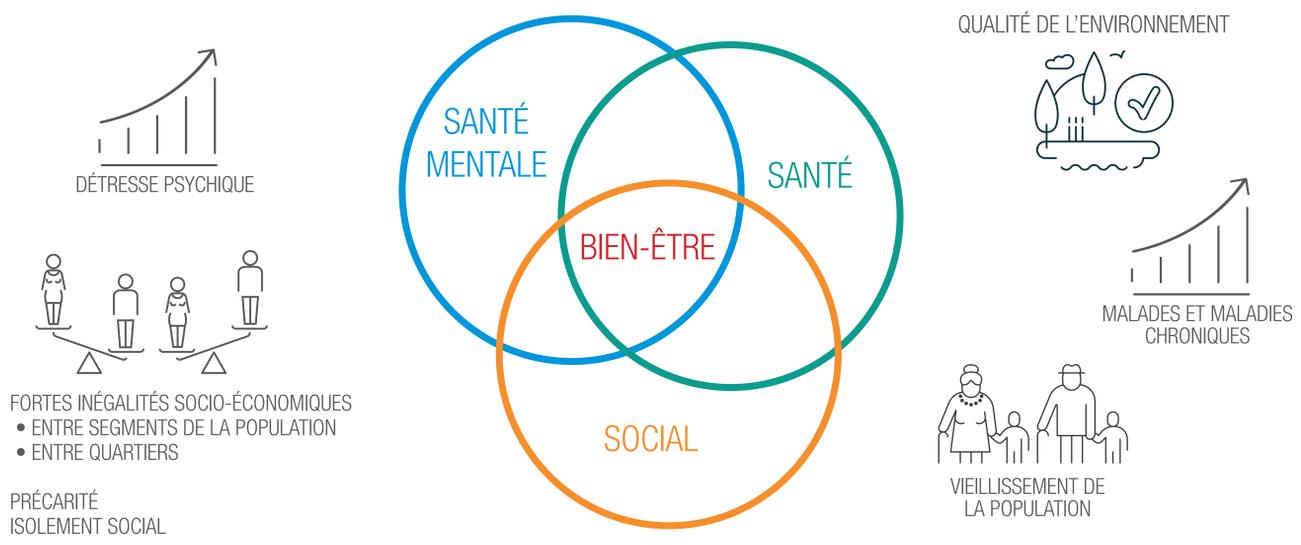
Gaétane Thirion, Brusano vzw: [Gaetane.thirion@brusano.brussels](mailto:Gaetane.thirion@brusano.brussels)  
Karine Boussart, CBCS vzw: [kboussart@cbcs.irisnet.be](mailto:kboussart@cbcs.irisnet.be)

Een initiatief van de vzw Brusano [[www.brusano.brussels](http://www.brusano.brussels)] en CBCS [[www.cbcs.be](http://www.cbcs.be)]  
In samenwerking met Crebis, en met de steun van de GGC



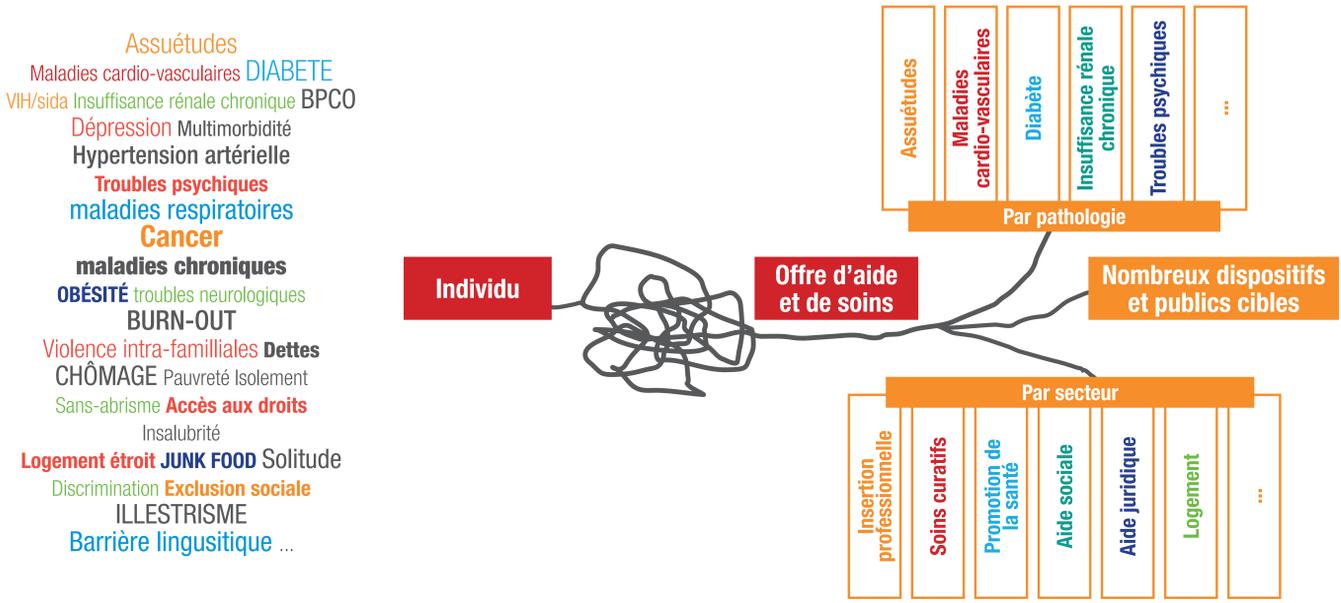
# Constats et enjeux

## Enjeux des soins, de l'aide et de l'accompagnement à Bruxelles



Problématiques sociales, culturelles, de santé physique et de santé mentale s'entremêlent et complexifient les situations vécues et les parcours. Basée sur une organisation sectorielle, l'offre actuelle d'aide et de soins peine à proposer des solutions adéquates à ces défis.

## Parcours intriqués, offre segmentée



Enjeu = Ajuster les modes de fonctionnement à la très grande variété des conditions et besoins des personnes tout en gardant une cohérence d'ensemble pour l'organisation des soins, de l'aide et de l'accompagnement.

**Une approche territoriale de l'aide et des soins, du quartier à la Région, peut contribuer à améliorer cette offre de multiples façons :**

## CONNAÎTRE



Mieux **identifier** et connaître les problèmes et les besoins **concrets** des habitants d'une zone

Mieux **connaître** et **lier** les ressources formelles et informelles (aidants proches, voisins, services communaux, commerçants ...)

## RELIER



**Coordonner** plus étroitement les interventions et les apports des professionnels des différents secteurs (intersectoralité)

Lier plus étroitement les professionnels de l'aide et des **soins aux acteurs de la promotion de la santé et de la prévention**

Ainsi **assurer une meilleure continuité** de l'accompagnement entre les différents services et les différents niveaux de spécialisation

## RAPPROCHER



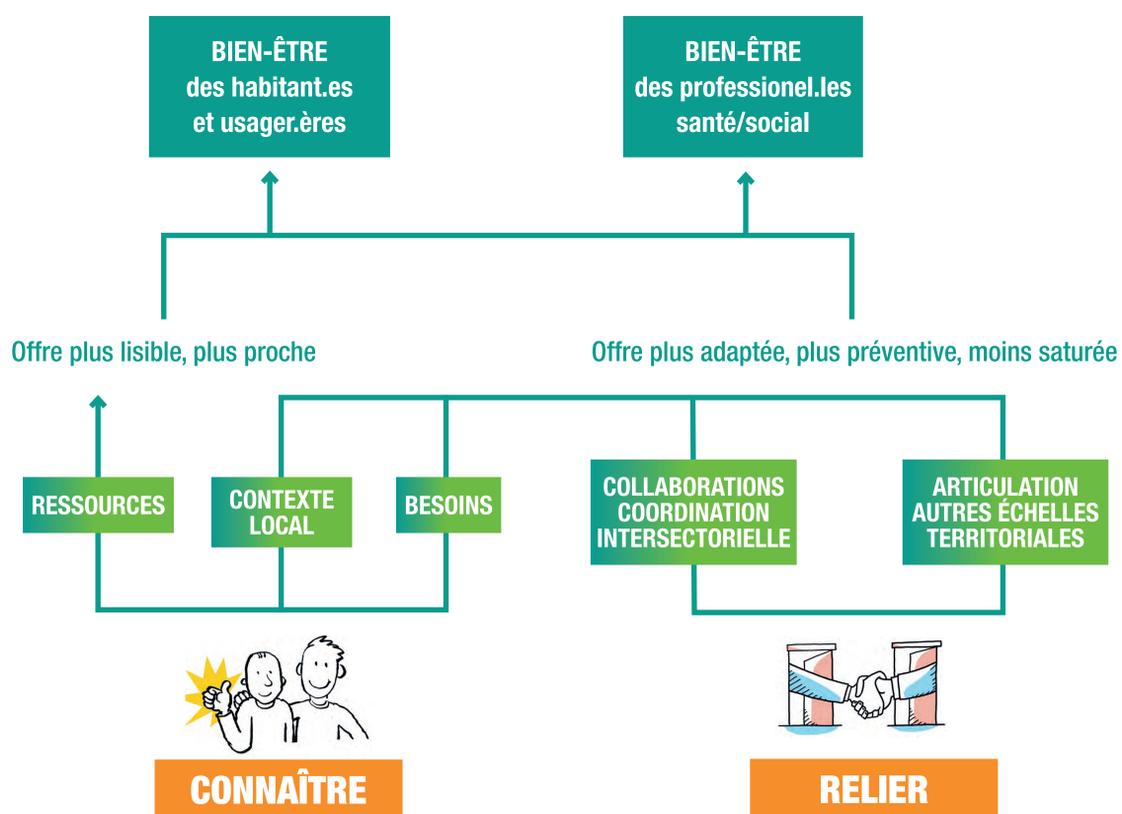
Rendre les services plus **proches**, donc plus **accessibles**

## Approche territoriale (1)

### C'est quoi une organisation territoriale ?

C'est partir des besoins des personnes sur un territoire donné pour construire une **offre articulée et appropriée** d'aide, de soins et d'accompagnement à différents niveaux de proximité.

Ces niveaux peuvent être le quartier, la commune, une zone urbaine plus large comme un « bassin de vie », la région. Ils **s'articulent les uns aux autres** selon le degré de proximité et de spécialité des services offerts.



### Développer une approche territoriale : quels enjeux ?

Organiser l'offre sur une base territoriale ouvre certaines opportunités :

- Apporter de la lisibilité dans l'offre,
- Augmenter l'accessibilité et assurer une meilleure continuité d'accompagnement,
- Gagner en efficacité et réduire la saturation des services,
- Articuler les logiques territoriales et sectorielles,

Mais pose aussi des questions :

- Comment utiliser l'existant et éviter de « rajouter des couches » à un système déjà complexe ?
- Comment respecter la mobilité des personnes sur le territoire et le libre choix du patient ?
- Comment construire ensemble cette approche ? Comment gérer et prendre les décisions au sein des différentes échelles territoriales ?
- Quelle place accorder aux professionnels et aux citoyens dans la construction de ces dispositifs ?
- ...

## Approche territoriale (2)

A Bruxelles, ça donnerait quoi ?

Région

Bassin

Commune

Quartier

5 bassins

Nord

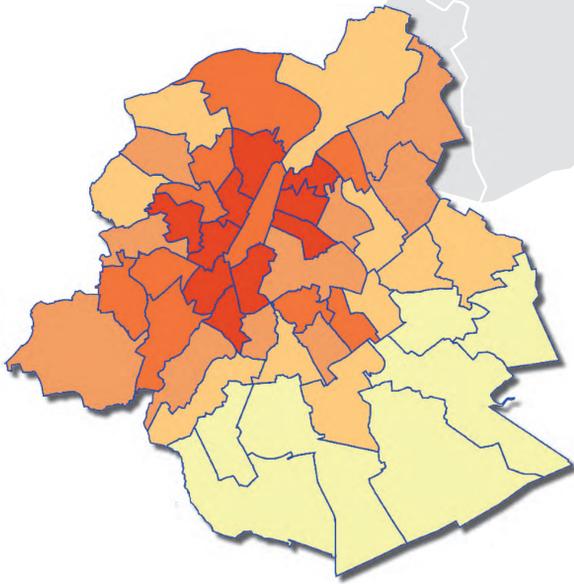
Nord-Est

Ouest

Sud-Est

47 quartiers

Sud



### Accessibilité / accès aux soins, à l'accompagnement et aux droits

L'accès aux droits et services de soins et d'accompagnement dépend à la fois des ressources des usagers et de l'accessibilité que les services ménagent pour permettre aux personnes de faire appel à eux. Ainsi, l'accessibilité renvoie aux *possibilités* d'accès – soit aux conditions réunies pour favoriser l'accès - tandis que l'accès fait référence à l'accès réel, qui se produit effectivement, et que l'on peut observer. L'accès n'est pas garanti avec la disponibilité de l'offre. Un grand nombre de barrières diverses existent.

### C'est quoi faciliter l'accès aux droits, à l'aide et aux soins ?

C'est organiser l'offre d'aide et de soins de telle façon que toute personne sur le territoire bruxellois puisse exprimer sa demande et recevoir une réponse adéquate à ses besoins de la part des services et professionnels social-santé. Cela suppose notamment une meilleure visibilité de l'offre pour les professionnels et les citoyens, une information complète et partagée, des moyens pour la coordination, l'orientation et l'accompagnement vers le service adéquat.

Pour les publics spécifiques qui ont des besoins mais éprouvent des difficultés à les exprimer ou qui sont plus éloignés de l'offre, cela suppose également de multiplier les services fonctionnant sur une logique d' « aller-vers » et, de façon générale, de diminuer les conditions d'accès.

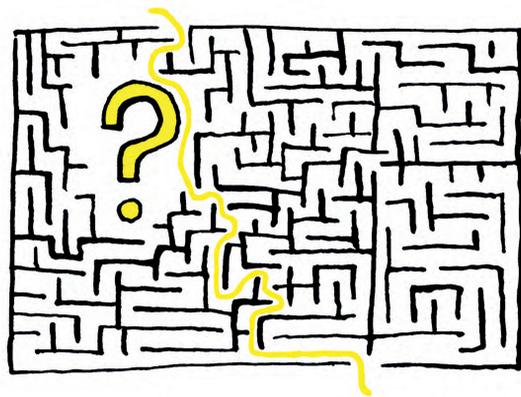
Pour rendre l'accès aux droits, à l'aide et aux soins plus facile, on peut, par exemple :

- Analyser les besoins sur le territoire pour y faire mieux correspondre l'offre de services,
- Améliorer l'information sur l'offre disponible (actualité et exhaustivité de l'information, niveau de langage, plurilinguisme)
- Améliorer l'accueil (maintien d'accueils physiques, amélioration des horaires, usage des langues, ...),
- Permettre un meilleur accompagnement de service en service,
- Réduire les barrières à l'accès, qu'elles soient administratives ou réglementaires,
- ...

### Améliorer l'accès : quels enjeux opérationnels ?

Faciliter l'accès des citoyens à l'offre d'aide et de soins impose de trouver des solutions à plusieurs problèmes cruciaux :

- Comment abaisser les seuils d'accès pour tous et réduire les effets des différentes conditions d'accès aux services, à l'aide et aux droits ?
- Comment réduire la saturation des services ?
- Que transformer pratiquement dans les services pour augmenter l'accès, notamment pour favoriser les pratiques inclusives et des façons d' « aller vers » ?
- ...

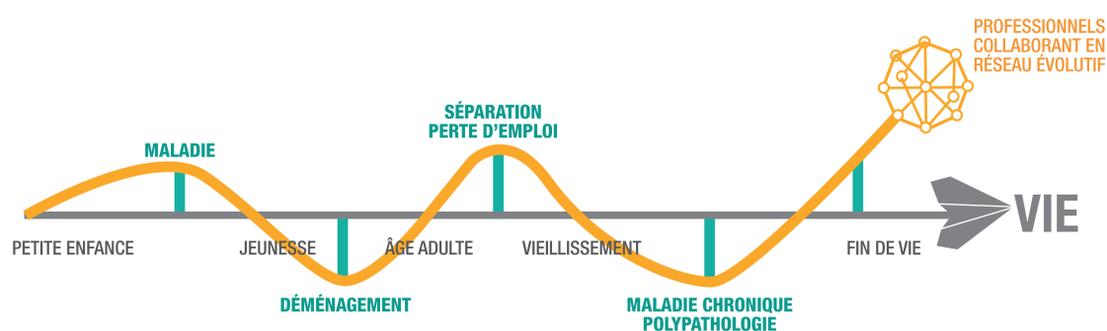


## C'est quoi faciliter la continuité ?

C'est organiser l'offre d'aide et de soins afin d'assurer au mieux un accompagnement des bénéficiaires de manière cohérente et ininterrompue quelles que soient les transitions vécues par ces derniers. Il s'agit d'éviter les ruptures d'accompagnement, les pertes de droits ou l'arrêt de soins et de garantir une fluidité lors du passage d'un statut ou d'un état à l'autre. Cela repose sur la reconnaissance collective d'une responsabilité commune face aux besoins de la personne tout au long de sa vie.

Assurer la continuité de l'aide et des soins c'est gérer au mieux les transitions vécues par les personnes, que ce soit du fait d'un changement :

- De statut (séparation, perte d'emploi, sortie de prison, ...),
- De territoire (déménagement),
- De services responsables (entre secteurs, entre ambulatoire et résidentiel, entre service généraliste et spécialisé, ...)



## Assurer la continuité : quels enjeux ?

Pour éviter les ruptures, il est nécessaire :

- De développer des lieux de concertation permanent,
- De s'accorder sur les zones de compétences et les responsabilités de chaque intervenant,
- De limiter les barrières et les conditions entre les acteurs impliqués sur le même territoire,
- ...



## Organisation social-santé intégrée

### C'est quoi ?

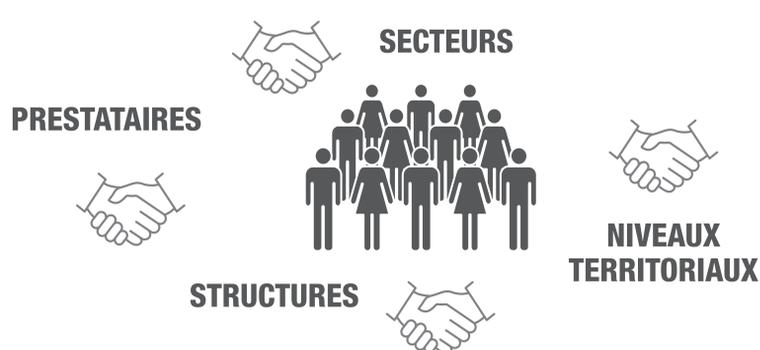
Organisation en commun des services et acteurs dans le but d'assurer une continuité de l'aide, des soins et de l'accompagnement des personnes, pour leur permettre de maintenir ou d'atteindre un état complet de bien-être physique, mental et social tout au long de la vie.

#### *Pourquoi ?*

- Favoriser l'accès aux différentes offres de services,
- Soutenir la complémentarité des expertises,
- Assurer une responsabilité populationnelle.

#### *Comment ?*

Cette organisation prévoit des outils, fonctions et mécanismes adaptatifs d'intégration entre secteurs, prestataires, structures, niveaux territoriaux.

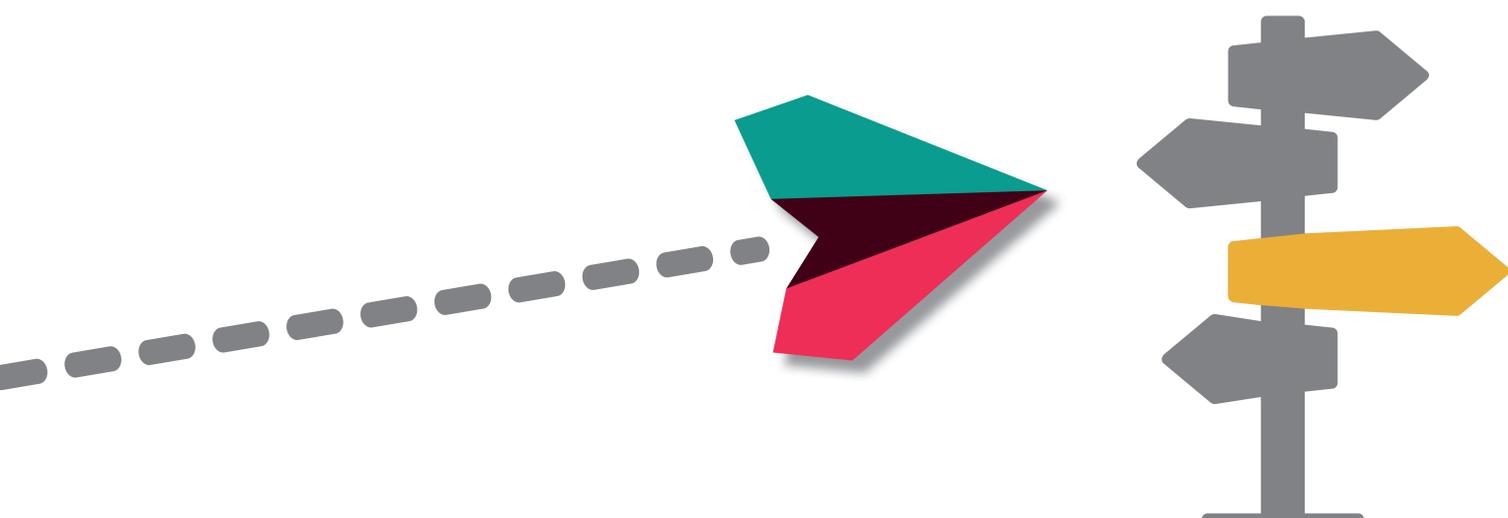


### Intégrer les services, les ressources et les suivis : quels enjeux ?

Un dispositif qui veut intégrer plus profondément l'action de tous les prestataires des secteurs de l'aide sociale et de la santé soulève une série de questions :

- Comment articuler logiques territoriales et sectorielles ?
- Comment concilier des cultures de travail, des référentiels, des logiques d'actions différentes, entre les acteurs publics, associatifs et indépendants ?
- Comment associer l'existant à une nouvelle organisation ? Que garder, que transformer ?
- Comment accompagner les personnes entre les territoires et les différentes lignes ou échelles de service ?
- ...

## Accès/accessibilité



### Propositions d'actions :

- Améliorer la visibilité de l'offre, notamment par une signalétique visible sur les bâtiments où se trouvent les services, des outils de communication, etc.
- Améliorer l'accessibilité des services : localisation, horaires d'ouverture, accueil multilingue, visibilité des tarifs, ...
- Favoriser les pratiques inclusives en abaissant les seuils d'accès et en développant l' « aller vers » ou « outreaching »
- Organiser une veille des besoins, en articulation avec les quartiers et la région
- Identifier les composantes d'une offre de base social/santé minimale dans les quartiers et son articulation avec les composantes de l'offre à l'échelle du bassin et de la région

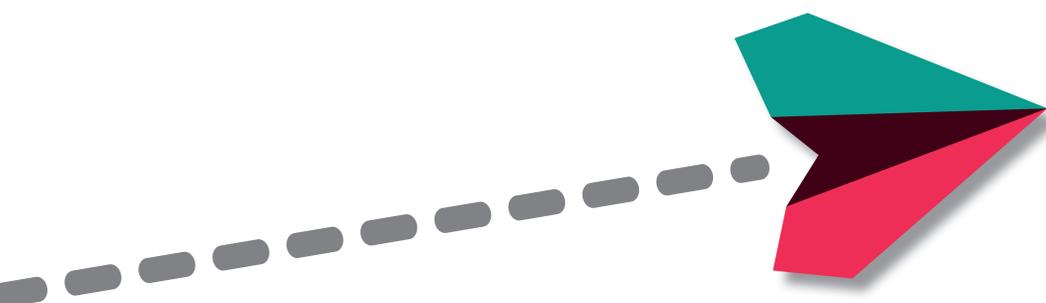
## A vous de jouer

Quels sont les ingrédients nécessaires pour améliorer l'accès/l'accessibilité des services ?  
Qu'est-ce qui permet de faire lien, d'avoir une organisation commune avec d'autres structures ou acteurs ?

- Action existante, transposable à un plus large public ou une zone plus étendue ?
- Baguette magique, action que vous rêveriez de pouvoir développer ?



## Continuité



### Propositions d'actions :

- Créer ou développer des lieux de concertation permanents pour l'ensemble des acteurs social-santé
- S'accorder sur les zones de compétences et responsabilités de chaque intervenant
- Partager des prises en charge via la facilitation de co-intervention et améliorer la perméabilité entre services
- Coordonner les équipes mobiles (santé mentale, soins palliatifs, case manager, ...) pour répondre aux besoins dans les quartiers
- Organiser des « concertations diapason » permettant de définir des accords de collaboration entre les services social/santé de première ligne et les services résidentiels (hôpitaux, MR/MRS, IHP,...)

## A vous de jouer

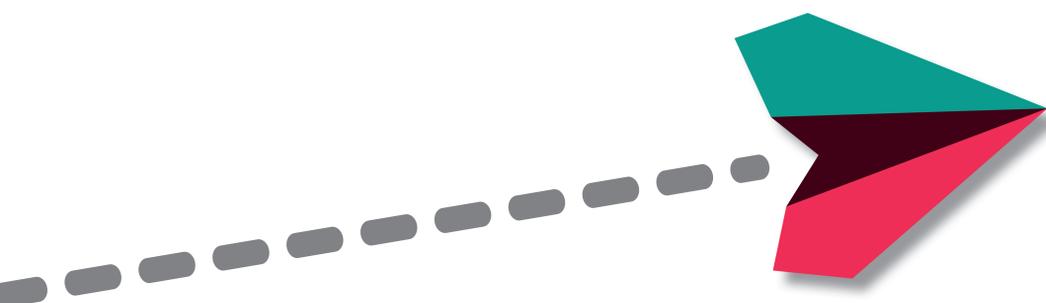
Quels sont les ingrédients nécessaires pour améliorer l'accès/l'accessibilité des services ?  
Qu'est-ce qui permet de faire lien, d'avoir une organisation commune avec d'autres structures ou acteurs ?

- Action existante, transposable à un plus large public ou une zone plus étendue ?
- Baguette magique, action que vous rêveriez de pouvoir développer ?



Assuétudes Maladies cardio-vasculaires **DIABETE**  
VIH/sida Insuffisance chronique **BPCO**  
Dépression Multimorbidité **Hypertension artérielle**  
**Troubles psychiques** Maladies respiratoires  
**GER** **maladies chroniques** **OBÉSITÉ** troubles neuromusculaires  
**PN-OUT** Violence intra-familiales **Dettes** CHRONIC  
Isolement Sans-abrisme **Accès aux droits**  
**JUNK FOOD** Solitude Discrimination  
**ANXIÉTÉ** **ESTRISME** Barrière linguistique

## Organisation social-santé intégrée



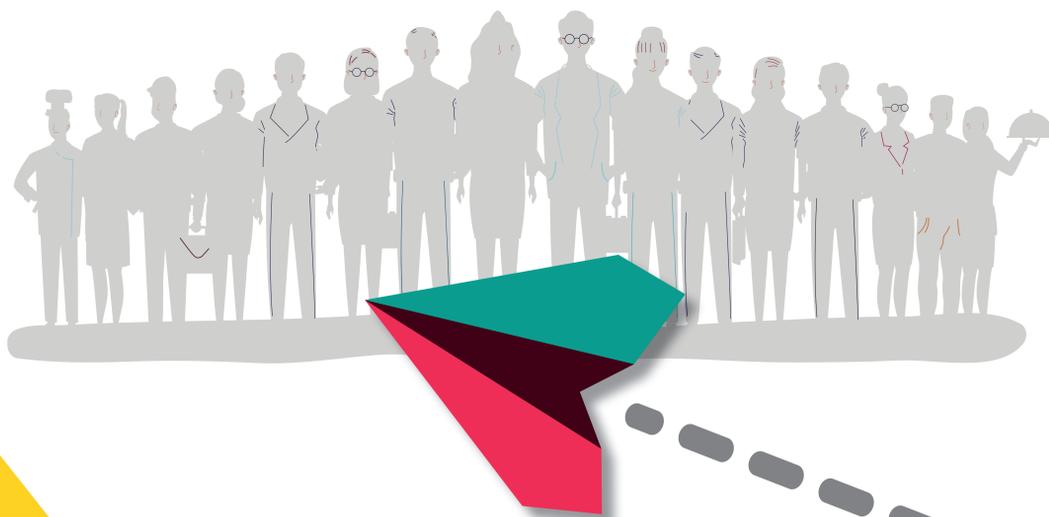
### Propositions d'actions :

- Réaliser une cartographie des acteurs et pratiques présentes sur le bassin
- Organiser des moments d'immersion entre professionnels et structures pour favoriser l'interconnaissance et la collaboration entre métiers et pratiques différentes
- Soutenir le développement des communautés de pratique, soit des groupes locaux interdisciplinaires et intersectoriels de 12 professionnels qui se reconnaissent dans la pratique spécifique d'une fonction d'accompagnement dans le champ social-santé
- Définir l'articulation des fonctions facilitant la coordination et l'orientation dans les quartiers avec l'échelle du bassin (référént de quartier CLSS, relais d'action quartier (RAQ), ...)
- Développer des points d'appui à la première ligne (diffusion de bonnes pratiques, formation continue, recherche, évaluation)

### A vous de jouer

Quels sont les ingrédients nécessaires pour améliorer l'accès/l'accessibilité des services ?  
Qu'est-ce qui permet de faire lien, d'avoir une organisation commune avec d'autres structures ou acteurs ?

- Action existante, transposable à un plus large public ou une zone plus étendue ?
- Baguette magique, action que vous rêveriez de pouvoir développer ?



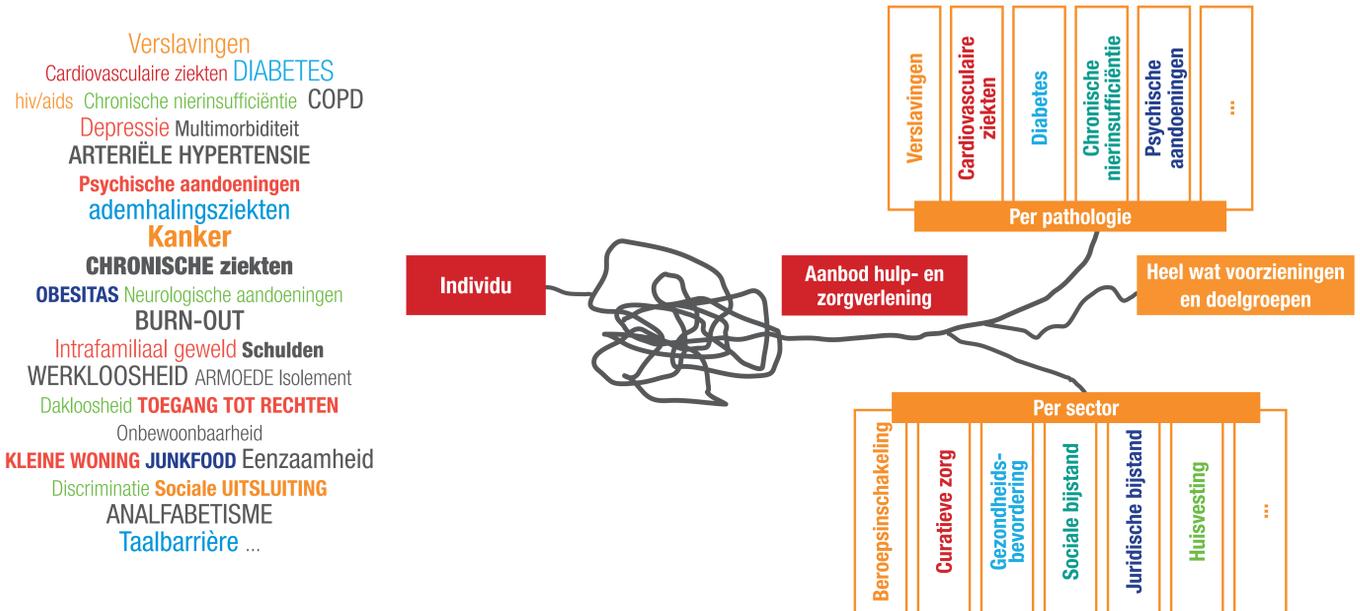
# Vaststellingen en uitdagingen

## Uitdagingen binnen de zorg, de hulpverlening en de begeleiding in Brussel



Sociale problemen, culturele problemen en lichamelijke en geestelijke gezondheidsproblemen zijn met elkaar verweven en maken de ervaren situaties en parcours complexer. Het huidige aanbod hulp- en zorgverlening, dat gebaseerd is op een sectorale organisatie, ondervindt moeilijkheden om passende oplossingen voor te stellen voor deze uitdagingen.

## Gecompliceerde trajecten, een gesegmenteerd aanbod



Uitdaging = Aanpassing van de werkwijzen aan de zeer uiteenlopende omstandigheden en behoeften van mensen, met behoud van een algemene samenhang binnen de organisatie van zorg, hulpverlening en begeleiding.

**Een territoriale aanpak van hulp- en zorgverlening, van wijk tot Gewest, kan op verschillende manieren mee bijdragen tot de verbetering van dit aanbod:**

### KENNEN



De problemen en concrete **behoeften** van de bewoners van een gebied beter identificeren en kennen

De formele en informele **hulpbronnen** (mantelzorgers, burens, gemeentediensten, handelaars enz.) beter **kennen** en **met elkaar in contact brengen**

### VERBINDEN



De interventies en bijdragen van professionals van verschillende sectoren (intersectoraliteit) nauwgezet **coördineren**

De professionals van de **hulp- en zorgverlening nauwer in contact brengen met de spelers binnen het domein van gezondheidsbevordering en preventie**

En zo **zorgen voor een betere continuïteit** van de begeleiding tussen de verschillende diensten en de verschillende specialisatieniveaus

### DICHTERBIJ BRENGEN



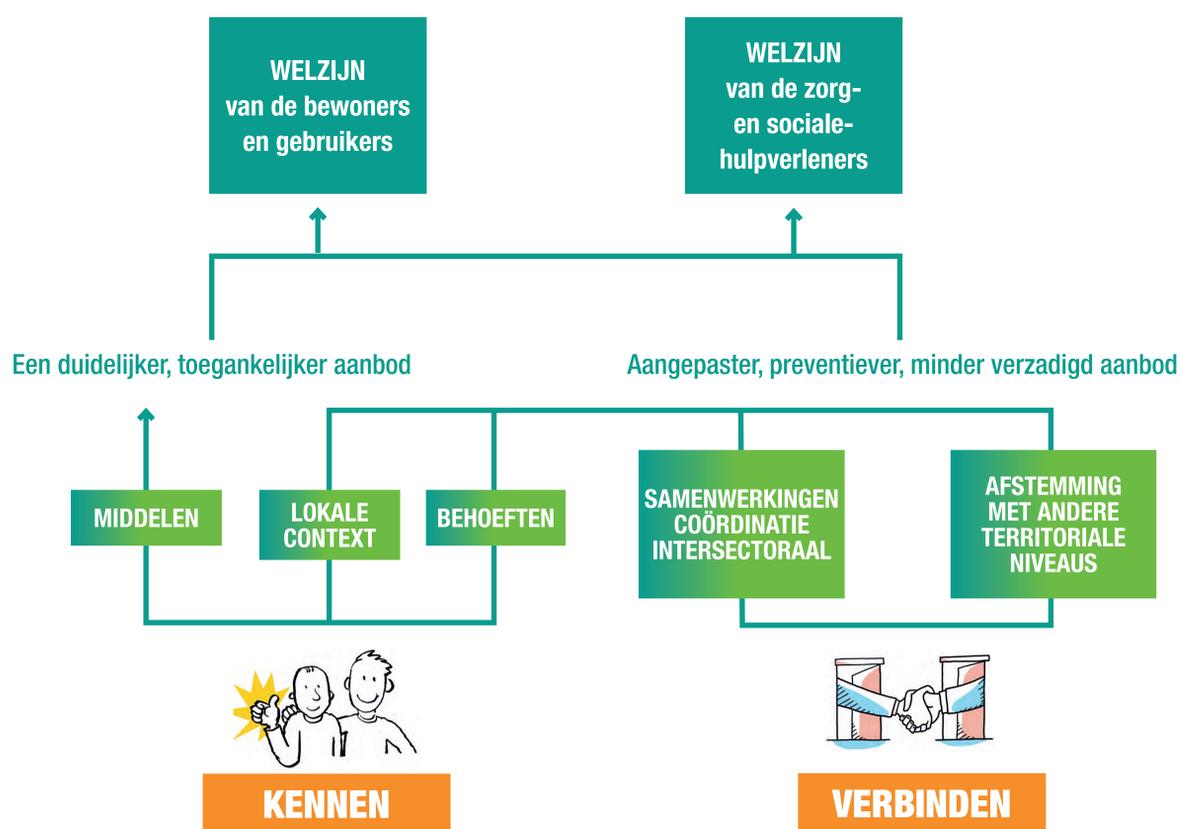
De diensten **dichterbij** brengen en dus **toegankelijker** maken

## Territoriale benadering (1)

### Wat is een territoriale organisatie?

Het betekent vertrekken van de **behoefden** van mensen in een bepaald gebied om **een specifiek en passend aanbod** van hulp, zorg en begeleiding op verschillende nabijheidsniveaus uit te werken.

Die niveaus kunnen de wijk, de gemeente, een groter stedelijk gebied zoals een 'woonzorgregio' of het Gewest zijn. Ze worden **op elkaar afgestemd** naargelang de mate van nabijheid en specialisatie van de aangeboden diensten.



### Een territoriale benadering ontwikkelen: welke uitdagingen?

Het aanbod organiseren op een territoriale basis creëert bepaalde opportuniteiten:

- Het aanbod duidelijker maken
- De toegankelijkheid vergroten en zorgen voor een betere continuïteit van de begeleiding
- Aan efficiëntie winnen en de verzadiging van de diensten beperken
- De territoriale en sectorale logica's op elkaar afstemmen

Maar roept ook vragen op:

- Hoe kunnen we gebruik maken van wat al bestaat en vermijden dat we 'lagen toevoegen' aan een systeem dat al complex is?
- Hoe kunnen we de mobiliteit van de mensen binnen het grondgebied en de vrije keuze van de patiënt respecteren?
- Hoe kunnen we deze benadering samen uitbouwen? Hoe moeten we binnen de verschillende territoriale niveaus beslissingen nemen en beheren?
- Welke plaats moeten professionals en burgers krijgen in de opbouw van deze voorzieningen?
- ...

## Territoriale benadering (2)

Wat zou dit opleveren in Brussel?

Gewest

Woonzorgregio

Gemeente

Wijk

5 Woonzorgregio

Noord

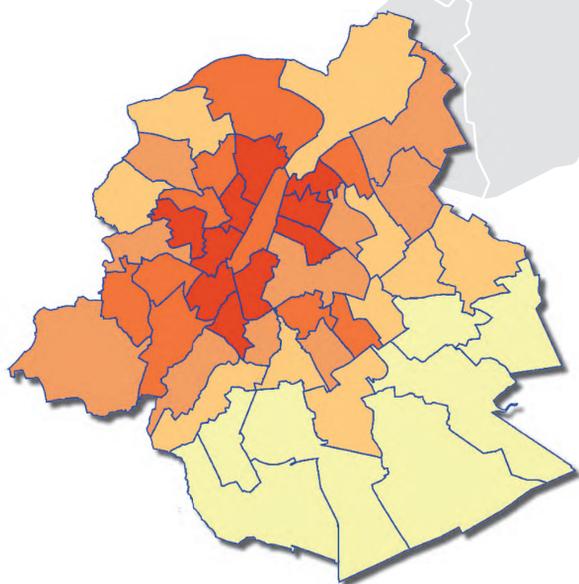
Noord-Oost

West

Zuid-Oost

47 wijken

Zuid



## Toegang/toegankelijkheid

### Toegankelijkheid / toegang tot zorg, begeleiding en rechten

De toegang tot rechten en zorg- en begeleidingsverlening hangt af van de middelen van de gebruikers en de toegankelijkheid die de diensten voorzien opdat mensen er een beroep op zouden kunnen doen. Toegankelijkheid heeft dus betrekking op de toegangsmogelijkheden – met andere woorden op de voorwaarden die de toegang vergemakkelijken – terwijl toegang betrekking heeft op de feitelijke toegang, die daadwerkelijk plaatsvindt en waargenomen kan worden. De beschikbaarheid van het aanbod is geen garantie voor de toegang. Er zijn heel wat obstakels.

### Wat betekent de toegang tot rechten, tot hulp- en zorgverlening vergemakkelijken?

Dat betekent het aanbod aan hulp- en zorgverlening zodanig organiseren dat elke persoon op het Brussels grondgebied zijn/haar vraag kenbaar kan maken en een passend antwoord op zijn/haar behoeften kan krijgen van sociale en gezondheidsdiensten en -werkers. Dat veronderstelt onder andere een betere zichtbaarheid van het aanbod voor de professionals en de burgers, volledige en gedeelde informatie, middelen voor de coördinatie, de oriëntatie en begeleiding naar de juiste dienst.

Voor de specifieke doelgroepen die behoeften hebben, maar moeite hebben om ze kenbaar te maken of die zich verder van het aanbod bevinden, veronderstelt dat ook een vermenigvuldiging van de diensten die werken volgens een logica van 'gaan naar' en, over het algemeen, een beperking van de toegangsvoorwaarden.

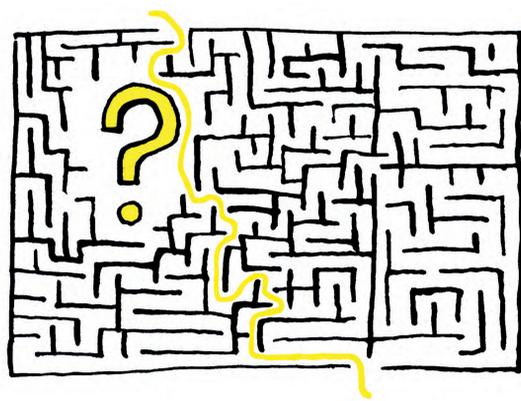
Voor een gemakkelijkere toegang tot rechten, hulp- en zorgverlening kunnen we bijvoorbeeld:

- De behoeften binnen het grondgebied analyseren om het dienstenaanbod er beter op af te stemmen
- De informatie over het beschikbare aanbod verbeteren (actualiteit en volledigheid van de informatie, taalniveau, meertaligheid)
- Het onthaal verbeteren (behoud van een fysiek onthaal, verbetering van de openingsuren, gebruik van talen enz.)
- Een betere begeleiding van dienst naar dienst mogelijk maken
- De obstakels voor de toegang verminderen, of ze nu van administratieve of reglementaire aard zijn
- ...

### De toegang verbeteren: welke operationele uitdagingen?

Om de toegang van de burgers tot de hulp- en zorgverlening te vergemakkelijken, zijn oplossingen nodig voor een aantal cruciale problemen:

- Hoe kunnen we de toegangsdrempels voor iedereen verlagen en de effecten van de verschillende toegangsvoorwaarden voor diensten, ondersteuning en rechten verminderen?
- Hoe kunnen we de verzadiging van de diensten beperken?
- Wat kan er in de praktijk binnen de diensten worden gedaan om de toegang te verbeteren, met name om inclusieve praktijken en manieren om 'gaan naar' te bevorderen?
- ...

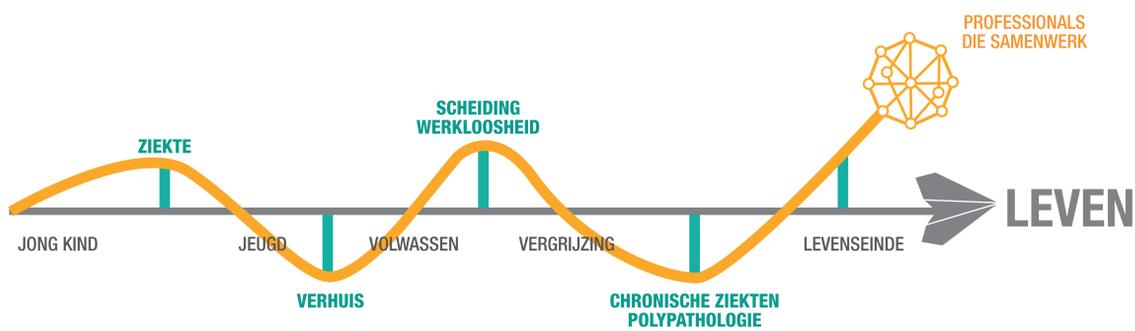


## Wat is dat, de continuïteit vergemakkelijken?

Dat betekent de hulp- en zorgverlening zodanig organiseren dat de begunstigden op een coherente en ononderbroken manier worden begeleid, ongeacht de overgangen die zij doormaken. Het is de bedoeling om onderbrekingen in de begeleiding, verlies van rechten of stopzetting van de zorg te voorkomen, en te zorgen voor een vlotte overgang van de ene status of toestand naar de andere. Dat berust op de collectieve erkenning van een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid voor de behoeften van het individu gedurende zijn hele leven.

De continuïteit van de hulp- en zorgverlening garanderen betekent de overgangen die mensen ervaren zo goed mogelijk beheren, ongeacht of deze het gevolg zijn van een verandering:

- Van status (scheiding, werk verliezen, verlaten van de gevangenis enz.)
- Van grondgebied (verhuis)
- Van verantwoordelijke diensten (tussen sectoren, tussen ambulante en residentiële, tussen een algemene en gespecialiseerde dienst enz.)



## De continuïteit garanderen: welke uitdagingen?

Om onderbrekingen te voorkomen zijn volgende zaken noodzakelijk:

- Plaatsen voor permanent overleg ontwikkelen
- Overeenstemming bereiken over de bevoegdheidsgebieden en verantwoordelijkheden van elke zorgverlener
- De obstakels en voorwaarden tussen de betrokken spelers op hetzelfde grondgebied beperken
- ...



## Geïntegreerde welzijns- en gezondheidsorganisatie

### Wat is dat?

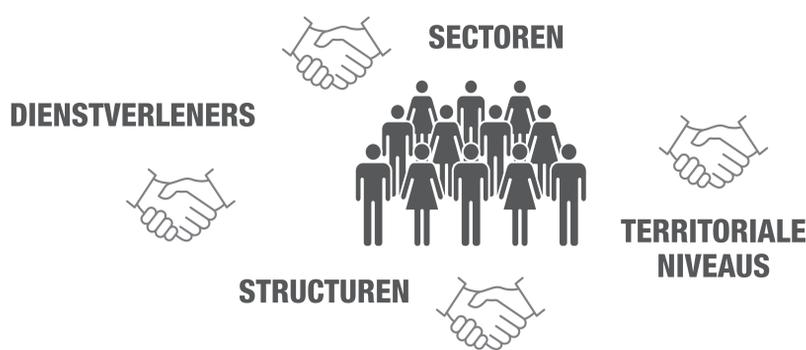
Gemeenschappelijke organisatie van diensten en actoren met als doel de continuïteit van de zorg, hulpverlening en begeleiding van de mensen te garanderen, zodat zij hun leven lang een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn kunnen handhaven of bereiken.

#### Waarom?

- De toegang tot de verschillende diensten bevorderen
- De complementariteit van de expertises ondersteunen
- Zorgen voor een gevoel van verantwoordelijkheid voor de bevolking

#### Hoe?

Deze organisatie voorziet tools, functies en aanpasbare mechanismen voor integratie tussen sectoren, dienstverleners, structuren, territoriale niveaus.

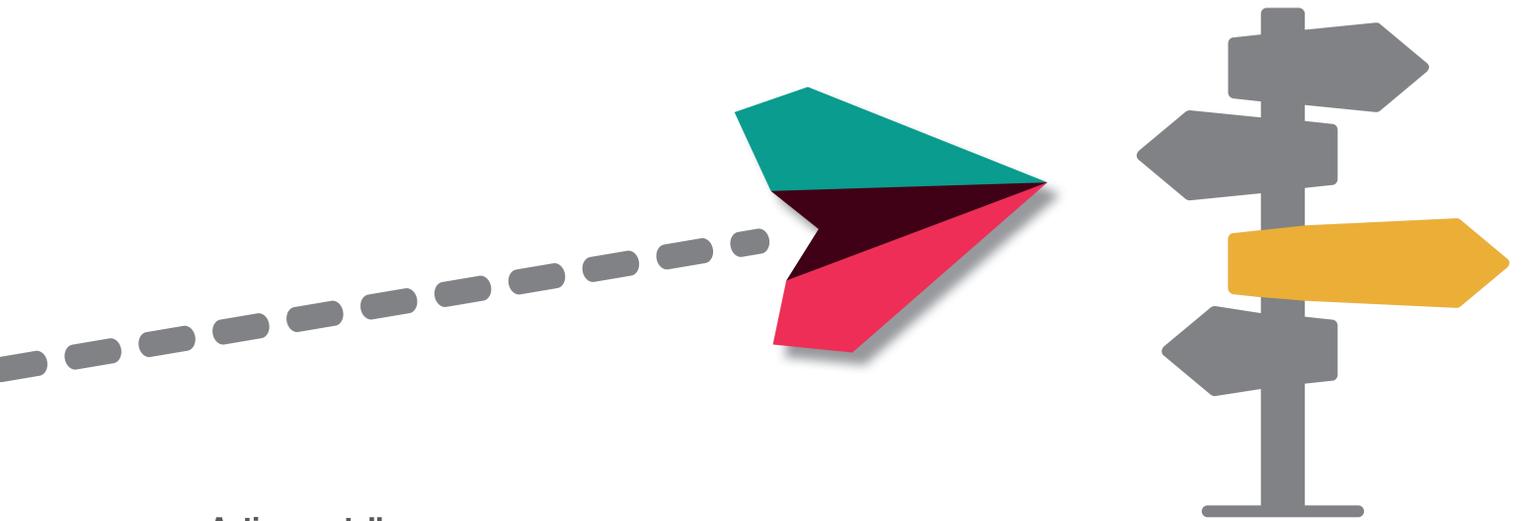


### Diensten, middelen en opvolgingen integreren: welke uitdagingen?

Een voorziening bedoeld om het werk van alle aanbieders binnen de sociale zorg en de gezondheidszorg beter te integreren, roept een reeks vragen op:

- Hoe kunnen we de territoriale en sectorale logica's op elkaar afstemmen?
- Hoe kunnen we werkculturen, referentiekaders, verschillende actielogica's tussen openbare spelers, verenigingen en zelfstandigen met elkaar verzoenen?
- Hoe kunnen we wat al bestaat koppelen aan een nieuwe organisatie? Wat behouden we, wat veranderen we?
- Hoe begeleiden we mensen tussen de grondgebieden en de verschillende dienstlijnen of -niveaus?
- ...

## Toegang/toegankelijkheid



### Actievoorstellen:

- De zichtbaarheid van het aanbod verbeteren, met inbegrip van zichtbare bewegwijzering in de gebouwen waar zich diensten bevinden, communicatiemiddelen enz.
- De toegankelijkheid van de diensten verbeteren: ligging, openingsuren, meertalig onthaal, zichtbaarheid van de tarieven enz.
- Inclusieve praktijken bevorderen door de toegangsdrempels te verlagen en door het aspect 'gaan naar' of 'outreaching' te bevorderen
- Organiseren van een monitoring van de behoeften, in samenwerking met de wijken en het Gewest
- De onderdelen identificeren van een minimaal sociaal/gezondheidsaanbod in de wijken en de afstemming ervan op de onderdelen van het aanbod op niveau van de woonzorgregio en het Gewest

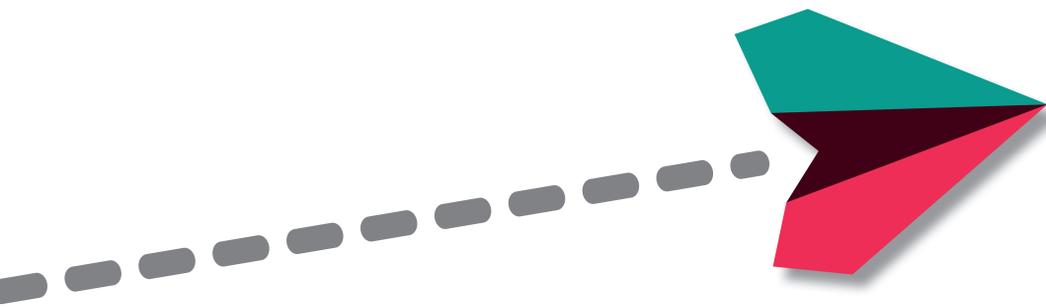
## Nu is het aan u

Welke ingrediënten zijn nodig om de toegang/toegankelijkheid van de diensten te verbeteren? Wat maakt het mogelijk om een verband te leggen, een gemeenschappelijke organisatie te vormen met andere structuren of spelers?

- Bestaande actie, overdraagbaar op een ruimer publiek of gebied?
- Als u kon toveren, welke actie zou u graag ontwikkelen?



## Continuïteit



### Actievoorstellen:

- Plaatsen van permanent overleg creëren of ontwikkelen voor alle spelers van de sociale en gezondheidszorg
- Overeenstemming bereiken over bevoegdheidsgebieden en verantwoordelijkheden van elke zorgverlener
- Delen van voorzieningen door co-interventie te vergemakkelijken en de doorstroming tussen diensten te verbeteren
- Mobiele teams coördineren (geestelijke gezondheidszorg, palliatieve zorg, casemanager enz.) om aan de behoeften in de wijken te voldoen
- Organiseren van 'Diapasonoverleg' om samenwerkingsovereenkomsten tussen eerstelijns sociale/gezondheidsdiensten en residentiële diensten (ziekenhuizen, RH/RVT, initiatief van beschut wonen enz.) te definiëren

## Nu is het aan u

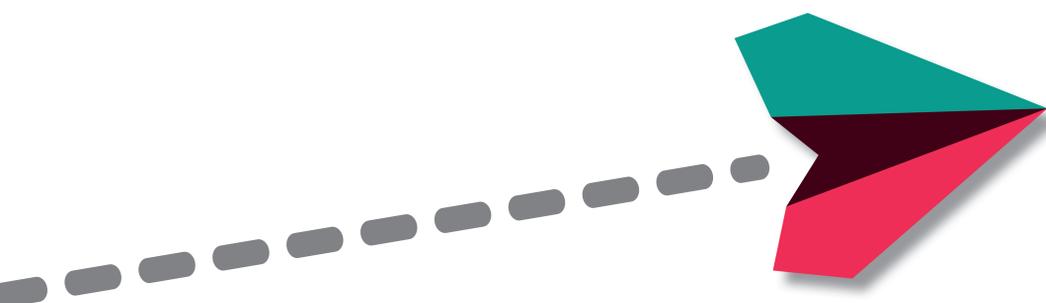
Welke ingrediënten zijn nodig om de continuïteit van de begeleiding van mensen te verbeteren? Wat maakt het mogelijk om een verband te leggen, een gemeenschappelijke organisatie te vormen met andere structuren of spelers?

- Bestaande actie, overdraagbaar op een ruimer publiek of gebied?
- Als u kon toveren, welke actie zou u graag ontwikkelen?



Verslavingen Cardiovasculaire ziekten **DIABETES**  
 hiv/aids Chronische nierziekte **Efficiëntie COPD**  
 Depressie Multimorbide aandoeningen **RESIDENTIËLE HYPERTENSIE**  
 Psychische aandoeningen **ademhalingsziekten**  
**Kanker CHRONISCHE ziekten OBESITAS** Neurologische  
**BURN-OUT** Intrafamiliaal geweld **Schulden WERKLOOS**  
 Isolement Dakloosheid **TOEGANG TOT RECHTEN**  
 Beschikbaarheid **KLEINE WONING JUNKFOOD** Een  
**Sociale UITSLUITING ANALFABETISME**

## Geïntegreerde welzijns- en gezondheidsorganisatie



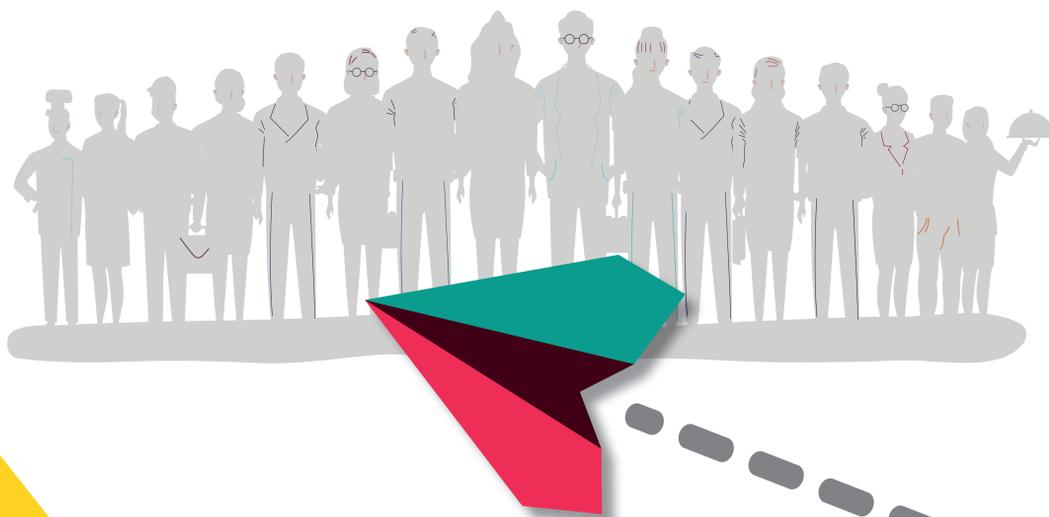
### Actievoorstellen:

- De in de woonzorgregio aanwezige spelers en praktijken in kaart brengen
- Momenten van immersie van professionals en structuren organiseren om de onderlinge kennis en samenwerking tussen verschillende beroepen en praktijken aan te moedigen
- De ontwikkeling van praktijkgemeenschappen ondersteunen. Dit zijn lokale interdisciplinaire en intersectorale groepen van 12 professionals die gespecialiseerd zijn in de uitoefening van een ondersteunende functie in de sociale en gezondheidszorg
- De afstemming van de functies bepalen en zo de coördinatie en de oriëntatie in de wijken met het niveau van de woonzorgregio vergemakkelijken (LWGC-wijkreferent, wijkactierelais (RAQ) enz.)
- Steunpunten voor de eerste lijn ontwikkelen (verspreiding van goede praktijken, permanente opleiding, onderzoek, evaluatie)

## Nu is het aan u

Welke ingrediënten zijn nodig om de geïntegreerde welzijns- en gezondheidsorganisatie te verbeteren? Wat maakt het mogelijk om een verband te leggen, een gemeenschappelijke organisatie te vormen met andere structuren of spelers?

- Bestaande actie, overdraagbaar op een ruimer publiek of gebied?
- Als u kon toveren, welke actie zou u graag ontwikkelen?



# VIGNETTES

## **RICARDA** (Accès)

Ricarda est une jeune femme équatorienne de 27 ans. Elle est mère célibataire de trois enfants. Elle vit à Bruxelles depuis quelques années mais ne parle pas bien français. Elle a cependant un emploi de femme de ménage.

Ricarda a besoin d'une traduction jurée de son acte de naissance qui est en langue espagnole. Elle se rend donc de sa propre initiative à la commune, pensant y trouver un service de traduction officiel. Mais la Commune la redirige vers le Palais de justice.

Elle hésite alors à se rendre au Palais de justice, redoutant que ses papiers ne soient pas en règle et ayant un problème de dette. Elle finit par s'y rendre mais ce n'est toujours pas le bon endroit pour atteindre ce service. Les mêmes craintes en tête, elle songe alors à se rendre au CPAS, mais finit par abandonner.

Au sein de la communauté hispanophone, elle entend parler d'une travailleuse sociale qui parle espagnol dans une association. Elle est pourtant souvent passée à cet endroit, devant cette association, mais ne savait pas quels services ils proposaient, ni que des personnes y parlaient espagnol. Elle se rend donc dans cette association, mais la travailleuse sociale hispanophone n'est pas disponible à ce moment-là et peut lui proposer un rendez-vous seulement dans deux semaines.

La veille de son RDV, Ricarda reçoit une lettre des impôts lui demandant un paiement dans les 48h. Inquiète, elle évoque donc également ce problème avec la travailleuse sociale. Elle raconte également qu'elle a été contactée par le centre PMS de l'école souhaitant dialoguer avec elle au sujet du surpoids de son fils. La travailleuse sociale se rend compte que Ricarda cumule divers problèmes (papiers à faire, dettes, nonaccès à une alimentation saine...), qu'elle ignore qu'elle peut bénéficier d'une aide et qu'elle ne s'est jamais rendue dans un service social. Elle mesure aussi l'embarras et la méfiance de Ricarda envers toutes ces formes d'aide.

Ricarda dispose d'un salaire de 1600 Euros avec son emploi de femme de ménage et n'a donc pas droit au CPAS. La travailleuse sociale appelle le service des impôts afin de demander un échelonnement des paiements et discute avec Ricarda des divers papiers qu'elle doit remplir avec elle. Mais elle ne sait pas à qui Ricarda pourrait s'adresser concernant les autres problèmes.

Remarques des participants par rapport à la situation :

- la vignette de manière générale est jugée claire, réaliste et représentant des problèmes rencontrés régulièrement :
  - méconnaissance des réseaux d'aide et de services ainsi que des droits. Méfiance vis-à-vis des services et institutions
  - digitalisation des services (fracture numérique), barrière de la culture et de la langue mais également des sigles utilisés (CPAS, PMS...)
  - certaines défaillances des services : l'assistant social ne le redirige pas vers d'autres types d'aides (s'il n'a pas droit au RIS). Les outils ne sont pas toujours connus de tous les AS ou des bénévoles et les services sont saturés

- isolement social des familles monoparentales, question de l'autre parent, cumulation des vulnérabilités, enfants (garde, organisation, temps)
  - question du bien-être : l'impact du travail sur le physique (pénibilité, peu rémunéré), le stress, l'absence de temps pour prendre soin de soi, ou encore le bien-être des enfants afin qu'ils ne répercutent pas les problèmes sur la génération suivante
- la vignette met en avant l'importance du réseau informel (communauté, voisins), pairs-aidants
- elle cache peut-être d'autres problèmes : violence conjugale et contrôle marital (séparation et risque de perte de titre de séjour, chantage aux papiers ou aux enfants...), logement (souvent en second plan, si sans-papiers logement non conforme), santé mentale liée à une situation précaire (dépression, anxiété), accès aux services dans des horaires de travail
- la situation décrite ne représente pas les "pires" situations que les travailleurs du secteur social-santé côtoient, c'est-à-dire des personnes rencontrant davantage de difficultés : sans revenus, sans logement, avec des problèmes d'assuétude et/ou psychiatriques, ou encore des personnes âgées qui ne sortent pas de chez elles

## **MARTIN** (continuité)

Martin, 59 ans, est placé en détention préventive suite à des violences conjugales. En prison, il rencontre un service social qui répond à ses premières demandes urgentes. Il est libéré au bout de 3 mois, avec une liste de conditions de justice à respecter. Martin rencontre des difficultés à se déplacer avec ses problèmes de dos et marche en béquilles. Il appelle alors le service social rencontré en prison pour demander de l'aide.

Il se rend chez lui en taxi pour découvrir que le propriétaire a fait changer la serrure. Il a seulement de quoi payer une nuit d'hôtel. La nuit suivante, il ne sait pas où dormir et se rend donc à l'hôpital. Il y passe la nuit et confie au personnel vouloir se jeter dans le canal, ayant tout perdu.

Un travailleur du service social, à qui il a téléphoné, le retrouve saoul dans un bar, ne respectant pas ses conditions de justice. Pour la sécurité de Martin, le travailleur social appelle la police. Martin dit être mieux en prison que dans la rue ; le service social pense ainsi pouvoir mieux préparer sa sortie.

Puisqu'aucun assistant de justice n'est encore mandaté et que ses conditions de justice ne sont pas connues des services de police, il est libéré deux heures plus tard et se retrouve à nouveau à la rue.

Le lendemain, le service social a négocié une place dans un centre d'urgence, faute de place en Maison d'Accueil. Il pourra y rester tout le week-end car une Résidence MRS a accepté de le rencontrer le lundi.

Le service social contacte le médecin généraliste de Martin pour l'informer et lui demander de transmettre ses informations médicales à la Résidence. Dix jours plus tard, le médecin obtient le dossier médical de la prison. Une hospitalisation va s'organiser au départ de la résidence, avec un accompagnement de kinésithérapie.

Suite à son incarcération, Martin avait perdu ses allocations de chômage. Le service social l'aide à prendre un rendez-vous au CPAS, où ils obtiennent un accord de prise en charge pour les frais de la résidence, dans l'attente de sa régularisation au chômage.

La résidence réclame en vain le paiement des frais d'hébergement durant deux mois. Puisque Martin est en Résidence MRS, c'est en fait le service des personnes âgées du CPAS qui est devenu compétent. Martin doit donc retourner signer des documents sinon, passé un délai de quelques jours, le CPAS se déclarera incompétent.

Au bout de trois mois, Martin finit par être en ordre à l'Onem et touche l'arriéré de ses allocations depuis le jour de sortie de prison. Mais il dépense tout et ne va pas signer les documents au CPAS. Deux semaines plus tard, il se suicide dans un hôtel.

Remarques des participants par rapport à la situation :

- la vignette illustre en général bien la réalité et les problèmes rencontrés régulièrement par les professionnels social-santé :
  - le nombre de services impliqués, la lenteur des démarches à effectuer, les problèmes de rendez-vous et la manière dont les niveaux de compétences (fédéral, régional) complexifient la donne

- la rigidité des services concernés (prison, Onem, CPAS) vis-à-vis du bénéficiaire
- la difficulté d'avoir accès aux droits, d'où l'intérêt de les automatiser
- le manque de prévention et de coordination entre les acteurs avec les conséquences sur les autres institutions ou demandes
- les problèmes de sortie d'hôpital et de prison. En travaillant en amont, un lien aurait pu être fait avec des équipes mobiles de crise qui aident à reconstruire un réseau (ex : Hermesplus, Moveo)
- il faudrait tenir compte de la globalité de la situation et lier les problématiques sociales et de santé
- malgré son réalisme, la vignette ne montre pas certaines difficultés : trouver rapidement une place dans un centre d'hébergement d'urgence, obtenir le dossier du bénéficiaire à la sortie de prison, passer une nuit à l'hôpital, disposer du numéro de téléphone d'un assistant social
- la vignette met en évidence aussi que le placement en maison de repos et de soins de personnes pas forcément âgées est une réalité problématique. Ces structures ne sont pas pensées pour des accompagnements psychologiques

## **SIMONE** (organisation intégrée)

Simone, une veuve de 83 ans, vit seule dans un studio au 3<sup>ème</sup> étage, sans ascenseur. C'est une Bruxelloise, qui parle principalement flamand mais qui se débrouille en français. Ses deux fils vivent à la Côte, mais elle ne sait pas s'y rendre seule et les voit rarement. Ses voisins font de petites courses pour elle, mais le contact est rapide. Un bénévole l'emmène deux fois par semaine au centre de services local (LDC) pour un repas chaud et au club de cartes.

Sa santé se détériore, elle a des problèmes de mémoire, a du mal à avaler, perd facilement son équilibre. Après une chute, elle se retrouve à l'hôpital. Rentrer chez elle n'est pas évident mais l'hôpital ne peut pas la garder. Il organise donc le transport de retour chez elle.

Depuis sa chute, elle a du mal à se déplacer. Mais grâce au bénévole, elle se rend encore une fois par mois au centre de services local.

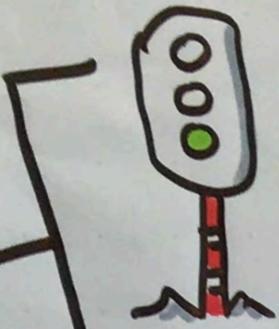
Elle ne sait plus se faire à manger et n'est pas en capacité physique d'aller chercher ses médicaments. Elle ne sait pas à qui s'adresser pour la soutenir dans la vie de tous les jours : ses enfants sont trop loin pour s'en occuper régulièrement et elle n'ose pas déranger ses voisins qui viennent d'avoir un bébé.

Démunie et seule, elle appelle le médecin de famille qui vient faire un contrôle de son état physique et de sa situation. Il oriente la patiente vers d'autres services à même de gérer ses divers problèmes mais elle ne donne pas suite à ses propositions.

Le centre de services local s'inquiète de ne plus la voir et n'arrive pas à avoir de ses nouvelles. Il décide donc d'organiser une concertation avec Simone, ses fils, le médecin généraliste, l'assistante sociale, le gériatre et l'ergothérapeute de l'hôpital, le service d'aide familiale, une infirmière à domicile, le coordinateur du centre de services local et le coordinateur des soins afin de trouver ensemble des solutions de prise en charge partagée.

Remarques des participants par rapport à la situation :

- il y a un réel problème de transition entre hôpital et domicile : pas de coordination pour passer de l'un à l'autre, pas de communication avec les soins à domicile pour le suivi et la réalité financière des hôpitaux qui pousse à libérer des lits au plus vite mais dans l'après-midi pour pouvoir facturer la journée. Cela amène la question de la mise en place de protocoles et des dossiers de sortie
- l'utilisateur n'est pas pris en compte : on ne lui demande rien. Or, il faut partir des besoins de l'utilisateur, écouter sa voix et il doit rester libre de ses choix
- il est utile d'avoir un référent, une personne de confiance pour accompagner l'utilisateur entre hôpital et domicile, l'aider dans ses démarches mais aussi aider à la coordination et s'assurer que les professionnels connaissent l'utilisateur. Cela pose la question de qui peut jouer au mieux ce rôle de référent
- mettre en place des soins coordonnés prend du temps et il faut aussi tenir compte des possibilités de transport et de mobilité de l'utilisateur
- il faut agir beaucoup plus en prévention
- la situation est traitée cliniquement mais il faut aussi de l'humain, de l'entourage, de l'affectif (famille, aidants-proches, co-habitation)
- le pharmacien peut jouer un rôle d'alarme quand un client âgé régulier s'absente longtemps et savoir qui appeler, qui prévenir
- cela reste compliqué de savoir à qui s'adresser (pas de répertoire ou trop de répertoires)



# CODE DE LA COMMUNICATION

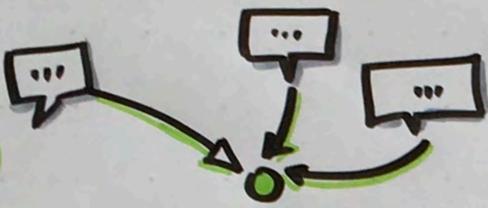
BY EFFICIENSEE

1.

PARLER EN JE



2.



NOURRIR LE CENTRE

3.



ÉQUIVALENCE DE PAROLE

→ TOUS LES AVIS ONT LA MÊME VALEUR

4.



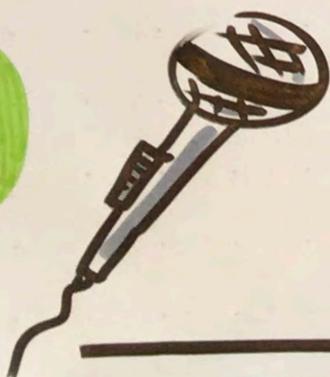
PRÉCISION ET CONCISION

5.



→ ÉVITER LE JÜGEMENT

6.



FACILITATRICE DISTRIBUE LA  
PAROLE



**Bonjour,**

**Bienvenue dans l'enquête digitale sur les actions à réaliser pour concrétiser une organisation social-santé locale et intégrée à Bruxelles.**

**Cette enquête est le 3ème volet de l'ATELIER DU CHANGEMENT.**

**L'atelier du changement, c'est l'espace des professionnel.les du social-santé, des bénéficiaires, patient.es et aidant.es, où ils.elles peuvent se rencontrer, s'informer, proposer. Il doit leur permettre de prendre connaissance des enjeux et des réformes en cours (e.a. le Plan social-santé intégré), de s'organiser et de définir ensemble comment développer une organisation de soins et d'accompagnement social-santé cohérente.**

**Cette enquête a été construite à partir des propositions issues des deux premiers volets (focus groups et rencontres dans les 5 bassins).**

**Elle explore en particulier les actions concrètes à développer à l'échelle des bassins, territoires de 200.000 à 300.000 habitants, articulés avec les quartiers et la Région.**

**Vos contributions sont seront prises en compte et analysées. Associées aux volets précédents, elles constitueront le cœur d'un rapport reprenant des actions concrètes, les moyens nécessaires pour les réaliser et la planification de leur mise en œuvre.**



## Partie A: Répondre en tant que...

### A1. Je réponds à cette enquête en tant que

*Les volontaires peuvent répondre en tant que professionnel.les.*

*Les aidant.e.s-proches peuvent répondre en tant que citoyen.ne / usager.ère*

Professionnel.le

Citoyen.ne - usager.ère

## Partie B: Vous

### B1. Vous êtes

Employé(e) dans une structure

Indépendant(e)

Volontaire

### B2. Vos responsabilités comprennent

L'accompagnement de personnes (aide, soins, soutien social, travail clinique...)

La coordination ou la gestion

Autre

Autre

### B3. Vous accompagnez des personnes en tant que

Aide familiale

Assistant(e) social(e)

Dentiste

Diététicien(ne)

Ergothérapeute

Kinésithérapeute

Logopède

Educateur - Educatrice

Infirmier - Infirmière

Médecin généraliste

Médecin spécialiste Médiateur - Médiatrice Pharmacien(ne) Psychologue Podologue Autre 

Autre

**B4. En 2022, avez-vous eu recours pour vous-même ou pour vos proches à des prestations et services sociaux ou de santé ?**

*Exemples de prestations et services : aide familiale, médecin, infirmière, CPAS, centre de santé mentale, hôpital, service d'aide au logement, kinésithérapeute...*

2 fois dans l'année ou moins Entre 3 et 8 fois dans l'année Entre 9 et 12 fois dans l'année Plus de 13 fois dans l'année **B5. Comment vous sentez-vous par rapport à votre santé et à votre situation sociale ?**ça va C'est compliqué mais je m'en sors C'est compliqué et je me sens dépassé(e) **B6. Quel âge avez-vous ?**Moins de 24 ans Entre 25 et 49 ans Entre 50 et 69 ans Plus de 70 ans **B7. Vous vous identifiez comme**Femme Homme Autre

**B8. Vous habitez**

- En dehors du territoire de la région de Bruxelles-Capitale
- 1070 Anderlecht
- 1160 Auderghem
- 1082 Berchem Ste-Agathe
- 1000 Bruxelles
- 1020 - 1120 - 1130 Bruxelles
- 1040 Etterbeek
- 1140 Evère
- 1190 Forest
- 1083 Ganshoren
- 1050 Ixelles
- 1090 Jette
- 1081 Koekelberg
- 1080 Molenbeek Saint-Jean
- 1060 Saint-Gilles
- 1210 Saint-Josse-Ten-Noode
- 1030 Schaerbeek
- 1180 Uccle
- 1170 Watermael-Boitsfort
- 1200 Woluwé-Saint-Lambert
- 1150 Woluwé-Saint-Pierre

**B9. Avez-vous déjà participé à l'une des activités organisées dans le cadre de l'Atelier du Changement ?**

*L'atelier du changement, c'est l'espace où professionnels du social-santé, bénéficiaires, patients et aidants, peuvent se rencontrer, s'informer, proposer. Il doit leur permettre de prendre connaissance des enjeux et des réformes en cours (comme le Plan social-santé intégré), de s'organiser et de définir ensemble comment concrétiser une organisation social-santé intégrée, en particulier sur le territoire des bassins.*

*Il comprend 2 volets qui se déroulent d'octobre 2022 à janvier 2023 (portes ouvertes et focus groups), ainsi que cette enquête online.*

- Oui, j'ai participé à l'une des Portes Ouvertes
- Oui, j'ai participé à un Focus Group
- Non, je n'ai participé à aucune de ces activités



## Partie C: Vos priorités

**C1. Voici les 4 domaines d'action envisagés au niveau du bassin. Au regard de votre activité, dans le(s)quel(s) de ces domaines avez-vous besoin de soutien en priorité ?**

CONNAISSANCE : centraliser, organiser et mettre à disposition la connaissance sur les besoins et les demandes de la population ainsi que de l'offre social-santé existante dans chaque zone

RÉSEAU : soutenir une dynamique de réseau social-santé qui favorise l'interconnaissance, la confiance, l'identité collective par rapport au territoire de référence et à sa population et ainsi développer le sentiment de responsabilité collective par rapport à cette population

COORDINATION : organiser l'articulation entre les acteurs social-santé intervenant dans les situations complexes et gérer les moyens mis à disposition des acteurs du bassin, (en particulier en cas de situation sanitaire exceptionnelle)

PREVENTION et PROMOTION DE LA SANTE : soutenir les dynamiques locales favorables à la santé et à la qualité de vie

**C2. D'après votre vécu, le(s)quel(s) de ces domaines faudrait-il améliorer en priorité pour que les professionnel.les de la santé et du social puissent mieux vous accompagner ?**

CONNAISSANCE : que les professionnel.les connaissent mieux les besoins et demandes des citoyen.nes ainsi que les autres services et prestataires en matière de santé et de soutien social. Disposer d'un état des lieux des besoins et services à Bruxelles

RÉSEAU : que les professionnel.les puissent travailler ensemble en accord avec les besoins spécifiques des personnes qu'ils.elles accompagnent. Qu'ils.elles puissent collaborer avec tous les services, au-delà de leurs contacts habituels

COORDINATION : dans les situations complexes ou exceptionnelles, que tous les intervenant.es se parlent et se coordonnent

PREVENTION et PROMOTION DE LA SANTE : soutenir et créer des initiatives locales qui favorisent la santé et la qualité de vie



## Partie D: CONNAISSANCE

**D1. Au regard de votre activité, quel ordre de priorité donneriez-vous aux actions concrètes listées ci-dessous ?**

*Classez les actions proposées en les déposant dans la boîte "vos choix" au-dessous. Effectuez un double-clic ou glissez/déposez le/les élément(s) de la liste du haut ("Votre classement") vers la liste du bas ("Vos choix"). Vos choix seront automatiquement numérotés par ordre de préférence #1, #2, #3,... dans la boîte "Vos choix" au-dessous.*

*Si des actions ne vous semblent pas pertinentes, vous pouvez les laisser de côté.*

*Les questions suivantes vous permettront de détailler à quelles conditions elles vous sembleraient pertinentes.*

*Ces actions sont liées à la mission "CONNAISSANCE". Pour rappel, cette mission renvoie à tout ce qui permet de centraliser, organiser et mettre à disposition la connaissance sur les besoins et les demandes de la population ainsi que sur l'offre existante dans la zone.*

Rassembler et partager les diagnostics social-santé effectués sur le(s) bassin(s) dans le(s)quel(s) j'exerce

Organiser des "promenades" à la découverte des différents services de la zone dans laquelle j'exerce, à destination des professionnel.es, pour qu'ils.elles connaissent mieux l'offre qui les entoure

Organiser périodiquement un "salon social-santé" pour donner plus de visibilité aux différents services social-santé dans chaque bassin

Assurer une représentation des usager.ères dans les organes décisionnels au niveau du bassin

Réaliser une cartographie des acteurs et prestations social-santé présents sur le bassin

**D2. Vous pouvez donner des pistes pour préciser les modalités des actions proposées et les adapter au mieux à vos besoins, conditions de travail et souhaits.**

Rassembler et partager les diagnostics social-santé effectués sur le(s) bassin(s) dans lequel j'exerce

Organiser des "promenades" à la découverte des différents services de la zone dans laquelle j'exerce, à destination des professionnel.es, pour qu'ils.elles connaissent mieux l'offre qui les entoure

Organiser périodiquement un "salon social-santé" pour donner plus de visibilité aux différents services social-santé dans chaque bassin

Assurer une représentation des usager.ères dans les organes décisionnels au niveau du bassin

Réaliser une cartographie des acteurs et prestations social-santé présents sur le bassin



**D3. D'après vous, quelle(s) autre(s) action(s) concrète(s) pourrai(en)t être réalisée(s) pour soutenir la mission CONNAISSANCE au niveau du bassin ?**

*Pour rappel, la mission CONNAISSANCE renvoie à tout ce qui permet de centraliser, organiser et mettre à disposition la connaissance sur les besoins et les demandes de la population ainsi que sur l'offre existante dans la zone.*

**D4. D'après votre vécu, quel ordre de priorité donneriez-vous aux actions concrètes listées ci-dessous ?**

*Classez les actions proposées en les déposant dans la boîte de droite. Effectuez un double-clic ou glissez/déposez le/les élément(s) de la liste de gauche vers la liste de droite, en plaçant l'action prioritaire en haut dans la liste, jusqu'à la moins prioritaire en bas.*

*Si des actions ne vous semblent pas pertinentes, vous pouvez les laisser de côté.*

*La question suivante vous permettra de détailler à quelles conditions elles vous sembleraient pertinentes.*

*Pour rappel, le domaine "CONNAISSANCE" renvoie à tout ce qui permet aux professionnel.les de mieux connaître les besoins et demandes des citoyen.nes, ainsi que les autres services et prestataires en matière de santé et d'aide sociale. C'est aussi ce qui permet d'établir un état des lieux pour répondre à ces besoins.*

- Que les citoyen.nes puissent participer à dresser l'état des lieux des besoins et services social-santé dans une zone
- Organiser périodiquement un "salon social-santé" pour donner plus de visibilité aux différents services social-santé auxquels je peux avoir accès
- Impliquer les usager.ères dans les décisions concernant les services social-santé, par zone (bassin)

**D5. Quelles sont vos suggestions ou idées pour aider à réaliser les actions proposées ?**

- Que les citoyen.nes puissent participer à dresser l'état des lieux des besoins et services social-santé dans une zone
- Organiser périodiquement un "salon social-santé" pour donner plus de visibilité aux différents services social-santé auxquels je peux avoir accès
- Impliquer les usager.ères dans les décisions concernant les services social-santé, par zone (bassin)



**D6. D'après vous, quelle(s) autre(s) action(s) concrète(s) pourrai(en)t être réalisée(s) dans ce domaine ?**

*Pour rappel, le domaine "CONNAISSANCE" renvoie à tout ce qui permet aux professionnels de mieux connaître les besoins et demandes des citoyens, ainsi que les autres services et prestataires en matière de santé et d'aide sociale. C'est aussi ce qui permet d'établir un état des lieux pour répondre à ces besoins.*

**Partie E: RESEAU**

**E1. Au regard de votre activité, quel ordre de priorité donneriez-vous aux actions concrètes listées ci-dessous ?**

*Classez les actions proposées en les déposant dans la boîte "vos choix" au-dessous. Effectuez un double-clic ou glissez/déposez le/les élément(s) de la liste du haut ("Votre classement") vers la liste du bas ("Vos choix"). Vos choix seront automatiquement numérotés par ordre de préférence #1, #2, #3,... dans la boîte "Vos choix" au-dessous.*

*Si des actions ne vous semblent pas pertinentes, vous pouvez les laisser de côté.*

*Les questions suivantes vous permettront de détailler à quelles conditions elles vous sembleraient pertinentes.*

*Ces actions sont liées à la mission "RESEAU". Pour rappel, cette mission comprend le soutien d'une dynamique qui favorise l'interconnaissance, la confiance, l'identité collective par rapport au territoire de référence et à sa population, et ainsi développer le sentiment de responsabilité collective par rapport à cette population.*

- Organiser des séances d'immersion ou "vis-ma-vie" à destination des professionnels social-santé, dans des structures social-santé ou contextes d'exercice différents des leurs
- Soutenir l'organisation de rencontres entre professionnels (lieu, logistique, organisation, planification)
- Mettre en place une plateforme numérique pour chaque bassin, permettant l'échange d'informations générales et le partage d'un agenda d'activités social-santé
- Soutenir l'organisation de permanences au niveau du bassin sous forme de "gardes partagées" pour élargir l'accessibilité à certains services social-santé en soirée et le week-end





**E5. Quelles sont vos suggestions ou idées pour aider à réaliser les actions proposées ?**

Soutenir l'organisation de rencontres entre professionnel.les (lieu, logistique, organisation, planification)

Créer un site Web pour chaque zone (bassin) reprenant un ensemble d'activités social-santé, avec la possibilité d'alimenter ce site

Elargir l'accessibilité à des services social-santé de base en soirée et le week-end

**E6. D'après vous, quelle(s) autre(s) action(s) concrète(s) pourrai(en)t être réalisée(s) dans ce domaine ?**

*Pour rappel, le domaine "RESEAU" comprend tout ce qui permet aux professionnel.les de travailler ensemble en accord avec les besoins spécifiques des personnes qu'ils.elles accompagnent. C'est aussi tout ce qui leur permet de collaborer activement avec TOUS les services, y compris au-delà de leurs contacts habituels si nécessaire.*

**Partie F: COORDINATION**

**F1. Au regard de votre activité, quel ordre de priorité donneriez-vous aux actions concrètes listées ci-dessous ?**

*Classez les actions proposées en les déposant dans la boîte "vos choix" au-dessous. Effectuez un double-clic ou glissez/déposez le/les élément(s) de la liste du haut ("Votre classement") vers la liste du bas ("Vos choix"). Vos choix seront automatiquement numérotés par ordre de préférence #1, #2, #3,... dans la boîte "Vos choix" au-dessous.*

*Si des actions ne vous semblent pas pertinentes, vous pouvez les laisser de côté.*

*Les questions suivantes vous permettront de détailler à quelles conditions elles vous sembleraient pertinentes.*

*Ces actions sont liées à la mission COORDINATION. Pour rappel, cette mission vise à organiser l'articulation entre les acteurs intervenant dans les situations complexes et gérer les moyens mis à disposition des acteurs du bassin, (en particulier en cas de situation sanitaire exceptionnelle).*

Organiser l'articulation des fonctions transversales et de coordination entre elles et avec les fonctions d'accompagnement individuel

Initier une réflexion pour mieux répartir l'offre de services social-santé et assurer la couverture de tous les besoins au niveau du bassin

Créer un guichet unique social-santé dans chaque bassin, à destination des professionnel.les et des usager.ères : permanences, espaces de rencontre, locaux de réunion...

Mettre en place des protocoles systématiques de sorties (d'hôpital, de prison, de rue, ...), comprenant un dossier spécifiant avec quel.les professionnel.les activer ce protocole





**F6. D'après vous, quelle(s) autre(s) action(s) concrète(s) pourrai(en)t être réalisée(s) dans ce domaine ?**

*Pour rappel, le domaine "COORDINATION" renvoie à tout ce qui permet aux professionnel.les de se parler et de se coordonner dans les situations complexes ou exceptionnelles.*

**Partie G: PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE**

**G1. Au regard de votre activité, quel ordre de priorité donneriez-vous aux actions concrètes listées ci-dessous ?**

*Classez les actions proposées en les déposant dans la boîte "vos choix" au-dessous. Effectuez un double-clic ou glissez/déposez le/les élément(s) de la liste du haut ("Votre classement") vers la liste du bas ("Vos choix"). Vos choix seront automatiquement numérotés par ordre de préférence #1, #2, #3,... dans la boîte "Vos choix" au-dessous.*

*Si des actions ne vous semblent pas pertinentes, vous pouvez les laisser de côté.*

*Les questions suivantes vous permettront de détailler à quelles conditions elles vous sembleraient pertinentes.*

*Ces actions sont liées à la mission PREVENTION et de PROMOTION DE LA SANTE. Pour rappel, cette mission vise à développer des dynamiques locales favorables à la santé et à la qualité de vie.*

- Former les professionnel.les à soutenir la capacité des usager.ères à comprendre et à utiliser l'information concernant leur santé et leur situation sociale
- Soutenir les connaissances des professionnel.les en diffusant des méthodes et outils de collaboration, d'écoute et d'identification des objectifs de vie des personnes
- Favoriser les pratiques inclusives permettant d'élargir l'accessibilité des services à tous les publics : non-stigmatisation, horaires étendus, temps d'accueil,...
- Sensibiliser les citoyen.nes aux questions social-santé à travers des campagnes de communication adaptées au niveau du bassin



**G2. Vous pouvez donner des pistes pour préciser les modalités des actions proposées et les adapter au mieux à vos besoins, conditions de travail et souhaits.**

Former les professionnel.les à soutenir la capacité des usager.ères à comprendre et à utiliser l'information concernant leur santé et leur situation sociale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Soutenir les connaissances des professionnel.les en diffusant des méthodes et outils de collaboration, d'écoute et d'identification des objectifs de vie des personnes

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Favoriser les pratiques inclusives permettant d'élargir l'accessibilité des services à tous les publics : non-stigmatisation, horaires étendus, temps d'accueil,...

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sensibiliser les citoyen.nes aux questions social-santé à travers des campagnes de communication adaptées au niveau du bassin

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**G3. D'après vous, quelle(s) autre(s) action(s) concrète(s) pourrai(en)t être réalisée(s) pour soutenir la mission PREVENTION et de PROMOTION DE LA SANTE au niveau du bassin ?**

*Pour rappel, la mission PREVENTION et de PROMOTION DE LA SANTE vise à développer des dynamiques locales favorables à la santé et à la qualité de vie.*



**G4. D'après votre vécu, quel ordre de priorité donneriez-vous aux actions concrètes listées ci-dessous ?**

*Classez les actions proposées en les déposant dans la boîte de droite. Effectuez un double-clic ou glissez/déposez le/les élément(s) de la liste de gauche vers la liste de droite, en plaçant l'action prioritaire en haut dans la liste, jusqu'à la moins prioritaire en bas.*

*Si des actions ne vous semblent pas pertinentes, vous pouvez les laisser de côté.*

*La question suivante vous permettra de détailler à quelles conditions elles vous sembleraient pertinentes.*

*Pour rappel, le domaine "PREVENTION et PROMOTION DE LA SANTE" consiste à soutenir et créer des initiatives locales qui favorisent la santé et la qualité de vie*

- Être accompagné(e) pour comprendre et utiliser l'information concernant ma santé et ma situation sociale (ou celles de mes proches)
- Favoriser les pratiques inclusives permettant d'élargir l'accessibilité des services à tous les publics : non-stigmatisation, horaires étendus, temps d'accueil,...
- Sensibiliser les citoyen.nes aux questions social-santé à travers des campagnes de communication adaptées au niveau du bassin

**G5. Quelles sont vos suggestions ou idées pour aider à réaliser les actions proposées ?**

- Être accompagné(e) pour comprendre et utiliser l'information concernant ma santé et ma situation sociale (ou celle de mes proches)
- Favoriser les pratiques inclusives permettant d'élargir l'accessibilité des services à tous les publics : non-stigmatisation, horaires étendus, temps d'accueil,...
- Sensibiliser les citoyen.nes aux questions social-santé à travers des campagnes de communication adaptées au niveau du bassin

**G6. D'après vous, quelle(s) autre(s) action(s) concrète(s) pourrai(en)t être réalisée(s) dans ce domaine ?**

*Pour rappel, le domaine "PREVENTION et de PROMOTION DE LA SANTE" consiste à soutenir et créer des initiatives locales qui favorisent la santé et la qualité de vie*



## **Partie H: Quelque chose à ajouter ?**

**H1. Vous pouvez ajouter ici des commentaires, pistes de réflexion ou d'actions concrètes pour l'organisation intégrée de services social-santé à l'échelle du bassin.**

**H2. Vous pouvez ajouter ici des commentaires, pistes de réflexion ou d'actions concrètes pour mieux être accompagné(e) en tant que citoyen.ne et usager.ère des services de santé et de soutien social.**



**Merci pour votre précieuse participation !**

**Vos contributions seront intégrées au rapport opérationnel de l'Atelier du changement, qui reprendra des actions concrètes, les moyens nécessaires pour les réaliser et la planification de leur mise en œuvre.**

**Ce rapport sera disponible sur les sites de Brusano et du CBCS au printemps 2023.**

**A suivre...!**

**Une initiative des asbls Brusano et CBCS**

**En partenariat avec le Crébis Avec le soutien de la Cocom**



**Hallo,**

**Welkom bij de digitale enquête over de uit te voeren acties om een territoriale en geïntegreerde welzijns- en gezondheidsorganisatie tot stand te brengen in Brussel.**

**Deze enquête is het derde onderdeel van het VERANDERATELIER.**

**Het veranderatelier is een ruimte voor sociale en gezondheidswerker, begunstigen, patiënten en mantelzorgers, waar ze elkaar kunnen ontmoeten, zich kunnen informeren en voorstellen doen. Tijdens het atelier kunnen ze kennisnemen van de belangen en lopende hervormingen (zoals het Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan - PSSI), zich organiseren en samen bepalen hoe ze een coherente organisatie voor welzijns- en gezondheidszorg en -begeleiding kunnen ontwikkelen.**

**Deze enquête is gebaseerd op de voorstellen uit de eerste twee delen (focusgroepen en ontmoetingen in de vijf zorgzones).**

**Er worden in het bijzonder concrete acties onderzocht die moeten worden ontwikkeld binnen de zorgzones, gebieden met 200.000 tot 300.000 inwoners, verbonden met de wijken en het Gewest.**

**Jouw bijdrage wordt in aanmerking genomen en geanalyseerd. Samen met de vorige onderdelen zullen zij de kern vormen van een verslag met concrete acties en de nodige middelen voor de uitvoering en planning van die acties.**



## Sectie A: Antwoorden in de hoedanigheid van...

### A1. Ik antwoord op deze enquête in de hoedanigheid van

*Vrijwilligers kunnen antwoorden als professionals.*

*Mantelzorgers kunnen antwoorden als burger/gebruik(st)er.*

Professional

Burger - gebruik(st)er

## Sectie B: Jij

### B1. Je bent

Werknemer in een organisatie

Zelfstandige

Vrijwillig(st)er

### B2. Tot jouw verantwoordelijkheden behoren

Begeleiding van personen (hulp, verzorging, sociale ondersteuning, klinisch werk enz.)

Coördinatie of beheer

Overige

Overige

### B3. Je begeleidt personen in de hoedanigheid van

Familiehulp

Sociaal assistent(e)

Tandarts

Diëtist(e)

Ergotherapeut(e)

Kinesitherapeut(e)

Logopedist(e)

Opvoed(st)er

Verpleegkundige

Huisarts

Specialist Bemiddelaar(ster) Apotheker(es) Psycholo(o)g(e) Podolo(o)g(e) Overige 

Overige

**B4. Heb je zelf of hebben je naasten in 2022 gebruik gemaakt van welzijns- of gezondheidsvoorzieningen en -diensten?**

*Voorbeelden van zulke voorzieningen en diensten: familiehulp, arts, verpleegkundige, OCMW, centrum voor geestelijke gezondheidszorg, ziekenhuis, dienst voor hulp bij huisvesting, kinesitherapeut enz.*

2 keer per jaar of minder Tussen 3 en 8 keer per jaar Tussen 9 en 12 keer per jaar Meer dan 13 keer per jaar **B5. Hoe voel je je ten opzichte van je gezondheid en je sociale situatie?**Dat gaat wel. Het is lastig, maar het lukt me wel. Het is lastig en ik kan het maar moeilijk aan. **B6. Hoe oud ben je?**Jonger dan 24 jaar Tussen 25 en 49 jaar Tussen 50 en 69 jaar Ouder dan 70 jaar **B7. Je identificeert je als**Vrouw Man Andere

**B8. Je woont**Buiten het grondgebied van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest 1070 Anderlecht 1160 Oudergem 1082 Sint-Agatha-Berchem 1000 Brussel 1020 - 1120 - 1130 Brussel 1040 Etterbeek 1140 Evere 1190 Vorst 1083 Ganshoren 1050 Elsene 1090 Jette 1081 Koekelberg 1080 Sint-Jans-Molenbeek 1060 Sint-Gillis 1210 Sint-Joost-Ten-Node 1030 Schaarbeek 1180 Ukkel 1170 Watermaal-Bosvoorde 1200 Sint-Lambrechts-Woluwe 1150 Sint-Pieters-Woluwe **B9. Heb je al deelgenomen aan een van de activiteiten die in het kader van het Veranderatelier zijn georganiseerd?**

*Het Veranderatelier, is een ruimte voor professionals uit de sociale en gezondheidssector, begunstigen, patiënten en mantelzorgers, waar ze elkaar kunnen ontmoeten, zich kunnen informeren en voorstellen kunnen doen. Tijdens het atelier kunnen ze kennismaken van de belangen en lopende hervormingen (zoals het Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan - PSSI), zich organiseren en samen bepalen hoe ze een coherente welzijns- en gezondheidsorganisatie kunnen ontwikkelen, in het bijzonder op het grondgebied van de zorgzones.*

*Het omvat 2 onderdelen die lopen van oktober 2022 tot januari 2023 (opendeurdagen en focusgroepen), evenals deze online enquête.*

Ja, ik heb deelgenomen aan een van de Opendeurdagen. Ja, ik heb deelgenomen aan een Focusgroep. Nee, ik heb aan geen van die activiteiten deelgenomen.



## Sectie C: Jouw prioriteiten

### C1. Dit zijn de 4 actiedomeinen die beoogd worden binnen de zorgzone. Op welke van deze domeinen heb je, gelet op je activiteiten, prioritair behoefte aan ondersteuning?

**KENNIS:** centraliseren, organiseren en beschikbaar stellen van kennis over de behoeften en de vraag van de bevolking en het bestaande aanbod van de gezondheidszorg en sociale hulpverlening in elke zone.

**NETWERK:** een dynamiek in het zorg- en socialehulpnetwerk ondersteunen die de onderlinge kennis, het vertrouwen en de collectieve identiteit met betrekking tot het referentiegebied en de bevolking ervan bevordert, en zo een gevoel van collectieve verantwoordelijkheid voor deze bevolking ontwikkelen.

**COÖRDINATIE:** het organiseren van de afstemming tussen de actoren van de welzijns- en gezondheidssector die betrokken zijn bij complexe situaties en het beheer van de middelen die ter beschikking worden gesteld van die actoren in de zorgzone (met name in geval van een uitzonderlijke gezondheidssituatie).

**PREVENTIE en BEVORDERING VAN DE GEZONDHEID:** ondersteuning van de lokale dynamiek die de gezondheid en de levenskwaliteit bevordert.

### C2. Welke van deze domeinen moeten volgens jou prioritair worden verbeterd, zodat zorg- en socialehulpverleners je beter kunnen ondersteunen?

**KENNIS:** de zorg- en socialehulpverleners moeten de behoeften van burgers beter kennen, net als de andere diensten en dienstverleners inzake gezondheid en sociale ondersteuning. Een overzicht hebben van de behoeften en diensten in Brussel.

**NETWERK:** de zorg- en socialehulpverleners moeten kunnen samenwerken volgens de specifieke behoeften van de personen die zij begeleiden. Zij moeten kunnen samenwerken met alle diensten, naast hun gebruikelijke contacten.

**COÖRDINATIE:** in complexe of uitzonderlijke situaties moeten alle belanghebbenden met elkaar praten en gecoördineerd samenwerken.

**PREVENTIE en BEVORDERING VAN DE GEZONDHEID:** lokale initiatieven die de gezondheid en de levenskwaliteit bevorderen ondersteunen en creëren.





**D3. Welke andere concrete actie(s) zou(den) volgens jou kunnen worden uitgevoerd om de opdracht 'KENNIS' binnen de zorgzone te ondersteunen?**

*Ter herinnering: de opdracht 'KENNIS' heeft betrekking op alles wat het mogelijk maakt de kennis over de behoeften van de bevolking en over het bestaande aanbod in de zone te centraliseren, te organiseren en beschikbaar te stellen.*

**D4. Welke volgorde zou je aan de hieronder vermelde concrete acties toekennen op basis van jouw ervaring?**

***Rangschik de voorgestelde acties door ze in het rechtse vak te plaatsen.. Dubbelklik of neem/sleep het (de) element(en) van de linker- naar de rechterkant, met de actie met de hoogste prioriteit bovenaan in de lijst, tot de actie met de laagste prioriteit onderaan.***

*Als er acties zijn die u niet relevant lijken, kun je die weglaten.*

***Bij de volgende vraag kun je aangeven onder welke omstandigheden zij voor jou relevant lijken.***

*Ter herinnering, het domein 'KENNIS' verwijst naar alles waarmee de zorg- en socialehulpverleners de behoeften van burgers beter kunnen kennen, net als de andere diensten en dienstverleners inzake gezondheid en sociale hulp. Het is ook wat hen in staat stelt een overzicht te maken om aan die behoeften te voldoen.*

Burgers moeten kunnen meewerken aan het opstellen van een overzicht van de welzijns- en gezondheidsbehoeften en -diensten in een zone.

Periodiek een 'welzijns- en gezondheidsbeurs' organiseren om meer zichtbaarheid te geven aan de verschillende welzijns- en gezondheidsdiensten waar ik toegang toe kan hebben.

Gebruik(st)ers betrekken bij beslissingen over de welzijns- en gezondheidsdiensten, per zone (zorgzone).

**D5. Welke suggesties of ideeën heb je om de voorgestelde acties tot stand te helpen brengen?**

Burgers moeten kunnen meewerken aan het opstellen van een overzicht van de welzijns- en gezondheidsbehoeften en -diensten in een zone.

Periodiek een 'welzijns- en gezondheidsbeurs' organiseren om meer zichtbaarheid te geven aan de verschillende welzijns- en gezondheidsdiensten waar ik toegang toe kan hebben.

Gebruik(st)ers betrekken bij beslissingen over de welzijns- en gezondheidsdiensten, per zone (zorgzone).



**D6. Welke andere concrete actie(s) zou(den) volgens jou kunnen worden uitgevoerd op dit vlak?**

*Ter herinnering, het domein 'KENNIS' verwijst naar alles waarmee de zorg- en socialehulpverleners de behoeften van burgers beter kunnen kennen, net als de andere diensten en dienstverleners inzake gezondheid en sociale hulp. Het is ook wat hen in staat stelt een overzicht te maken om aan die behoeften te voldoen.*

## Sectie E: NETWERK

**E1. Welke volgorde zou je aan de hieronder vermelde concrete acties toekennen, gezien vanuit jouw activiteit?**

*Rangschik de voorgestelde acties door ze in het onderstaande vak 'jouw keuzes' te plaatsen.. Dubbelklik of neem/sleep het (de) element(en) van de bovenste lijst ('Jouw rangschikking') naar de onderste lijst ('Jouw keuzes'). Jouw keuzes worden automatisch genummerd in volgorde van voorkeur #1, #2, #3,... in het vak 'Jouw keuzes' hieronder.*

*Als er acties zijn die u niet relevant lijken, kun je die weglaten.*

*Bij de volgende vraag kun je aangeven onder welke omstandigheden zij voor jou relevant lijken.*

*Deze acties houden verband met de opdracht 'NETWERK'. Ter herinnering: deze opdracht omvat het ondersteunen van een dynamiek die de onderlinge kennis, het vertrouwen en de collectieve identiteit met betrekking tot het referentiegebied en de bevolking ervan bevordert, en zo een gevoel van collectieve verantwoordelijkheid voor deze bevolking wil ontwikkelen.*

'Immersie - of inleefsessies' organiseren voor zorg- en socialehulpverleners in welzijns- en gezondheidsstructuren of praktijkomgevingen die verschillen van de hunne.

De organisatie van ontmoetingen tussen professionals ondersteunen (plaats, logistiek, organisatie, planning).

Een digitaal platform opzetten voor elke zorgzone, waarop algemene informatie kan worden uitgewisseld en een agenda van welzijns- en gezondheidsactiviteiten kan worden gedeeld.

De organisatie van permanenties binnen de zorgzone ondersteunen in de vorm van 'gedeelde wachtdiensten' om de toegang tot bepaalde welzijns- en gezondheidsdiensten 's avonds en in het weekend uit te breiden.





**E5. Welke suggesties of ideeën heb je om de voorgestelde acties tot stand te helpen brengen?**

De organisatie van ontmoetingen tussen professionals ondersteunen (plaats, logistiek, organisatie, planning).

Voor elk zone (zorgzone) een website maken met een reeks welzijns- en gezondheidsactiviteiten, met de mogelijkheid om deze site aan te vullen.

De toegang tot de basisdiensten op het vlak van welzijn en gezondheid 's avonds en in het weekend uitbreiden.

**E6. Welke andere concrete actie(s) zou(den) volgens jou kunnen worden uitgevoerd op dit vlak?**

*Ter herinnering, het domein 'NETWERK' omvat alles wat het voor de zorg- en socialehulpverleners mogelijk maakt om samen te werken volgens de specifieke behoeften van de personen die zij begeleiden. Dat omvat ook alles wat het voor hen mogelijk maakt om actief samen te werken met ALLE diensten, naast hun gebruikelijke contacten indien nodig.*

**Sectie F: COORDINATIE**

**F1. Welke volgorde zou je aan de hieronder vermelde concrete acties toekennen, gezien vanuit jouw activiteit?**

*Rangschik de voorgestelde acties door ze in het onderstaande vak 'jouw keuzes' te plaatsen.. Dubbelklik of neem/sleep het (de) element(en) van de bovenste lijst ('Jouw rangschikking') naar de onderste lijst ('Jouw keuzes'). Jouw keuzes worden automatisch genummerd in volgorde van voorkeur #1, #2, #3,... in het vak 'Jouw keuzes' hieronder.*

*Als er acties zijn die u niet relevant lijken, kun je die weglaten.*

***Bij de volgende vraag kun je aangeven onder welke omstandigheden zij voor jou relevant lijken.***

*Deze acties houden verband met de opdracht 'COÖRDINATIE'. Ter herinnering: deze opdracht is gericht op het organiseren van de afstemming tussen de actoren die betrokken zijn bij complexe situaties en het beheer van de middelen die ter beschikking worden gesteld van de actoren in de zorgzone (met name in geval van een uitzonderlijke gezondheidssituatie).*

De onderlinge koppeling van transversale en coördinerende functies en de koppeling met individuele begeleidingsfuncties organiseren.

Een reflectie op gang brengen om het aanbod van welzijns- en gezondheidsdiensten beter te verdelen en ervoor te zorgen dat alle behoeften binnen de zorgzone worden gedekt.

In elke zorgzone een 'onestopshop' voor welzijns- en gezondheidsdiensten creëren voor professionals en gebruik(st)ers: permanenties, ontmoetingsruimten, vergaderzalen enz.

Opzetten van systematische protocollen voor ontslagen uit het ziekenhuis, vrijlatingen uit de gevangenis, niet meer dakloos zijn enz., inclusief een dossier waarin staat met welke professionals dit protocol moet worden geactiveerd.





**F6. Welke andere concrete actie(s) zou(den) volgens jou kunnen worden uitgevoerd op dit vlak?**

*Ter herinnering: het domein 'COÖRDINATIE' verwijst naar alles wat professionals in staat stelt met elkaar te overleggen en gecoördineerd samen te werken in complexe of uitzonderlijke situaties.*

## **Sectie G: PREVENTIE EN BEVORDERING VAN DE GEZONDHEID**

**G1. Welke volgorde zou je aan de hieronder vermelde concrete acties toekennen, gezien vanuit jouw activiteit?**

*Rangschik de voorgestelde acties door ze in het onderstaande vak 'jouw keuzes' te plaatsen.. Dubbelklik of neem/sleep het (de) element(en) van de bovenste lijst ('Jouw rangschikking') naar de onderste lijst ('Jouw keuzes'). Jouw keuzes worden automatisch genummerd in volgorde van voorkeur #1, #2, #3,... in het vak 'Jouw keuzes' hieronder.*

*Als er acties zijn die u niet relevant lijken, kun je die weglaten.*

*Bij de volgende vraag kun je aangeven onder welke omstandigheden zij voor jou relevant lijken.*

*Deze acties houden verband met de opdracht 'PREVENTIE en BEVORDERING VAN DE GEZONDHEID'. Ter herinnering: deze opdracht is gericht op de ontwikkeling van een lokale dynamiek die gunstig is voor de gezondheid en de levenskwaliteit.*

Professionals opleiden om gebruik(st)ers te helpen informatie over hun gezondheid en sociale situatie te begrijpen en te gebruiken.

De kennis van professionals ondersteunen door het verspreiden van methoden en instrumenten voor samenwerking, voor het luisteren naar en identificeren van de levensdoelen van mensen.

Inclusieve praktijken bevorderen om de diensten toegankelijker te maken voor alle doelgroepen: niet-stigmatisering, ruimere openingstijden, opvangtijden enz.

Burgers bewust maken van welzijns- en gezondheidskwesties door middel van communicatiecampagnes die zijn aangepast aan het niveau van de zorgzone.



**G2. Je kunt suggesties doen om de modaliteiten van de voorgestelde acties te specificeren, zodat ze aan jouw behoeften, werkomstandigheden en wensen kunnen worden aangepast.**

Professionals opleiden om gebruik(st)ers te helpen informatie over hun gezondheid en sociale situatie te begrijpen en te gebruiken.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

De kennis van professionals ondersteunen door het verspreiden van methoden en instrumenten voor samenwerking, voor het luisteren naar en identificeren van de levensdoelen van mensen.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Inclusieve praktijken bevorderen om de diensten toegankelijker te maken voor alle doelgroepen: niet-stigmatisering, ruimere openingstijden, opvangtijden enz.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Burgers bewust maken van welzijns- en gezondheidskwesties door middel van communicatiecampagnes die zijn aangepast aan het niveau van de zorgzone.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**G3. Welke andere concrete actie(s) zou(den) volgens jou kunnen worden uitgevoerd om de opdracht 'PREVENTIE en BEVORDERING VAN DE GEZONDHEID' binnen de zorgzone te ondersteunen?**

*Ter herinnering: de opdracht 'PREVENTIE en BEVORDERING VAN DE GEZONDHEID' is gericht op de ontwikkeling van een lokale dynamiek die gunstig is voor de gezondheid en de levenskwaliteit.*

**G4. Welke volgorde zou je aan de hieronder vermelde concrete acties toekennen op basis van jouw ervaring?**

***Rangschik de voorgestelde acties door ze in het rechtse vak te plaatsen.. Dubbelklik of neem/sleep het (de) element(en) van de linker- naar de rechterkant, met de actie met de hoogste prioriteit bovenaan in de lijst, tot de actie met de laagste prioriteit onderaan.***

***Als er acties zijn die u niet relevant lijken, kun je die weglaten.***

***Bij de volgende vraag kun je aangeven onder welke omstandigheden zij voor jou relevant lijken.***

*Ter herinnering, het domein 'PREVENTIE en BEVORDERING VAN DE GEZONDHEID' bestaat uit het ondersteunen en creëren van lokale initiatieven die de gezondheid en de levenskwaliteit bevorderen.*

Begeleid worden om informatie over mijn gezondheid en mijn sociale situatie (of die van mijn naasten) te begrijpen en te gebruiken.

Inclusieve praktijken bevorderen om de diensten toegankelijker te maken voor alle doelgroepen: niet-stigmatisering, ruimere openingstijden, opvangtijden enz.

Burgers bewust maken van welzijns- en gezondheidskwesties door middel van communicatiecampagnes die zijn aangepast aan het niveau van de zorgzone.



**G5. Welke suggesties of ideeën heb je om de voorgestelde acties tot stand te helpen brengen?**

Begeleid worden om informatie over mijn gezondheid en mijn sociale situatie (of die van mijn naasten) te begrijpen en te gebruiken.

Inclusieve praktijken bevorderen om de diensten toegankelijker te maken voor alle doelgroepen: niet-stigmatisering, ruimere openingstijden, opvangtijden enz.

Burgers bewust maken van welzijns- en gezondheidskwesties door middel van communicatiecampagnes die zijn aangepast aan het niveau van de zorgzone.

**G6. Welke andere concrete actie(s) zou(den) volgens jou kunnen worden uitgevoerd op dit vlak?**

*Ter herinnering, het domein 'PREVENTIE en BEVORDERING VAN DE GEZONDHEID' bestaat uit het ondersteunen en creëren van lokale initiatieven die de gezondheid en de levenskwaliteit bevorderen.*

**Sectie H: Nog iets toe te voegen ?**

**H1. Je kunt hier opmerkingen, ideeën of concrete acties toevoegen voor de geïntegreerde organisatie van welzijns- en gezondheidsdiensten op het niveau van de zorgzone.**

**H2. Je kunt hier opmerkingen, ideeën of concrete acties toevoegen om beter begeleid te worden als burger en gebruik(st)er van diensten voor gezondheidszorg en sociale ondersteuning.**



**Bedankt voor je waardevolle deelname!**

**Jouw bijdrage zal worden opgenomen in het operationele verslag van het Veranderatelier, dat concrete acties, de middelen om die te verwezenlijken en de planning van de uitvoering ervan zal omvatten.**

**Dit verslag zal in het voorjaar van 2023 beschikbaar zijn op de websites van Brusano en CBCS.**

**Wordt vervolgd!**

**Een initiatief van de vzw's Brusano en CBCS**

**In samenwerking met Crebis Met de steun van de GGC**

# Compte-rendu des 3 rencontres exploratoires

## 1/ RAPPEL DE L'OBJECTIF DE CES RENCONTRES

### Contexte :

Sortie prochaine du PSSI (Plan social santé intégré), élaboré par le Cabinet du Ministre Maron, avec comme objectif général de repenser l'organisation du secteur social-santé en Région bruxelloise. Dans ce cadre, trois acteurs (CBCS, Brusano et le Crebis) se sont associés pour accompagner les professionnels de terrain dans la réflexion autour des enjeux porteurs et de la mise en œuvre du PSSI, politique publique centrale dans le secteur pour les années à venir. Avec pour but de donner une place aux professionnels de terrain dans le cadre de la future implémentation de cette politique publique.

### Objectif de ces 3 rencontres préparatoires :

C'est une phase exploratoire visant à dégager et comprendre les enjeux qu'implique une telle réorganisation pour les professionnels du secteur social-santé afin d'organiser les focus groups qui auront lieu dans le cadre des Ateliers du changement.

Une présentation succincte a été faite du PSSI (car pas encore public actuellement). L'objet de cette rencontre n'est pas d'émettre un avis (positif ou négatif) sur le PSSI mais de lancer la réflexion sur les enjeux sous-tendus par cette réorganisation, autour de différentes sous-thématiques.

Les 3 séances ont été enregistrées afin de pouvoir rédiger ce compte-rendu qui reprend seulement les grandes lignes. Les enregistrements ne seront utilisés qu'à ce but, à destination seule des participants des 3 rencontres exploratoires.

### Recrutement des participants :

Le recrutement s'est fait sur base d'un réseau de proximité du Crebis. On a sélectionné des services, des acteurs qui nous semblaient pouvoir porter un regard complémentaire sur le secteur social-santé bruxellois. C'est un listing relativement restreint d'associations/institutions déjà connues par le Crebis. Le recrutement pour les prochains dispositifs sera différent : appel large sur base d'un appel à candidature, équilibre à respecter (critères territoriaux, sectoriels, de postes, de genre...).

### Processus méthodologique général

Suite à ces 3 rencontres exploratoires, auront lieu les ateliers du changement d'octobre 2022 à janvier 2023.

Ces ateliers du changement vont se décliner en trois dispositifs :

- Un espace numérique permettant une consultation large sur des questions précises liées à l'amélioration de l'organisation du social-santé à Bruxelles.
- Des « portes ouvertes », des événements destinés à un panel large de professionnels et citoyens, avec pour objectif de faire connaître le PSSI et de collecter des avis, points de vue, sur la réorganisation du secteur social-santé bruxellois.
- Des espaces réflexifs transversaux, des focus groups, qui s'organisent dans chaque bassin, une rencontre par mois pendant quatre mois (d'octobre à janvier), avec une vingtaine de participants, et le même groupe de participants à chaque rencontre. Les groupes seront constitués suite à un appel à candidature. Les thématiques de travail vont se préciser grâce aux travaux des rencontres exploratoires.

### Déroulé des rencontres exploratoires :

- Présentation du contexte et du déroulé de la matinée
- Présentation succincte du PSSI
- Questions d'éclaircissement/réactions des participants
- Tour de table 1 : Exemples de problèmes rencontrés (concernant l'accès ou la continuité, selon les séances)

- Tour de table 2 : Problèmes (ce qui ne marche pas) et choses à améliorer (ce qu'il faudrait faire) (concernant l'accès ou la continuité, selon les séances)

Réflexion en 3 temps : réflexion personnelle/en binôme/débat

Note :

De nombreuses premières réactions concernaient le PSSI en lui-même (pas reprises ici car pas l'objet des rencontres). Ces réactions/critiques concernaient principalement le manque de transparence du processus du PSSI ainsi que le fait qu'il soit « fait à l'envers », c'est-à-dire que les travailleurs ne soient consultés qu'une fois le PSSI écrit et non pas avant. Les participants souhaitaient également savoir de quelle latitude ils disposaient pour faire bouger ce qui a déjà été fait.

## **2/ IDENTIFICATION DES PROBLEMES ET PISTES DE SOLUTIONS**

### **A. Thématique de l'accès**

#### **Problématiques actuelles en termes d'accès à l'aide et aux soins :**

**- Numérisation**

. L'accès numérique (même pour demande de rendez-vous) s'est développé, notamment avec le Covid.  
. L'accompagnement numérique et les EPN (espaces publics numériques) ne sont pas assez investis et manquent de temps accordé aux personnes.

**- Complexité administrative**

. Système administratif compliqué pour les personnes nouvellement arrivées mais aussi pour les belges. La crise du Covid (nombreuses pertes d'emploi) a mis en avant cette difficulté à savoir à qui s'adresser.  
. Démarches de plus en plus complexes, avec de plus en plus de contraintes.

**- Barrières individuelles/langue**

. Difficulté d'accès aux services (dès la prise de RDV) à cause de la barrière de la langue.  
. L'apprentissage de la langue n'est pas toujours une priorité : certaines personnes doivent d'abord subvenir à leurs besoins primaires.  
. Aspects culturels qui rendent parfois plus difficile la relation professionnelle et l'aide : conflits, dépendances, systèmes de valeurs.  
. Difficulté pour un indépendant de trouver un interprète.  
. Manque de connaissances/formation en sociologie chez certains professionnels (notamment médecins) afin de prévenir certains problèmes culturels.  
. Peur de la stigmatisation et auto-stigmatisation empêchant l'accès (par exemple personnes toxicomanes, sans-abri et travailleuses du sexe).

**- Territoire et déplacements**

. Les services à domicile effectuent beaucoup de dépassements de territoire, et passeront donc sans doute les limites du bassin.  
. Déplacements compliqués pour les médecins généralistes : pas parking, pas le droit d'utiliser les voies des taxis et bus... Ce qui nuit aux services à domicile.

## **Solutions qui existent/que vous proposez afin de faciliter l'accès aux soins et à l'aide :**

### **- Améliorer l'accueil**

- . Mettre en place des guichets.
- . Formations afin qu'il soit plus ouvert, humain et accueillant.

### **- Valoriser/former les travailleurs**

- . Notamment les aides familiales qui peuvent donner accès à plein de choses aux gens (informatique...).

### **- Comprendre ce qui ne fonctionne pas/développer ce qui fonctionne dans ce qui existe déjà**

- . Comprendre ce qui dysfonctionne dans les accompagnements numériques et les EPN.
  - . Service de cartes d'identité mobile qui marchait très bien. Développer ce système à d'autres choses.
  - . Mettre en avant les services de médiation interculturelle qui existent.
  - . Donner accès à notre langue pour les primo-arrivants et personnes déjà installées. Des ASBL offrent déjà des cours d'alphabétisation, à développer et démocratiser.
- Exemple : Asbl Dystopia, pour diminuer fracture numérique, CPAS leur fournissent des bons à distribuer pour du matériel usager.

### **- Mieux comprendre les besoins**

- . Besoin de temps pour discuter avec les personnes.
- . Il faudrait des espaces publics pour informer sur les droits, aller chercher les publics et la demande et faire venir les compétences dans ses propres locaux pour son propre public (cf. outreach).
- . Comment mieux transmettre les informations ?
- . Accès aux soins ambulatoires : importance du binôme psycho/social et difficulté à trouver des médecins.
- . Importance des structures bas seuil.

### **- Mieux informer/former les publics**

- . Apprendre aux gens à se connecter et à devenir autonomes.
- . Expliquer le fonctionnement belge à l'école.
- . Responsabilité de l'employeur d'expliquer toute une série d'éléments aux employés.

### **- Développer les partenariats et l'outreach**

- . Formaliser les partenariats et la réorientation vers les services.
  - . Avoir un service de proximité (au-delà des maraudes) pour des publics cibles précis, qui ne dépend pas d'un service précis, mais permette de garder le lien, d'éviter les ruptures.
  - . Comprendre pourquoi les équipes mobiles qui existent déjà ne fonctionnent pas.
  - . Beaucoup de structures ne sont pas accessibles de par leur cadre, leur organisation même. Imposer des permanences possibles, des accès sans RDV. Leur donner plus de souplesse afin de ne pas exclure les publics vulnérables.
- Exemple : Un assistant social de la Vierge noire vient une demie journée par mois faire une permanence chez Medikuregem, afin de se rendre disponibles pour tous. Lancé par une personne de chaque structure.
- Exemple : Projet Lama, permanence d'urgence tous les jours.

### **- Redéfinir l'administration afin qu'elle s'adapte à la réalité**

- . Les CPAS devraient apprendre d'autres types de pratiques (travailler sur l'accueil...).
- . Les administrations restent avec leurs bureaux fermés et ne correspondent pas à ce que le social-santé met en avant.
- . Le bicommunautaire devrait être inclusif : il devrait s'occuper aussi de ce qui est néerlandais et français.
- . Mettre en place 3 bases de données différentes : sociale, fiscale et santé. Et intégrer les nouveaux besoins à chacune de ces bases de données.

### **- Question du volontarisme des travailleurs**

- . Valorisation du travail de collaboration.
- . Valorisation du travail de réseau.
- . Case manager : position intéressante à développer. Prise de distance, vision que n'a pas un.e assistant.e social.e ou un.e coordina.t.eur.ice de soin.

### **- Se connaître au niveau intersectoriel**

- . Pas toujours facile de connaître l'offre (notamment dans services à domicile) : développer visibilité et connaissance intersectorielle.

### **- Pénurie des travailleurs dans certains secteurs**

- . Certains services sont surchargés de travail (logement, médiation dette...) : mieux organiser la charge de travail et embaucher davantage.

## **B. Thématique de la continuité**

### **Problématiques actuelles en termes de continuité de l'aide et des soins :**

#### **- Suivi des dossiers patients**

- . Continuité des informations médicales (état vaccinal, résultats des hôpitaux...), données éparpillées. Tout est informatisé mais rien n'est systématisé. Complicé malgré les plateformes santé.
- . Problème au sein des maisons médicales notamment.
- . Anciens médecins généralistes qui n'étaient pas informatisés.
- . Patients qui bougent : beaucoup de procédures administratives pour les suivre.

#### **- Barrière de la langue**

- . Difficulté de trouver un interprète, notamment lorsque la personne bouge.
  - . Capacité à formuler de l'aide et comprendre les codes des institutions.
- Si les personnes qui ont des difficultés à s'exprimer ne sont pas accompagnées par un éducateur ou assistant.e social.e, l'administration est opaque.
- . Forte présence de personnes sans-abris polonaises mais qu'une dizaine de travailleurs sociaux polonophones.

#### **- Saturation des services/complexité du système**

- . Éclatement des services.
- . Charge administrative des travailleurs : doivent passer d'une administration à une autre.
- . Manque de lisibilité de l'offre et du chemin à suivre pour les citoyens : plusieurs interlocuteurs et nécessité d'avoir un intermédiaire professionnel.
- . Délais d'attente trop longs (notamment hôpital, soin...) : beaucoup ne reviennent plus. Alors que les délais d'accès aux services ne font qu'augmenter.

### **- Sorties d'hôpital**

. Problème de sortie d'hospitalisation le vendredi après-midi sans que soins ne soient organisés, surtout pour les personnes sans-abris.

### **- Accès aux pharmacies**

. Des pharmacies refusent de s'occuper de certains patients précarisés, même s'ils ont des ordonnances.

### **- Les publics**

. La question du vieillissement en ville : personnes qui refusent de changer de logement car déracinement au niveau du quartier, voire de la rue.

. Évolution des publics : Les Roms ne sont plus un public prioritaire. Il n'y a pas de structures pour accueillir des groupes de 30 personnes qui ne veulent pas être séparés.

. 60% des personnes accueillies dans les structures pour SDF sont sans papiers : pas de continuité pour eux.

## **Solutions qui existent/que vous proposez afin d'assurer la continuité de l'aide et des soins :**

### **- Données/droits**

. Transfert des données du patient lorsqu'il change de commune entre CPAS.

. Dépasser frein juridique du consentement des usagers sur le transfert des données entre structures.

. Penser à l'ouverture des droits automatiques.

### **- Développer la qualité de l'accompagnement**

. Travailler sur l'empowerment : rendre à la personne sa capacité d'être actrice principale de ses choix de vie.

. Les travailleurs sociaux ont besoin de temps pour créer un lien de confiance et accompagner les personnes.

. Développer l'approche communautaire.

. Développer l'outreach

. Après le Covid plein de projets lancés notamment pour les personnes sans-abris. Mais pour un an seulement et déjà fait par d'autres (notamment médecins généralistes).

. Accompagnement mobile, gate opening : personne de référence qui aide à avoir accès. On ferme moins la porte aux personnes si elles sont accompagnées. Fonctionne bien mais prend beaucoup de temps. Important que le réseau reconnaisse cette personne et sa légitimité pour lui transmettre des informations sensibles.

→ Exemple : Coordination sociale de Laken a mis en place une permanence sur l'espace public avec des travailleurs sociaux et interprètes. Lutter contre la barrière numérique et de la langue. Tout se trouve au même endroit, autour de l'habitant.

### **- Renforcer le local**

. Antennes dans les quartiers où les gens peuvent aller chercher l'information.

. Penser promotion santé plutôt que seulement curatif.

. Lieux de lien sont une réponse intéressante.

. Agir de manière concertée de manière locale

. Renforcer l'existant local

. Travailler ensemble, participation

→ Exemple : Info bus à Uccle, un travailleur social tient la permanence pour faire connaître droits sociaux et services qui existent sur le territoire.

→ Exemple : Asbl Picol a ouvert des espaces populaires dans les quartiers où il y a déjà des réseaux

auto organisés, des associations avec des acteurs de quartier (travailleurs et habitants). Renforcer ces espaces qui existent déjà mais sont invisibles plutôt que d'en créer des nouveaux.

#### **- Améliorer les conditions de travail**

- . Améliorer le bien-être, le salaire, les contrats...
- . Secteur social en crise : il faudrait un espace pour prendre en compte cela.
- . Déstigmatiser : mieux faire comprendre des problématiques aux travailleurs.

#### **- Améliorer les liens et la communication entre services**

- . Savoir qui contacter au CPAS.
  - . Créer un lien de l'hôpital vers l'ambulatoire.
  - . Connaissance de ce qu'il y a comme service sur le territoire. Outil Bruxelles social.
- Avoir une cartographie actualisée des services et une vision commune de ce qu'on veut développer.
- . Nécessité d'un guichet unique pour éviter que chacun ait une petite partie de l'information.
  - . Sorties d'institutions : développer anticipation, prévention et coordination.
  - . Développer des réseaux par quartiers ou communes afin de simplifier la réorientation et éviter l'effet balle de ping-pong.

#### **- Au niveau des politiques**

- . Évaluer/mieux évaluer les politiques publiques et projets pilotes.
- . Organisation des structures et financements
- . Ne pas seulement contenir, mais agir de manière plus structurelle
- . Ne pas rester dans l'urgence. Travailler sur l'accès à la 1<sup>ère</sup> et à la 2<sup>ème</sup> ligne.
- . Dans les quartiers « plus riches », moins d'offre pour les personnes bruxelloises. Nécessité de collaborer avec des structures plus éloignées pour contrer le manque de réponse de proximité sur les communes plus riches.

#### **- Au niveau des acteurs**

- . Place des pharmacies (car réfractaires à certaines populations) : les localiser et les sensibiliser.
- Opérateur essentiel sur des questions de soins.
- . Rémunérer le temps de concertation des acteurs qui participent aux réunions.
  - . Continuer à encourager les CPAS à davantage participer aux espaces de concertation.
  - . Créer des structures : des dispensaires/pharmacies publiques dans les bassins pour les populations précaires. Rouvrir des AMU.

### **C. Thématique de l'approche par le territoire pour repenser le système d'aide et de soins**

#### **- Craintes sur la mobilité du public**

- . Risque de trop cadenciser le public dans un territoire.
- . Certains publics comme les personnes sans-abri ne vont pas respecter une zone, un bassin.
- . Comment les services non liés à un territoire vont pouvoir développer leurs actions ?
- . Offre inégalitaire et personnes blacklistées sur un territoire : importance de pouvoir sortir de son territoire pour certaines catégories de publics (ex : personnes toxicomanes).
- . Les populations sont plus mobiles qu'avant et n'ont plus forcément une inscription territoriale : éviter les ruptures.

#### **- Les limites de la territorialisation**

- . Bien définir les questions auxquelles l'approche territoriale ne répond pas.

- . Éviter de s'enfermer dans une échelle territoriale.
- . Territoire et continuité : Est-ce que ça fonctionne ensemble ?
- . Au niveau territorial, qu'est ce qui fait ancrage ? La domiciliation ? L'inscription au CPAS ?
- . Les équipes mobiles devraient être à un niveau macro. Ex : 107, par zone et par problématique.
- . Où peut se placer un service qui a une vision non territoriale ?
- . Question de la transmission des infos : éviter discontinuité lorsqu'on change de territoire.
- . Sur quels critères on détermine si un service se place au niveau d'un quartier ou au niveau d'un bassin ? Qui participe à quel niveau de concertation ?
- . Place des services qui ont besoin de travailler avec une population cible, et pas sur un territoire ?

#### **- Risque de renforcer des inégalités**

- . Certains territoires sont très confortables, d'autres submergés de demandes : risque de renforcer ces inégalités.
- . Difficulté quand tous les territoires ne sont pas couverts : s'assurer qu'il y a des réponses sur tous les territoires.
- . Prendre en compte les besoins pour répartir l'offre.
- . Risque d'être blacklisté sur une région entière et non plus uniquement sur une seule structure.

#### **- Faciliter les collaborations avec les administrations**

- . Logique de partenariat public-associatif. Amener les CPAS à s'impliquer davantage et à travailler de façon complémentaire avec l'associatif. Rigidité dans le travail avec les administrations pour les travailleurs sociaux. Rendre plus poreuses les cultures administratives/institutionnelles.
- . Découpage territorial des CLSS qui ne correspond pas aux zones des CPAS. Chaque CPAS a son propre fonctionnement.
- . Quelle place pour les CLSS dans les quartiers du PSSI ? Et quelle place de l'évaluation de ce dispositif dans la réflexion PSSI/ Évaluation menée par l'OSS ?

#### **- Évolution des services/formation**

- . Importance de prendre en compte l'axe prévention (notamment dans formation de tous les professionnels).
- . Développer l'accompagnement en logement.
- . Éviter de tout mettre dans des cases en développant des équipes polyvalentes.
- . Mettre en place des lieux uniques, une même structure pour social et santé et pluridisciplinaire.
- . Éviter qu'une personne trouve des réponses différentes dans un même lieu.
- . Travail à faire au sein des équipes sur les représentations : favoriser la confiance des travailleurs dans l'accueil des personnes sans être psy.
- . Quelle place pour les lieux de concertation existants ? Comment articuler ces différents lieux de concertation ? Comment articuler les logiques territoriales/les logiques sectorielles ?
- . Pour la concertation (équipes mobiles) mettre en place un accueil avec des permanences.

#### **- Outils**

- . Une cartographie de l'accès aux soins est un outil intéressant afin d'identifier facilement qui peut répondre à quoi.
- . Un guide qui nous permet de savoir qui fait quoi et comment.

## Verslag Noord – FG1

Datum : 11/10/2022    Plaats : Salon 58

11 deelnemers

Gespreksleider : Jacques Moriau, CBCS - Notities : Karine Boussart, CBCS

### Agenda

- Levensverhaal rond toegang, Ricarda
- Kwesties die het verhaal aan de orde stelt
- Mogelijke oplossingen

### Hoe we de kwestie van toegang hebben aangepakt

Toegankelijkheidsproblemen doen zich voor vanaf het maken van een afspraak, maar ook bij de verwerking van dossiers, zeker met de opmars van digitale technologie. Er is behoefte aan meer fysieke toegang tot diensten en meer persoonlijk contact, maar ook aan langere openingstijden om te voorkomen dat bijvoorbeeld werknemers die het al moeilijk hebben vrij moeten nemen om naar een afspraak te komen. De mensen aan het loket zouden ook dieper moeten graven dan het eerste verzoek van de gebruiker.

Daarnaast is er het probleem van de taal en de culturele aspecten, waarvoor meer contacten zouden kunnen worden gelegd met Ciré, Brussel onthaal, Setis, culturele bemiddelaars van het OCMW en ziekenhuizen.

We moeten ook rekening houden met de bijzondere moeilijkheden van een meer precair publiek, zelfs zonder papieren. Een moeilijker publiek dat sommige diensten niet (meer) willen. De verzadiging van de diensten leidt tot een feitelijke hiërarchie van de begunstigden en een weigering van de meest complexe gevallen.

Mensen hebben moeite om te bepalen tot wie zij zich kunnen wenden en komen met niet-medische verzoeken bij hun huisartsen. Registers van bestaande diensten zijn nodig, ook voor professionals. Er bestaan veel dingen, maar er is een gebrek aan links en informatie. Buiten een register kunnen we denken aan transversale immersies (BruZEL zal dit doen) maar ook aan een herkenbare doorverwijzer in de buurt die tijd heeft, op een neutrale laagdrempelige plaats waar iedereen kan komen, of dat binnen elke dienst iedereen welkom is en de professional moet zoeken naar het meest geschikte aanbod (gespecialiseerde opvang en ook laagdrempelig). Er bestaat een model voor samenwerking: het dienstenplatform dat toelaat te profiteren van elkaars ervaringen en waar iedereen zich engageert om snel te reageren. Doe een proefproject in Brussel. De tijd van koppeling/overleg/begeleiding moet zowel voor de werknemers als voor de vrije beroepen worden gefinancierd (fee-for-service financiering). Deze aanpak doet ook de kwestie van een gedeeld begunstigdenbestand tussen werknemers rijzen, en dus de kwestie van gegevensbescherming met toegang per beroep (bv. Abrumet). Een eenvoudig register zou al nuttig zijn (om te weten welke professionals de persoon heeft bezocht).

Bovendien moet de opleiding meerdere vaardigheden stimuleren en overspecialisatie tegengaan, zodat sommige professionals verschillende vaardigheden combineren (bv. infectioloog & SOA).

Mensen moeten op zoek gaan naar hun rechten, diensten zouden personen automatisch moeten informeren over hun rechten en over de manier waarop deze kunnen worden uitgeoefend, en moeten toewerken naar automatische rechten.

### Levensverhaal

Het levensverhaal komt overeen met een bepaalde realiteit, maar niet met die van alle professionals, omdat er meer ingewikkelde, meer precare situaties zijn. Het hebben van een baan opent al een hele reeks deuren en toch is het al ingewikkeld. In andere gevallen liggen de problemlagen boven elkaar. Fysieke toegankelijkheid (beperkte mobiliteit) of de digitale kloof zijn ook belangrijke obstakels voor de toegankelijkheid.

### Obstakels en oplossingen

#### Gemeen voor alle groepen

*Onderlinge kennis (tussen professionals): om de professionals in de sector beter te leren kennen is het nodig om het volgende te hebben:*

- Een uniek en volledig register (Regio)
- Een platform voor discussie en uitwisseling tussen professionals. Bv: Inter-CPAS hub chat (Zorgzone?)
- Opleiding voor alle werknemers over het register en het gebruik ervan. Bv: Uitbreiding van de opleiding van de openbare dienst (Gewest)
- Tijd en waarde geven voor overleg tussen professionals. Bv: aansluiten bij bestaande overleg (RIZIV) en faciliteren van een overlegrol (bv: via accreditatiepunten zoals in de Lokale Groepering Huisartsgeneeskunde) (Gewest)
- Een overdracht van vaardigheden van gespecialiseerde diensten naar generalistische diensten om sneller te kunnen reageren (Zorgzone)

#### *Erkenning en ondersteuning van informele netwerken*

- Mantelzorgers en andere informele netwerken : steun van deze netwerken (Regio?)

#### *Basisdiensten*

- Er moet een register zijn van bestaande voorzieningen, waarop de adviesraad zich moet baseren om nieuwe structuren goed te keuren (Gewest)
- Het aanbod op het grondgebied moet door de overheid beter worden geprogrammeerd volgens het bestaande aanbod om een evenwicht tussen vraag en aanbod te hebben (Zorgzone)
- Basisdiensten op wijkniveau, gespecialiseerd aanbod op zorgzoneniveau
- Groeperen van bepaalde structuren of ze meer complementair maken. Bv: Maia-model in Frankrijk - geïntegreerde diensten voor mensen met Alzheimer (Zorgzone)

#### *Begrijpelijkheid van de diensten voor de gebruiker*

- Vertaling van het unieke register in een gebruiksvriendelijke app (gesorteerde info en iconen). Bv: Le Bon Plan, Dune

- Een gratis nummer dat de vragen beantwoordt of naar andere diensten doorverwijst. Bv: Brusano Helpdesk, gratis nummer van FdSS
- Een kaart uit het unieke register afdrukken en ter beschikking stellen van alle verenigingen

#### *Rollen/functies die het dichtst bij de gebruiker staan*

- Eén contactpunt dat de persoon onder zijn hoede neemt en hem fysiek begeleidt tot er een overdracht is. Vervolgens controleert hij/zij of de persoon een antwoord op zijn verzoek heeft gekregen.
- Een fysieke ontvangst garanderen, niet alles in digitale vorm hebben, de tijdens Covid gesloten loketten heropenen
- Uitbreiding van de openingsuren

*Taal/cultuur:* beter gebruik maken van culturele bemiddelaars en tijd uittrekken voor culturele bemiddeling (voorlichting en bewustmaking van begunstigden over beschikbare diensten)

*Verzadiging van diensten:* mensen doorverwijzen naar verzadigde diensten heeft geen zin

*Verloop van maatschappelijk werkers* = instabiliteit van contactpersonen, door de werker opgebouwde netwerken vertrekken met de werker, geen tijd voor overdracht

#### *Gegevens*

- Diensten geven informatie aan de overheid, maar krijgen geen info terug
- Privacyregels (RGPD-GDPR)
- Weinig aandacht voor kwalitatieve gegevens
- Betere uitwisseling van gegevens. bv: Mediprima, elektronisch beheer van de door de OCMW's verleende medische hulp

#### *Voorwaardelijkheid*

- Procedures zijn er om de toegang tot rechten te bemoeilijken. Gedigitaliseerde informatie moet het automatische verkennen van rechten mogelijk maken. Bv: een maand wachttijd schrappen voor OCMW-dekking
- De moeilijkste groepen worden afgewezen
- Eenvoudige en identieke criteria voor de toegang tot rechten gebruiken. Bv: de BIM-status zou een basis zijn voor toegang tot een reeks rechten (en voorkomen dat de ene keer het BIM-criterium wordt gebruikt en de andere keer iets anders)

#### *Coherent beleid*

- Ondersteuning en versterking van de eerste lijn en de laagdrempeligheid
- Voortbouwen op wat al bestaat. Bv: projecten die werken, zoals de RAQ's, voortzetten in plaats van nieuwe te creëren; diensten die werken in 19 gemeenten laten bestaan.
- Gecombineerde acties zijn moeilijk omdat de bevoegdheden van verschillende niveaus komen. Bv: huisvesting+milieu OK maar huisvesting+gezondheid niet OK

#### **Genoemd door sommige groepen**

- Fysieke mobiliteit om op de plaats van afspraak te komen voor patiënten, maar ook moeilijkheden om zich te verplaatsen en te parkeren voor professionals (geen voorrang of doorgangsrechten)
- Anonimiteit van de gebruikers: er wordt steeds meer informatie gevraagd, hoe kan het recht op anonimiteit van de gebruikers worden gerespecteerd?
- Financiering: financiering wordt laat gekregen, en ook niet-geïndexeerd
- Neutrale plaats voor overleg, netwerken, opleiding, informatie, open voor professionals en het publiek (Zorgzone)
- Bezoeken brengen aan organisaties in de buurt (Bv: BruZEL transversale onderdompelingen, kijkstages) (Wijk)
- Het veld dwingen om zijn fiches voor het unieke register in te vullen en bij te werken. Incentives?
- CLSS (Contrats Locaux Social-Santé)-diagnoses gebruiken om het basisaanbod te bepalen, na evaluatie en verbetering ervan (Zorgzones)
- Verbetering van de samenwerking tussen publieke en privé actoren om de rivaliteit te verminderen (Gewest)
- Een gemeenschappelijke structurele naam hebben voor alle diensten die soortgelijke diensten aanbieden in alle wijken. Vzw's kunnen hun eigen naam behouden, maar een algemene gemeenschappelijke identificatienaam toevoegen om overal gemakkelijk herkenbaar te zijn (zoals medisch centrum of gezinsplanning)
- Opzetten van een apotheek in elke zorginstelling om onmiddellijke toegang tot geneesmiddelen te bieden (op basis van een ontvangen voorschrijven). Of het idee van een gratis apotheek
- Sleutelpersonen (buurtactoren, vrijwilligers, ervaringsdeskundigen, dienstgebruikers, enz.) bij het sociaal werk betrekken door hen op te leiden en te vergoeden
- Rekening houden met en uitvoering geven aan zaken voor zowel de algemene bevolking als voor specifieke doelgroepen (bv voor een groep als mensen met psychische problemen is het scheppen van een vertrouwensband essentieel). We mogen het een of het ander niet vergeten
- Bij de intersectorale coördinatie is het moeilijk elkaar te begrijpen omdat we niet in dezelfde realiteit leven
- Waardering en verbetering van integratietrajecten, ze beter kennen, formaliseren en toegankelijker maken (meer plaatsen hebben)

### Risico's en vragen bij de zorgzones

- Risico van nog een laag toe te voegen aan een reeds ingewikkeld systeem
- Vrije keuze van de patiënt en vrijheid om elke patiënt te nemen (zelfs uit andere zorgzones) moeten blijven
- De overgang van de ene zorgzone naar de andere moet gemakkelijk zijn
- Er moet aan een inter-zorgzones gedacht worden voor alle mobiele doelgroepen, en ook aan supralokale bruggen voor een publiek dat blacklisted is
- Let op de specifieke kenmerken van de zorgzones. De zorgzone West heeft bijvoorbeeld een bevolking die zichzelf niet verankert, vandaar de moeilijkheid om vertrouwen op te bouwen.

- Het gevaar bestaat dat reeds bestaande ongelijkheden worden benadrukt, waardoor een problematische "entre-soi" ontstaat
- Houd twee zorgniveaus aan: regionale logica (toewijzing van verzoeken) / lokale logica (verwerking van verzoeken). Zodat mensen kunnen worden ontvangen en gevolgd op een lokaal niveau dicht bij hun woonplaats, ook al worden de aanvragen vervolgens gecentraliseerd en toegekend op een breder regionaal niveau
- Verduidelijking van de term "responsabilité populationnelle - verantwoordelijkheid voor de bevolking", die in de eerste plaats een politieke verantwoordelijkheid is (het geven van de middelen) en pas nadien een verantwoordelijkheid van de actoren op het terrein

#### Kwesties die verder gaan dan de focus groepen maar die wel moeten worden gemeld

- Regularisatie van migranten zonder papieren
- Verkeer van personen (Vlamingen, Walen in Brussel): revalidatieovereenkomsten tussen mutualiteiten
- Mensen die niet in de hokjes van de administratie passen en uitgesloten worden van hulp.  
Bv: middenklasse persoon net op de grens van de steunverlening

#### Volgend Focus Group (22.11, 12-14u - Byrrh, Dieudonné Lefèvrestraat 4 - 1020 Brussel - lunch ter plaatse)

We zullen het thema CONTINUÏTEIT behandelen, maar ook de vraag in gedachten houden rond wat we nodig hebben om :

- Een dienstenplatform op zorgzoneniveau op te richten en wat de missie daarvan zou zijn?
- Een dubbele snelheid binnen de zorgzone te ondersteunen (algemene en gespecialiseerde opvang)?
- Overleg te helpen plaatsvinden, wat zou de rol van de zorgzone kunnen zijn?
- Vorm te geven aan een gedeeld begunstigdenbestand?

## Compte-rendu Nord – FG1

Date : 11/10/2022      Lieu : Salon 58

Wenst u dit verslag in het Nederlands te krijgen, contacteer: [kboussart@cbcs.irisnet.be](mailto:kboussart@cbcs.irisnet.be)

11 participants

Animateur : Jacques Moriau, CBCS - Prise de notes : Karine Boussart, CBCS

### Agenda du jour

- Vignette Accessibilité, Ricarda
- Tour de table problèmes évoqués par la vignette
- Pistes de solutions

### Comment la question de l'accessibilité a été abordée

Les problèmes d'accessibilité se rencontrent dès la prise de rendez-vous mais aussi dans le traitement des dossiers, certainement avec la poussée du numérique. Il faut plus d'accès physique aux services et plus de contacts de personne-à-personne mais aussi élargir les heures d'ouverture pour éviter par ex que les travailleurs précaires doivent prendre congé pour venir au rendez-vous. Il faudrait aussi que les personnes au guichet creusent plus loin que la première demande de l'utilisateur.

À cela se rajoute le problème de langue et les aspects culturels où on pourrait faire plus d'outreaching avec le Ciré, Bruxelles accueil, Setis, médiateurs culturels CPAS et hôpitaux.

Il faut aussi tenir compte des difficultés particulières à un public plus précaire, voire sans-papiers. Un public plus précarisé dont certains services ne veulent pas/plus. La saturation des services cause de facto une hiérarchisation dans les bénéficiaires et un refus des cas les plus complexes.

Les personnes identifient difficilement à qui elles peuvent s'adresser et arrivent avec des demandes non-médicales auprès de leurs médecins généralistes. Des répertoires de l'existant sont nécessaires, aussi pour les professionnels. Il y a beaucoup de choses qui existent mais les liens et les infos manquent. Au-delà du répertoire, on peut penser à des immersions transversales (BruZEL le fera) mais aussi à un relais généraliste identifiable dans le quartier qui ait le temps, dans un lieu bas seuil neutre où chacun peut venir ou encore qu'au sein de chaque service, chacun soit le bienvenu et au professionnel de rechercher l'offre la plus adéquate (accueil spécialisé et tout-venant) Un modèle existe pour la coopération : la plateforme de service qui permet de profiter des expériences de l'un et de l'autre et où chacun prend un engagement à réagir rapidement. Faire un projet-pilote à Bruxelles. Ce temps de lien/concertation/redirection doit être financé tant pour les salariés que pour les professions libérales (financement à l'acte). Cette approche pose aussi la question d'un dossier bénéficiaire partagé entre travailleurs, et du coup la question de la protection des données avec des accès par profession (ex : Abrumet). Une simple fiche serait déjà utile (savoir par quels professionnels la personne est passée).

Au-delà de ça, la formation devrait pousser les compétences multiples et diminuer la sur-spécialisation pour que certains professionnels regroupent plusieurs compétence (ex : infectiologue & MST).

Les personnes doivent aller à la recherche de leurs droits, il faudrait que les services informent d'office la personne de ses droits et comment y accéder et aller vers une automaticité des droits.

### La vignette

La vignette correspond à une certaine réalité mais pas celle de tous les professionnels parce qu'il y a des situations plus compliquées, plus précaires. Le fait d'avoir un emploi ouvre déjà toute une série de portes et pourtant c'est déjà compliqué. Dans d'autres cas, les couches de problèmes se superposent. L'accessibilité physique (mobilité réduite) ou fracture numérique sont aussi des freins importants à l'accessibilité.

## Freins et pistes de solutions

### Communs à tous les groupes

*Interconnaissance (entre professionnels) : pour mieux connaître les professionnels du secteur, il faut :*

- Un répertoire unique et complet (Région)
- Une plateforme de discussion et d'échange entre professionnels. Ex : Hub chat inter-CPAS (Bassin ?)
- Une formation de tous les travailleurs sur le répertoire et son utilisation. Ex : élargir formation de l'École de formation du service public (Région)
- Accorder le temps et valoriser la concertation des travailleurs. Ex : raccrocher aux concertations existantes (INAMI) et faciliter le rôle de concertation (ex : par des points d'accréditation comme dans le Groupement Local de médecine Générale) (Région)
- Un transfert de compétences des services spécialisés vers des services généralistes pour réagir plus rapidement (Bassin)

*Reconnaissance et soutien des réseaux informels*

- Pair-aidants et autres : soutien de ces réseaux (Région ?)

*Offre de base*

- Il doit exister un cadastre de l'existant, sur lequel le conseil consultatif devrait se baser pour agréer de nouvelles structures (Région)
- L'offre sur le territoire doit être mieux programmée par les pouvoirs publics en fonction de l'existant et pour avoir une adéquation offre-demande (Bassin)
- Offre généraliste au niveau quartier, offre spécialisée au niveau bassin
- Regroupement de certaines structures ou les rendre plus complémentaires. Ex : modèle Maia en France - services intégrés pour personnes atteintes d'Alzheimer) (Bassin)

*Lisibilité des services pour l'utilisateur*

- Traduction du répertoire unique en une app facile à utiliser (infos triées et icônes). Ex : Le Bon Plan, Dune
- Avoir un numéro d'appel gratuit qui répond ou redirige. Ex : Helpdesk Brusano, Numéro Vert FdSS
- Impression d'une carte extraite du répertoire commun mise à disposition dans toutes les asso

#### *Rôles/fonctions au plus près de l'utilisateur*

- Référent unique qui prend la personne en charge et l'accompagne physiquement jusqu'à ce qu'il y ait un relais et vérifie après que la personne a bien reçu une réponse à sa demande.
- Garantir accueil physique, ne pas tout avoir en numérique, rouvrir les guichets fermés lors de Covid
- Élargir horaires

*Langue/culture* : mieux utiliser médiateurs culturels et dédier du temps à la médiation culturelle (informer et sensibiliser les bénéficiaires sur les services disponibles)

*Saturation des services* : renvoyer des personnes vers des services saturés n'a pas de sens

*Turn-over travailleurs sociaux-santé* = instabilité des personnes de contact, réseaux construits par le travailleur partent avec le travailleur, aucun temps pour la transmission

#### *Données*

- Les services donnent des infos aux autorités publiques mais ne reçoivent rien en retour
- Les règles privacy (RGPD-GDPR)
- Peu de prise en compte de données qualitatives
- Meilleur partage de données. Ex : Mediprima, gestion électronique de l'aide médicale octroyée par les CPAS

#### *Conditionnalité*

- Les procédures sont là pour compliquer l'accès aux droits. Les infos digitalisées doivent permettre automaticité. Ex : supprimer mois de carence de la prise en charge CPAS
- Les publics les plus difficiles sont rejetés
- Utiliser des critères simples et identiques pour l'accès aux droits. Ex : le statut de BIM serait une base pour accéder à une série de droits (et éviter qu'une fois ce soit le critère BIM qui soit utilisé et une autre fois autre chose)

#### *Cohérence politique*

- Soutenir et renforcer la première ligne et le bas seuil
- S'appuyer sur l'existant. Ex : pérenniser les projets qui fonctionnent comme les RAQ plutôt que d'en créer de nouveaux, laisser en place les services qui travaillent sur 19 communes
- Les actions combinées sont difficiles parce que les compétences émanent de niveaux différents. Ex : logement+environnement OK mais logement+santé pas OK

### Évoqués par certains groupes

- Mobilité physique pour se rendre au lieu de rdv pour les patients mais aussi difficulté de se déplacer et de se garer pour les professionnels (pas de priorité ou droits de passage)
- Anonymat des usagers : de plus en plus d'infos sont demandées, comment respecter le droit à l'anonymat des usagers ?
- Financement : reçoit le financement en retard, financement non-indexé
- Un lieu neutre de concertation, mise en réseau, formation, information, ouvert aux professionnels et au public (Bassin)
- Faire des visites des organisations du quartier (Ex : immersions transversales BruZEL, kijkstages) (Quartier)
- Obliger le terrain à remplir et mettre à jour les fiches pour le répertoire. Incentives ?
- Utilisation des diagnostics CLSS pour définir l'offre de base, après les avoir évalués et améliorés (Bassin)
- Améliorer la collaboration entre les acteurs du public et du privé afin d'atténuer les rivalités (Région)
- Avoir un nom commun structurel pour tous les services qui proposent des offres similaires dans tous les quartiers. Les asbl peuvent garder leur nom propre, mais ajouter un nom d'identification commun général afin d'être facilement identifiées partout (comme maison médicale ou planning familial)
- Mettre en place un dispensaire dans chaque bassin de soin afin d'avoir accès instantanément à un traitement (sur base d'une prescription reçue). Ou idée d'une pharmacie gratuite
- Inclure des personnes clés (acteurs du quartier, bénévoles, experts du vécu, usagers des services, ...) dans le travail social en les formant et les rémunérant
- Prendre en compte et mettre en place des choses à la fois pour la population générale mais aussi pour des publics cibles (ex : pour un public comme les personnes qui ont des problèmes de santé-mentale, créer un lien de confiance est essentiel). Ne pas oublier l'un ou l'autre.
- Dans la coordination intersectorielle, difficulté à se comprendre car nous ne vivons pas les mêmes réalités
- Valoriser et améliorer les parcours d'intégration, mieux les connaître, les formaliser et les rendre plus accessibles (plus de place)

### Risques et questions sur le bassin

- Risque de rajouter une couche à un système déjà compliqué
- Liberté de choix du patient et liberté de prendre tout patient (même d'autres bassins)
- Passation d'un bassin à l'autre doit être facile
- Penser un espace interbassin pour tous les publics mobiles. Et réfléchir à des ponts en supralocal pour les publics blacklistés
- Être attentif aux spécificités des bassins. Ex : bassin Ouest a une population qui ne s'ancre pas, d'où difficulté de tisser lien de confiance
- Danger de souligner des inégalités qui existent déjà, créer un entre-soi problématique
- Garder deux niveaux de prise en charge : logique régionale (octroi demandes) / logique locale (traitement des demandes). Afin que les personnes puissent être reçues et suivies à un

niveau local près de chez elles, même si les demandes ensuite sont centralisées et octroyées à un niveau régional plus large

- Clarifier le terme de « responsabilité populationnelle » qui est tout d'abord une responsabilité politique (donner les moyens) avant d'être une responsabilité des acteurs de terrain

#### Questions qui dépassent les FG mais qu'il faudrait signaler

- Régularisation sans-papiers
- Circulation des personnes (Flamands, Wallons à Bruxelles) : convention de revalidation inter-mutuelles
- Personnes qui ne rentrent pas dans les cases de l'administration et qui sont exclus des aides.  
Ex : personne de classe moyenne juste à la limite de l'octroi d'aide

Prochain Focus Group (22.11, 12-14h - Byrrh, rue Dieudonné Lefèvre 4 - 1020 Bxl - lunch fourni)

Nous aborderons le thème de LA CONTINUITE mais garderons aussi en tête la question de savoir ce qu'il nous faut pour :

- Mettre en place une plateforme de services à l'échelle du bassin et quelle en serait sa mission ?
- Comment le bassin peut appuyer la double vitesse (accueil tout venant et spécialisé)
- Comment le bassin peut aider à la concertation ?
- Comment avoir un dossier bénéficiaire partagé ?

## Compte-rendu Nord-Est – FG1

Date : 27/10/2022      Lieu : Transforma - Evere

Wenst u dit verslag in het Nederlands te krijgen, contacteer: [kboussart@cbcs.irisnet.be](mailto:kboussart@cbcs.irisnet.be)

15 participants

Animateur : Jacques Moriau, CBCS - Prise de notes : Valentina Marziali, Crebis

### Agenda du jour

- Vignette Accessibilité, Ricarda
- Tour de table problèmes évoqués par la vignette
- Pistes de solutions

## Comment la question de l'accessibilité a été abordée

L'accessibilité a tout d'abord été abordée sous l'aspect de la saturation des services et l'impossibilité de réorienter vers des services déjà saturés. Nous discutons de la prise en charge et soins des publics cibles, mais il faudrait discuter au même temps de la prise en charge de « la fatigue » des travailleurs social-santé. Collaborer est une bonne idée, mais le travail en réseau non seulement n'est pas valorisé (les secteurs sont cloisonnés) mais aussi les travailleurs n'ont pas le temps pour le valoriser. Il faudrait donner des moyens financiers pour que les travailleurs puissent avoir le temps de se rencontrer et se coordonner.

Ensuite, il a été soulevé le problème de la mobilité à la fois des personnes et des travailleurs social-santé. À l'heure actuelle trouver des kinés, ou autres travailleurs santé indépendants prêts à se déplacer semble être assez difficile. Aussi, les temporalités des travailleurs social-santé ne sont parfois pas en accord avec celles des usagers (exemple de sortie d'hôpital d'une Madame avec les deux bras cassés vivant seule, sans s'assurer qu'elle ait un aide à domicile). Il ne faudrait pas non plus sous-évaluer les aspects de la confiance qui se tisse entre les assistants sociaux et les personnes prises en charge. Nous ne pouvons pas demander aux personnes de changer leur travailleur social-santé de référence car il n'appartient pas/plus à son bassin (cela renvoie aux questions de liberté de choix des patients).

Puis, l'accessibilité a été traitée sous l'angle de la connaissance non seulement des services qui se trouvent dans un même territoire, mais aussi des réseaux formels et informels qui sont utilisés pour les personnes en quête d'une aide.

Enfin, il a été question de comment établir une offre adéquate au niveau du quartier (le modèle de Bruxelles à 15 minutes à pied ou à vélo a été évoqué) tout en évitant les mégastuctures, les concentrations, la création des nouvelles frontières-barrières.

### Vignette

En générale le cas présenté dans la vignette met bien en évidence des problèmes d'accès rencontrés ou connus par les participants : des problèmes de langue et culture, des problèmes des accumulations des vulnérabilités et problématiques rencontrés, une méconnaissance des aides et des droits, couplée à un manque de confiance vis-à-vis des services et des institutions, le rôle de la communauté ou des paires-aidant dans de situation de nécessité ou de crise.

Au même temps, selon les intervenants la vignette ne développe pas assez toute une série des problèmes qui pourraient caractériser la situation de la protagoniste même, à savoir : des problèmes de violence conjugale qu'elle aurait pu vivre avant de rester seule avec trois enfants, des problèmes de santé mentale liée à sa situation (dépression, anxiété), des problèmes d'accès aux services dans des horaires de travail ou en ligne (fracture numérique).

Enfin, la vignette ne tient pas compte ni de problèmes qui caractérisent d'autres publics comme celui de poli consommateurs avec leurs pertes de repères et des documents ou celui des personnes âgées avec leurs problèmes de mobilités et leurs bas revenus qui les exclues des certains droits. Ni des assistants sociaux, bénévoles ou travailleurs social-santé, qui effectuent bien leur travail malgré le manque d'informations claires, les changements perpétuels des outils et des lois et la saturation des services.

## Freins et pistes de solutions

### Communs à tous les groupes

*Interconnaissance (entre professionnels) : pour mieux connaître les professionnels du secteur, il faut :*

- Un répertoire unique et complet (Région)
- Une plateforme de discussion et d'échange entre professionnels. Ex : Hub chat inter-CPAS (Bassin ?)
- Une formation de tous les travailleurs sur le répertoire et son utilisation. Ex : élargir formation de l'École de formation du service public (Région)
- Accorder le temps et valoriser la concertation des travailleurs. Ex : raccrocher aux concertations existantes (INAMI) et faciliter le rôle de concertation (ex : par des points d'accréditation comme dans le Groupement Local de médecine Générale) (Région)
- Un transfert de compétences des services spécialisés vers des services généralistes pour réagir plus rapidement (Bassin)

*Reconnaissance et soutien des réseaux informels*

- Pair-aidants et autres : soutien de ces réseaux (Région ?)

*Offre de base*

- Il doit exister un cadastre de l'existant, sur lequel le conseil consultatif devrait se baser pour agréer de nouvelles structures (Région)
- L'offre sur le territoire doit être mieux programmée par les pouvoirs publics en fonction de l'existant et pour avoir une adéquation offre-demande (Bassin)
- Offre généraliste au niveau quartier, offre spécialisée au niveau bassin

- Regroupement de certaines structures ou les rendre plus complémentaires. Ex : modèle Maia en France - services intégrés pour personnes atteintes d'Alzheimer) (Bassin)

#### *Lisibilité des services pour l'utilisateur*

- Traduction du répertoire unique en une app facile à utiliser (infos triées et icônes). Ex : Le Bon Plan, Dune
- Avoir un numéro d'appel gratuit qui répond ou redirige. Ex : Helpdesk Brusano, Numéro Vert FdSS
- Impression d'une carte extraite du répertoire commun mise à disposition dans toutes les asso

#### *Rôles/fonctions au plus près de l'utilisateur*

- Référent unique qui prend la personne en charge et l'accompagne physiquement jusqu'à ce qu'il y ait un relais et vérifie après que la personne a bien reçu une réponse à sa demande.
- Garantir accueil physique, ne pas tout avoir en numérique, rouvrir les guichets fermés lors de Covid
- Élargir horaires

*Langue/culture* : mieux utiliser médiateurs culturels et dédier du temps à la médiation culturelle (informer et sensibiliser les bénéficiaires sur les services disponibles)

*Saturation des services* : renvoyer des personnes vers des services saturés n'a pas de sens

*Turn-over travailleurs sociaux-santé* = instabilité des personnes de contact, réseaux construits par le travailleur partent avec le travailleur, aucun temps pour la transmission

#### *Données*

- Les services donnent des infos aux autorités publiques mais ne reçoivent rien en retour
- Les règles privacy (RGPD-GDPR)
- Peu de prise en compte de données qualitatives
- Meilleur partage de données. Ex : Mediprima, gestion électronique de l'aide médicale octroyée par les CPAS

#### *Conditionnalité*

- Les procédures sont là pour compliquer l'accès aux droits. Les infos digitalisées doivent permettre automaticité. Ex : supprimer mois de carence de la prise en charge CPAS
- Les publics les plus difficiles sont rejetés
- Utiliser des critères simples et identiques pour l'accès aux droits. Ex : le statut de BIM serait une base pour accéder à une série de droits (et éviter qu'une fois ce soit le critère BIM qui soit utilisé et une autre fois autre chose)

#### *Cohérence politique*

- Soutenir et renforcer la première ligne et le bas seuil
- S'appuyer sur l'existant. Ex : pérenniser les projets qui fonctionnent comme les RAQ plutôt que d'en créer de nouveaux, laisser en place les services qui travaillent sur 19 communes
- Les actions combinées sont difficiles parce que les compétences émanent de niveaux différents. Ex : logement+environnement OK mais logement+santé pas OK

### Évoqués par certains groupes

- Mobilité physique pour se rendre au lieu de rdv pour les patients mais aussi difficulté de se déplacer et de se garer pour les professionnels (pas de priorité ou droits de passage)
- Anonymat des usagers : de plus en plus d'infos sont demandées, comment respecter le droit à l'anonymat des usagers ?
- Financement : reçoit le financement en retard, financement non-indexé
- Un lieu neutre de concertation, mise en réseau, formation, information, ouvert aux professionnels et au public (Bassin)
- Faire des visites des organisations du quartier (Ex : immersions transversales BruZEL, kijkstages) (Quartier)
- Obliger le terrain à remplir et mettre à jour les fiches pour le répertoire. Incentives ?
- Utilisation des diagnostics CLSS pour définir l'offre de base, après les avoir évalués et améliorés (Bassin)
- Améliorer la collaboration entre les acteurs du public et du privé afin d'atténuer les rivalités (Région)
- Avoir un nom commun structurel pour tous les services qui proposent des offres similaires dans tous les quartiers. Les asbl peuvent garder leur nom propre, mais ajouter un nom d'identification commun général afin d'être facilement identifiées partout (comme maison médicale ou planning familial)
- Mettre en place un dispensaire dans chaque bassin de soin afin d'avoir accès instantanément à un traitement (sur base d'une prescription reçue). Ou idée d'une pharmacie gratuite
- Inclure des personnes clés (acteurs du quartier, bénévoles, experts du vécu, usagers des services, ...) dans le travail social en les formant et les rémunérant
- Prendre en compte et mettre en place des choses à la fois pour la population générale mais aussi pour des publics cibles (ex : pour un public comme les personnes qui ont des problèmes de santé-mentale, créer un lien de confiance est essentiel). Ne pas oublier l'un ou l'autre.
- Dans la coordination intersectorielle, difficulté à se comprendre car nous ne vivons pas les mêmes réalités
- Valoriser et améliorer les parcours d'intégration, mieux les connaître, les formaliser et les rendre plus accessibles (plus de place)

### Risques et questions sur le bassin

- Risque de rajouter une couche à un système déjà compliqué
- Liberté de choix du patient et liberté de prendre tout patient (même d'autres bassins)
- Passation d'un bassin à l'autre doit être facile
- Penser un espace interbassin pour tous les publics mobiles. Et réfléchir à des ponts en supralocal pour les publics blacklistés

- Être attentif aux spécificités des bassins. Ex : bassin Ouest a une population qui ne s'ancre pas, d'où difficulté de tisser lien de confiance
- Danger de souligner des inégalités qui existent déjà, créer un entre-soi problématique
- Garder deux niveaux de prise en charge : logique régionale (octroi demandes) / logique locale (traitement des demandes). Afin que les personnes puissent être reçues et suivies à un niveau local près de chez elles, même si les demandes ensuite sont centralisées et octroyées à un niveau régional plus large
- Clarifier le terme de « responsabilité populationnelle » qui est tout d'abord une responsabilité politique (donner les moyens) avant d'être une responsabilité des acteurs de terrain

### Questions qui dépassent les FG mais qu'il faudrait signaler

- Régularisation sans-papiers
- Circulation des personnes (Flamands, Wallons à Bruxelles) : convention de revalidation inter-mutuelles
- Personnes qui ne rentrent pas dans les cases de l'administration et qui sont exclus des aides.  
Ex : personne de classe moyenne juste à la limite de l'octroi d'aide

### Prochain Focus Group (24.11 midi - Rue des Palais 44- lunch fourni)

Nous aborderons le thème de LA CONTINUITE mais garderons aussi en tête la question de savoir ce qu'il nous faut pour :

- Rendre l'offre plus lisible pour les professionnels et pour les usagers ?
- Une meilleure connaissance des services au niveau du bassin ?
- Organiser la programmation de l'offre par bassin ?

## Verslag focus groep West - groep A – FG1

Datum : 25/10/2022    Plaats : Bassins, St-Katelijnsplein

12 deelnemers

Gespreksleider : Jacques Moriau, CBCS - Notities : Karine Bousart, CBCS

### Agenda

- Levensverhaal rond toegang, Ricarda
- Kwesties die het verhaal aan de orde stelt
- Mogelijke oplossingen

### Hoe we de kwestie van toegang hebben aangepakt

Toegang werd eerst besproken in termen van onderlinge kennis tussen professionals, d.w.z. beter weten wie wat doet. Hieruit blijkt dat er behoefte is aan een gemeenschappelijk bestand van sociale en gezondheidsactoren (een register). Het is ook belangrijk dat iedereen zijn gegevens registreert en bijwerkt. Dit vereist dat tijd en een coördinatiefunctie worden erkend en gewaardeerd. Deze onderlinge kennis kan ook worden verbeterd door fysieke bezoeken aan organisaties in de buurt te doen en door één contactpersoon te hebben voor elk gemeenschappelijk actiegebied. Er moet voor worden gezorgd dat men zich niet alleen op formele netwerken richt, aangezien informele netwerken zeer belangrijk zijn.

Onderlinge kennis is niet voldoende om toegang te krijgen tot diensten. Het beste is om de persoon fysiek te begeleiden en op te volgen tot er overdracht is bij een andere dienst. Voor de gebruiker is een vertrouwde referentiepersoon nodig.

Ook andere toegangsproblemen zoals taal, administratieve situatie (wettelijk verblijf of zonder papieren), digitalisering en voorwaardelijkheid worden genoemd. Het grote verloop van maatschappelijk werkers verzwakt de opgebouwde netwerken, die met de werker meegaan.

In een situatie van verzadiging en beheer in schaarste blijft de toegang moeilijk (bv. in geval van woningnood zijn er geen toegankelijke woningen beschikbaar en blijft de toegang tot woningen problematisch, wat men ook doet).

De besproken mogelijkheden om de onderlinge kennis te verbeteren liggen meer op wijkniveau (of groepering van wijken) dan op zorgzoneniveau. Er blijven vragen bestaan over de meerwaarde die een territoriale aanpak kan opleveren. Op het niveau van de zorgzones ziet de groep mogelijkheden om goede praktijken, diagnoses en programmering te delen, met name om het aanbod beter te verdelen volgens de behoeften en het bestaande aanbod. De schaal van de zorgzone mag geen extra laag toevoegen aan een reeds ingewikkeld systeem.

Het specifieke karakter van de zorgzone West is dat het een gebied van opvang en doorgang is: mensen die het goed doen vertrekken, mensen die het niet goed doen blijven en er komen nieuwen bij. Dit is een oorzaak van burn-out bij maatschappelijk werkers. Territorialiteit impliceert dat mensen er lang genoeg moeten zijn om hun netwerk te creëren en vertrouwensrelaties aan te gaan.

### Levensverhaal

Het lezen van het levensverhaal is een gelegenheid om terugkerende punten op te merken in situaties waarmee professionals te maken hebben. Sommigen voegden eraan toe dat het ook nodig is de schuldenproblematiek te verduidelijken om de oplossing te zoeken, een onderscheid te maken tussen situaties tussen mensen met of zonder papieren, gezondheid en sociale problemen te integreren, meer oog te hebben voor de mogelijkheden bij de

mutualiteiten, rekening te houden met de stress die de situatie veroorzaakt, rekening te houden met het informele netwerk, en dat pingpong tussen diensten helaas een realiteit is.

## Obstakels en oplossingen

### Gemeen voor alle groepen

*Onderlinge kennis (tussen professionals): om de professionals in de sector beter te leren kennen is het nodig om het volgende te hebben:*

- Een uniek en volledig register (Regio)
- Een platform voor discussie en uitwisseling tussen professionals. Bv: Inter-CPAS hub chat (Zorgzone?)
- Opleiding voor alle werknemers over het register en het gebruik ervan. Bv: Uitbreiding van de opleiding van de openbare dienst (Gewest)
- Tijd en waarde geven voor overleg tussen professionals. Bv: aansluiten bij bestaande overleg (RIZIV) en faciliteren van een overlegrol (bv: via accreditatiepunten zoals in de Lokale Groepering Huisartsgeneeskunde) (Gewest)
- Een overdracht van vaardigheden van gespecialiseerde diensten naar generalistische diensten om sneller te kunnen reageren (Zorgzone)

### *Erkenning en ondersteuning van informele netwerken*

- Mantelzorgers en andere informele netwerken : steun van deze netwerken (Regio?)

### *Basisdiensten*

- Er moet een register zijn van bestaande voorzieningen, waarop de adviesraad zich moet baseren om nieuwe structuren goed te keuren (Gewest)
- Het aanbod op het grondgebied moet door de overheid beter worden geprogrammeerd volgens het bestaande aanbod om een evenwicht tussen vraag en aanbod te hebben (Zorgzone)
- Basisdiensten op wijkniveau, gespecialiseerd aanbod op zorgzoneniveau
- Groeperen van bepaalde structuren of ze meer complementair maken. Bv: Maia-model in Frankrijk - geïntegreerde diensten voor mensen met Alzheimer (Zorgzone)

### *Begrijpelijkheid van de diensten voor de gebruiker*

- Vertaling van het unieke register in een gebruiksvriendelijke app (gesorteerde info en iconen). Bv: Le Bon Plan, Dune
- Een gratis nummer dat de vragen beantwoordt of naar andere diensten doorverwijst. Bv: Brusano Helpdesk, gratis nummer van FdSS
- Een kaart uit het unieke register afdrukken en ter beschikking stellen van alle verenigingen

### *Rollen/functies die het dichtst bij de gebruiker staan*

- Eén contactpunt dat de persoon onder zijn hoede neemt en hem fysiek begeleidt tot er een overdracht is. Vervolgens controleert hij/zij of de persoon een antwoord op zijn verzoek heeft gekregen.
- Een fysieke ontvangst garanderen, niet alles in digitale vorm hebben, de tijdens Covid gesloten loketten heropenen
- Uitbreiding van de openingsuren

*Taal/cultuur:* beter gebruik maken van culturele bemiddelaars en tijd uittrekken voor culturele bemiddeling (voorlichting en bewustmaking van begunstigden over beschikbare diensten)

*Verzadiging van diensten:* mensen doorverwijzen naar verzadigde diensten heeft geen zin

*Verloop van maatschappelijk werkers* = instabiliteit van contactpersonen, door de werker opgebouwde netwerken vertrekken met de werker, geen tijd voor overdracht

### *Gegevens*

- Diensten geven informatie aan de overheid, maar krijgen geen info terug
- Privacyregels (RGPD-GDPR)
- Weinig aandacht voor kwalitatieve gegevens
- Betere uitwisseling van gegevens. bv: Mediprima, elektronisch beheer van de door de OCMW's verleende medische hulp

### *Voorwaardelijkheid*

- Procedures zijn er om de toegang tot rechten te bemoeilijken. Gedigitaliseerde informatie moet het automatische verkennen van rechten mogelijk maken. Bv: een maand wachttijd schrappen voor OCMW-dekking
- De moeilijkste groepen worden afgewezen
- Eenvoudige en identieke criteria voor de toegang tot rechten gebruiken. Bv: de BIM-status zou een basis zijn voor toegang tot een reeks rechten (en voorkomen dat de ene keer het BIM-criterium wordt gebruikt en de andere keer iets anders)

### *Coherent beleid*

- Ondersteuning en versterking van de eerste lijn en de laagdrempeligheid
- Voortbouwen op wat al bestaat. Bv: projecten die werken, zoals de RAQ's, voortzetten in plaats van nieuwe te creëren; diensten die werken in 19 gemeenten laten bestaan.
- Gecombineerde acties zijn moeilijk omdat de bevoegdheden van verschillende niveaus komen. Bv: huisvesting+milieu OK maar huisvesting+gezondheid niet OK

### **Genoemd door sommige groepen**

- Fysieke mobiliteit om op de plaats van afspraak te komen voor patiënten, maar ook moeilijkheden om zich te verplaatsen en te parkeren voor professionals (geen voorrang of doorgangsrechten)
- Anonimiteit van de gebruikers: er wordt steeds meer informatie gevraagd, hoe kan het recht op anonimiteit van de gebruikers worden gerespecteerd?
- Financiering: financiering wordt laat gekregen, en ook niet-geïndexeerd
- Neutrale plaats voor overleg, netwerken, opleiding, informatie, open voor professionals en het publiek (Zorgzone)
- Bezoeken brengen aan organisaties in de buurt (Bv: BruZEL transversale onderdompelingen, kijkstages) (Wijk)
- Het veld dwingen om zijn fiches voor het unieke register in te vullen en bij te werken. Incentives?
- CLSS (Contrats Locaux Social-Santé)-diagnoses gebruiken om het basisaanbod te bepalen, na evaluatie en verbetering ervan (Zorgzones)
- Verbetering van de samenwerking tussen publieke en privé actoren om de rivaliteit te verminderen (Gewest)

- Een gemeenschappelijke structurele naam hebben voor alle diensten die soortgelijke diensten aanbieden in alle wijken. Vzw's kunnen hun eigen naam behouden, maar een algemene gemeenschappelijke identificatienaam toevoegen om overall gemakkelijk herkenbaar te zijn (zoals medisch centrum of gezinsplanning)
- Opzetten van een apotheek in elke zorginstelling om onmiddellijke toegang tot geneesmiddelen te bieden (op basis van een ontvangen voorschrijven). Of het idee van een gratis apotheek
- Sleutelpersonen (buurtactoren, vrijwilligers, ervaringsdeskundigen, dienstgebruikers, enz.) bij het sociaal werk betrekken door hen op te leiden en te vergoeden
- Rekening houden met en uitvoering geven aan zaken voor zowel de algemene bevolking als voor specifieke doelgroepen (bv voor een groep als mensen met psychische problemen is het scheppen van een vertrouwensband essentieel). We mogen het een of het ander niet vergeten
- Bij de intersectorale coördinatie is het moeilijk elkaar te begrijpen omdat we niet in dezelfde realiteit leven
- Waardering en verbetering van integratietrajecten, ze beter kennen, formaliseren en toegankelijker maken (meer plaatsen hebben)

### Risico's en vragen bij de zorgzones

- Risico van nog een laag toe te voegen aan een reeds ingewikkeld systeem
- Vrije keuze van de patiënt en vrijheid om elke patiënt te nemen (zelfs uit andere zorgzones) moeten blijven
- De overgang van de ene zorgzone naar de andere moet gemakkelijk zijn
- Er moet aan een inter-zorgzones gedacht worden voor alle mobiele doelgroepen, en ook aan supralokale bruggen voor een publiek dat blacklisted is
- Let op de specifieke kenmerken van de zorgzones. De zorgzone West heeft bijvoorbeeld een bevolking die zichzelf niet verankert, vandaar de moeilijkheid om vertrouwen op te bouwen.
- Het gevaar bestaat dat reeds bestaande ongelijkheden worden benadrukt, waardoor een problematische "entre-soi" ontstaat
- Houd twee zorgniveaus aan: regionale logica (toewijzing van verzoeken) / lokale logica (verwerking van verzoeken). Zodat mensen kunnen worden ontvangen en gevolgd op een lokaal niveau dicht bij hun woonplaats, ook al worden de aanvragen vervolgens gecentraliseerd en toegekend op een breder regionaal niveau
- Verduidelijking van de term "responsabilité populationnelle - verantwoordelijkheid voor de bevolking", die in de eerste plaats een politieke verantwoordelijkheid is (het geven van de middelen) en pas nadien een verantwoordelijkheid van de actoren op het terrein

### Kwesties die verder gaan dan de focus groepen maar die wel moeten worden gemeld

- Regularisatie van migranten zonder papieren
- Verkeer van personen (Vlamingen, Walen in Brussel): revalidatieovereenkomsten tussen mutualiteiten
- Mensen die niet in de hokjes van de administratie passen en uitgesloten worden van hulp. Bv: middenklasse persoon net op de grens van de steunverlening

### Volgend Focus Group (25.11, 12-14u – Brusano, vereniginstraat 15, 1000 Brussel - lunch ter plaatse)

We zullen het thema CONTINUÏTEIT behandelen, maar ook de vraag in gedachten houden rond wat we nodig hebben om :

- over een volledig en bruikbaar register te beschikken (stimulansen voor professionals, opleiding, vertaling zoals Le Bon Plan, opleiding zoals de opleidingsschool voor de openbare dienst?)
- een adequate uitwisseling van gegevens tussen professionals?

- een neutrale plaats voor overleg, hoe en wat zou die dienen?
- de programmering van het aanbod per zorgzone organiseren?

## Compte-rendu Ouest – groupe A – FG1

Date : 25/10/2022      Lieu : Bassins, Ste-Catherine

Wenst u dit verslag in het Nederlands te krijgen, contacteer: [kboussart@cbcs.irisnet.be](mailto:kboussart@cbcs.irisnet.be)

12 Participants :

Animateur : Jacques Moriau, CBCS - Prise de notes : Karine Boussart, CBCS

### Agenda du jour

- Vignette Accessibilité, Ricarda
- Tour de table problèmes évoqués par la vignette
- Pistes de solutions

### Comment la question de l'accessibilité a été abordée

L'accessibilité a tout d'abord été abordée sous l'aspect de l'interconnaissance entre professionnels, c'est-à-dire mieux savoir qui fait quoi. Cela montre la nécessité d'avoir un répertoire commun des acteurs du social-santé mais aussi l'importance que chacun enregistre et mette à jour ses données. Cela demande que le temps et une fonction de coordination soient reconnus et valorisés. Cette interconnaissance peut aussi être améliorée par des visites physiques des organisations du quartier et par un référent unique par zone d'action commune. Il faut être attentif à ne pas viser que les réseaux formels, les réseaux informels sont très importants.

L'interconnaissance ne suffit pas pour que la personne ait accès aux services. Le mieux c'est d'y accompagner physiquement la personne et d'assurer le suivi jusqu'à ce que le relais soit pris. Pour l'utilisateur, il faut une personne de référence de confiance.

D'autres problèmes d'accès comme la langue, la situation administrative (régulière ou sans-papiers), la digitalisation, la conditionnalité sont aussi mentionnés. Le turn-over important des travailleurs sociaux fragilise les réseaux construits qui partent avec le travailleur.

Dans une situation de saturation et de gestion en pénurie, l'accès reste difficile (ex : en pénurie de logement, aucun logement n'est disponible et l'accès au logement reste problématique quoi qu'on fasse).

Les pistes discutées pour améliorer l'interconnaissance relèvent plutôt du niveau quartier (voire regroupement de quartiers) que bassin. Des questions restent sur la plus-value que peut apporter une approche territoriale. Au niveau du bassin, le groupe entrevoit surtout des possibilités de partage de bonnes pratiques, de diagnostics et de programmation, notamment mieux répartir l'offre en fonction des besoins et de l'offre existante. L'échelle du bassin ne doit pas rajouter une couche dans un système déjà compliqué.

Le bassin Ouest a la spécificité d'être un territoire d'accueil et de passage: les gens qui s'en sortent partent et les gens qui n'y arrivent pas restent et de nouveaux arrivent. C'est une cause de burn-out des travailleurs sociaux. Or, la territorialité suppose que les gens soient là suffisamment longtemps pour créer leur réseau et avoir des relations de confiance.

## Vignette

La lecture de la vignette est l'occasion de relever des points récurrents dans des situations rencontrées par les professionnels. Certains rajoutent qu'il faut aussi pouvoir clarifier le problème de dette pour orienter la solution, distinguer les situations de personnes en règle de papiers ou non, intégrer les problèmes santé et social, mieux connaître les couvertures mutuelles possibles, prendre en compte le stress occasionné par la situation, prendre en compte le réseau informel et que le ping-pong entre services est malheureusement une réalité.

## Freins et pistes de solutions

### Communs à tous les groupes

*Interconnaissance (entre professionnels) : pour mieux connaître les professionnels du secteur, il faut :*

- Un répertoire unique et complet (Région)
- Une plateforme de discussion et d'échange entre professionnels. Ex : Hub chat inter-CPAS (Bassin ?)
- Une formation de tous les travailleurs sur le répertoire et son utilisation. Ex : élargir formation de l'École de formation du service public (Région)
- Accorder le temps et valoriser la concertation des travailleurs. Ex : raccrocher aux concertations existantes (INAMI) et faciliter le rôle de concertation (ex : par des points d'accréditation comme dans le Groupement Local de médecine Générale) (Région)
- Un transfert de compétences des services spécialisés vers des services généralistes pour réagir plus rapidement (Bassin)

*Reconnaissance et soutien des réseaux informels*

- Pair-aidants et autres : soutien de ces réseaux (Région ?)

*Offre de base*

- Il doit exister un cadastre de l'existant, sur lequel le conseil consultatif devrait se baser pour agréer de nouvelles structures (Région)
- L'offre sur le territoire doit être mieux programmée par les pouvoirs publics en fonction de l'existant et pour avoir une adéquation offre-demande (Bassin)
- Offre généraliste au niveau quartier, offre spécialisée au niveau bassin
- Regroupement de certaines structures ou les rendre plus complémentaires. Ex : modèle Maia en France - services intégrés pour personnes atteintes d'Alzheimer) (Bassin)

*Lisibilité des services pour l'utilisateur*

- Traduction du répertoire unique en une app facile à utiliser (infos triées et icônes). Ex : Le Bon Plan, Dune
- Avoir un numéro d'appel gratuit qui répond ou redirige. Ex : Helpdesk Brusano, Numéro Vert FdSS

- Impression d'une carte extraite du répertoire commun mise à disposition dans toutes les asso

#### *Rôles/fonctions au plus près de l'utilisateur*

- Référent unique qui prend la personne en charge et l'accompagne physiquement jusqu'à ce qu'il y ait un relais et vérifie après que la personne a bien reçu une réponse à sa demande.
- Garantir accueil physique, ne pas tout avoir en numérique, rouvrir les guichets fermés lors de Covid
- Élargir horaires

*Langue/culture* : mieux utiliser médiateurs culturels et dédier du temps à la médiation culturelle (informer et sensibiliser les bénéficiaires sur les services disponibles)

*Saturation des services* : renvoyer des personnes vers des services saturés n'a pas de sens

*Turn-over travailleurs sociaux-santé* = instabilité des personnes de contact, réseaux construits par le travailleur partent avec le travailleur, aucun temps pour la transmission

#### *Données*

- Les services donnent des infos aux autorités publiques mais ne reçoivent rien en retour
- Les règles privacy (RGPD-GDPR)
- Peu de prise en compte de données qualitatives
- Meilleur partage de données. Ex : Mediprima, gestion électronique de l'aide médicale octroyée par les CPAS

#### *Conditionnalité*

- Les procédures sont là pour compliquer l'accès aux droits. Les infos digitalisées doivent permettre automaticité. Ex : supprimer mois de carence de la prise en charge CPAS
- Les publics les plus difficiles sont rejetés
- Utiliser des critères simples et identiques pour l'accès aux droits. Ex : le statut de BIM serait une base pour accéder à une série de droits (et éviter qu'une fois ce soit le critère BIM qui soit utilisé et une autre fois autre chose)

#### *Cohérence politique*

- Soutenir et renforcer la première ligne et le bas seuil
- S'appuyer sur l'existant. Ex : pérenniser les projets qui fonctionnent comme les RAQ plutôt que d'en créer de nouveaux, laisser en place les services qui travaillent sur 19 communes
- Les actions combinées sont difficiles parce que les compétences émanent de niveaux différents. Ex : logement+environnement OK mais logement+santé pas OK

#### **Évoqués par certains groupes**

- Mobilité physique pour se rendre au lieu de rdv pour les patients mais aussi difficulté de se déplacer et de se garer pour les professionnels (pas de priorité ou droits de passage)

- Anonymat des usagers : de plus en plus d'infos sont demandées, comment respecter le droit à l'anonymat des usagers ?
- Financement : reçoit le financement en retard, financement non-indexé
- Un lieu neutre de concertation, mise en réseau, formation, information, ouvert aux professionnels et au public (Bassin)
- Faire des visites des organisations du quartier (Ex : immersions transversales BruZEL, kijkstages) (Quartier)
- Obliger le terrain à remplir et mettre à jour les fiches pour le répertoire. Incentives ?
- Utilisation des diagnostics CLSS pour définir l'offre de base, après les avoir évalués et améliorés (Bassin)
- Améliorer la collaboration entre les acteurs du public et du privé afin d'atténuer les rivalités (Région)
- Avoir un nom commun structurel pour tous les services qui proposent des offres similaires dans tous les quartiers. Les asbl peuvent garder leur nom propre, mais ajouter un nom d'identification commun général afin d'être facilement identifiées partout (comme maison médicale ou planning familial)
- Mettre en place un dispensaire dans chaque bassin de soin afin d'avoir accès instantanément à un traitement (sur base d'une prescription reçue). Ou idée d'une pharmacie gratuite
- Inclure des personnes clés (acteurs du quartier, bénévoles, experts du vécu, usagers des services, ...) dans le travail social en les formant et les rémunérant
- Prendre en compte et mettre en place des choses à la fois pour la population générale mais aussi pour des publics cibles (ex : pour un public comme les personnes qui ont des problèmes de santé-mentale, créer un lien de confiance est essentiel). Ne pas oublier l'un ou l'autre.
- Dans la coordination intersectorielle, difficulté à se comprendre car nous ne vivons pas les mêmes réalités
- Valoriser et améliorer les parcours d'intégration, mieux les connaître, les formaliser et les rendre plus accessibles (plus de place)

### Risques et questions sur le bassin

- Risque de rajouter une couche à un système déjà compliqué
- Liberté de choix du patient et liberté de prendre tout patient (même d'autres bassins)
- Passation d'un bassin à l'autre doit être facile
- Penser un espace interbassin pour tous les publics mobiles. Et réfléchir à des ponts en supralocal pour les publics blacklistés
- Être attentif aux spécificités des bassins. Ex : bassin Ouest a une population qui ne s'ancre pas, d'où difficulté de tisser lien de confiance
- Danger de souligner des inégalités qui existent déjà, créer un entre-soi problématique
- Garder deux niveaux de prise en charge : logique régionale (octroi demandes) / logique locale (traitement des demandes). Afin que les personnes puissent être reçues et suivies à un niveau local près de chez elles, même si les demandes ensuite sont centralisées et octroyées à un niveau régional plus large
- Clarifier le terme de « responsabilité populationnelle » qui est tout d'abord une responsabilité politique (donner les moyens) avant d'être une responsabilité des acteurs de terrain

### Questions qui dépassent les FG mais qu'il faudrait signaler

- Régularisation sans-papiers
- Circulation des personnes (Flamands, Wallons à Bruxelles) : convention de revalidation inter-mutuelles
- Personnes qui ne rentrent pas dans les cases de l'administration et qui sont exclus des aides.  
Ex : personne de classe moyenne juste à la limite de l'octroi d'aide

### Prochain Focus Group (25.11, 12-14h – Brusano, rue de l'association 15, 1000 Bxl - lunch fourni)

Nous aborderons le thème de LA CONTINUITÉ mais garderons aussi en tête la question de savoir ce qu'il nous faut pour :

- Avoir un répertoire commun complet et utilisable (incentives pour les professionnels, formation, traduction type Le Bon Plan, formation type Ecole de formation du service public ?)
- Un partage adéquat de données entre professionnels ?
- Un lieu neutre de concertation, comment et à quoi servirait-il ?
- Organiser la programmation de l'offre par bassin ?

## Compte-rendu Ouest – groupe B – FG1

Date : 25/10/2022      Lieu : Bassins, Ste-Catherine

Wenst u dit verslag in het Nederlands te krijgen, contacteer: [kboussart@cbcs.irisnet.be](mailto:kboussart@cbcs.irisnet.be)

17 Participants :

Animateur : Valentina Marziali, CBCS - Prise de notes : Marion Bottero, Crébis

### Agenda du jour

- Vignette accessibilité, Ricarda
- Tour de table problèmes évoqués par la vignette
- Pistes de solutions
- 

### Comment la question de l'accessibilité a été abordée

La question de l'accessibilité des services a été traitée principalement du point de vue de la mobilité et de l'accueil. Il s'agit de prendre en compte les particularités des divers publics et leurs difficultés en termes de mobilité. Mais également de développer de meilleures conditions d'accueil (horaires, permanences sans rendez-vous, langues, accompagnement physique, regroupement de services sur un même lieu...) ainsi que la visibilité des services (mieux les identifier à l'aide de dénominations communes et de pictos). C'est aussi l'idée d'un accueil bas seuil qui permette à chaque personne de se sentir au bon endroit, écoutée et prise en charge, peu importe la porte à laquelle elle frappe. Si le lieu n'est pas le bon, il faudrait pouvoir tout de même recevoir les personnes et les orienter vers le bon service.

A également été mis en avant le besoin de développement du réseau, la valorisation des travailleurs sociaux et la prise en compte/l'inclusion des publics. La création de liens entre équipes doit être structurelle et non pas personnelle, afin d'être pérenne et les collaborations public/privé doivent être notamment renforcées. La création de postes (assistants sociaux et facilitateurs de situations) permettrait de soulager les travailleurs de quelques tâches et leur octroyer plus de temps pour développer des relations de confiance avec le public et pour développer le travail en réseau et la connaissance des autres structures. Il s'agit aussi de sensibiliser les jeunes à ces métiers, mais aussi de continuer à former les travailleurs sur de nouveaux sujets (chômage, médiation de dettes...). Et d'inclure des acteurs clés (habitants du quartier, bénévoles, experts du vécu...) en leur permettant de devenir travailleurs sociaux et d'être rémunérés.

La nécessité d'un espace interbassin a été mise en avant, notamment pour les publics mobiles, ainsi que le besoin de faire des ponts en supralocal pour les publics blacklistés. Chaque bassin devrait également pouvoir savoir ce qui se fait et ce qui marche dans les autres bassins afin de pouvoir s'en inspirer.

Pour finir, certaines propositions étaient directement dirigées vers les politiques : plus de moyens, pérenniser et renforcer les financements actuels plutôt que de financer de nouveaux projets, en terminer avec la logique des appels à projets (chronophages, précarité, mise en concurrence des acteurs social-santé...), supprimer le mois de carence du CPAS qui n'est pas justifié dans la société actuellement où tout est informatisé et immédiat, mettre fin à la logique des quotas.

## Vignette

Les participants trouvent d'une manière générale la vignette réaliste et représentant des problèmes rencontrés très régulièrement. La question de l'emploi est cependant questionnée : pour certains, dans la communauté sans papiers, peu de gens ont un emploi, pour d'autres, il est possible de travailler sans papiers.

Certains y ajoutent des thématiques qu'ils rencontrent plus particulièrement : personnes âgées, enfants (garde, organisation, temps...), complexité du rapport aux drogues, question du logement souvent en second plan (si sans-papiers, logement souvent pas conforme), connaissance des réseaux d'aide et des services, violences conjugales et contrôle marital (séparation et risque perte titre de séjour, chantage aux papiers ou aux enfants...), accès aux formations (notamment cours de français).

## Freins et pistes de solutions

### Communs à tous les groupes

*Interconnaissance (entre professionnels) : pour mieux connaître les professionnels du secteur, il faut :*

- Un répertoire unique et complet (Région)
- Une plateforme de discussion et d'échange entre professionnels. Ex : Hub chat inter-CPAS (Bassin ?)
- Une formation de tous les travailleurs sur le répertoire et son utilisation. Ex : élargir formation de l'École de formation du service public (Région)

- Accorder le temps et valoriser la concertation des travailleurs. Ex : raccrocher aux concertations existantes (INAMI) et faciliter le rôle de concertation (ex : par des points d'accréditation comme dans le Groupement Local de médecine Générale) (Région)
- Un transfert de compétences des services spécialisés vers des services généralistes pour réagir plus rapidement (Bassin)

#### *Reconnaissance et soutien des réseaux informels*

- Pair-aidants et autres : soutien de ces réseaux (Région ?)

#### *Offre de base*

- Il doit exister un cadastre de l'existant, sur lequel le conseil consultatif devrait se baser pour agréer de nouvelles structures (Région)
- L'offre sur le territoire doit être mieux programmée par les pouvoirs publics en fonction de l'existant et pour avoir une adéquation offre-demande (Bassin)
- Offre généraliste au niveau quartier, offre spécialisée au niveau bassin
- Regroupement de certaines structures ou les rendre plus complémentaires. Ex : modèle Maia en France - services intégrés pour personnes atteintes d'Alzheimer) (Bassin)

#### *Lisibilité des services pour l'utilisateur*

- Traduction du répertoire unique en une app facile à utiliser (infos triées et icônes). Ex : Le Bon Plan, Dune
- Avoir un numéro d'appel gratuit qui répond ou redirige. Ex : Helpdesk Brusano, Numéro Vert FdSS
- Impression d'une carte extraite du répertoire commun mise à disposition dans toutes les asso

#### *Rôles/fonctions au plus près de l'utilisateur*

- Référent unique qui prend la personne en charge et l'accompagne physiquement jusqu'à ce qu'il y ait un relais et vérifie après que la personne a bien reçu une réponse à sa demande.
- Garantir accueil physique, ne pas tout avoir en numérique, rouvrir les guichets fermés lors de Covid
- Élargir horaires

*Langue/culture* : mieux utiliser médiateurs culturels et dédier du temps à la médiation culturelle (informer et sensibiliser les bénéficiaires sur les services disponibles)

*Saturation des services* : renvoyer des personnes vers des services saturés n'a pas de sens

*Turn-over travailleurs sociaux-santé* = instabilité des personnes de contact, réseaux construits par le travailleur partent avec le travailleur, aucun temps pour la transmission

#### *Données*

- Les services donnent des infos aux autorités publiques mais ne reçoivent rien en retour

- Les règles privacy (RGPD-GDPR)
- Peu de prise en compte de données qualitatives
- Meilleur partage de données. Ex : Mediprima, gestion électronique de l'aide médicale octroyée par les CPAS

#### *Conditionnalité*

- Les procédures sont là pour compliquer l'accès aux droits. Les infos digitalisées doivent permettre automaticité. Ex : supprimer mois de carence de la prise en charge CPAS
- Les publics les plus difficiles sont rejetés
- Utiliser des critères simples et identiques pour l'accès aux droits. Ex : le statut de BIM serait une base pour accéder à une série de droits (et éviter qu'une fois ce soit le critère BIM qui soit utilisé et une autre fois autre chose)

#### *Cohérence politique*

- Soutenir et renforcer la première ligne et le bas seuil
- S'appuyer sur l'existant. Ex : pérenniser les projets qui fonctionnent comme les RAQ plutôt que d'en créer de nouveaux, laisser en place les services qui travaillent sur 19 communes
- Les actions combinées sont difficiles parce que les compétences émanent de niveaux différents. Ex : logement+environnement OK mais logement+santé pas OK

#### **Évoqués par certains groupes**

- Mobilité physique pour se rendre au lieu de rdv pour les patients mais aussi difficulté de se déplacer et de se garer pour les professionnels (pas de priorité ou droits de passage)
- Anonymat des usagers : de plus en plus d'infos sont demandées, comment respecter le droit à l'anonymat des usagers ?
- Financement : reçoit le financement en retard, financement non-indexé
- Un lieu neutre de concertation, mise en réseau, formation, information, ouvert aux professionnels et au public (Bassin)
- Faire des visites des organisations du quartier (Ex : immersions transversales BruZEL, kijkstages) (Quartier)
- Obliger le terrain à remplir et mettre à jour les fiches pour le répertoire. Incentives ?
- Utilisation des diagnostics CLSS pour définir l'offre de base, après les avoir évalués et améliorés (Bassin)
- Améliorer la collaboration entre les acteurs du public et du privé afin d'atténuer les rivalités (Région)
- Avoir un nom commun structurel pour tous les services qui proposent des offres similaires dans tous les quartiers. Les asbl peuvent garder leur nom propre, mais ajouter un nom d'identification commun général afin d'être facilement identifiées partout (comme maison médicale ou planning familial)
- Mettre en place un dispensaire dans chaque bassin de soin afin d'avoir accès instantanément à un traitement (sur base d'une prescription reçue). Ou idée d'une pharmacie gratuite
- Inclure des personnes clés (acteurs du quartier, bénévoles, experts du vécu, usagers des services, ...) dans le travail social en les formant et les rémunérant

- Prendre en compte et mettre en place des choses à la fois pour la population générale mais aussi pour des publics cibles (ex : pour un public comme les personnes qui ont des problèmes de santé-mentale, créer un lien de confiance est essentiel). Ne pas oublier l'un ou l'autre.
- Dans la coordination intersectorielle, difficulté à se comprendre car nous ne vivons pas les mêmes réalités
- Valoriser et améliorer les parcours d'intégration, mieux les connaître, les formaliser et les rendre plus accessibles (plus de place)

### Risques et questions sur le bassin

- Risque de rajouter une couche à un système déjà compliqué
- Liberté de choix du patient et liberté de prendre tout patient (même d'autres bassins)
- Passation d'un bassin à l'autre doit être facile
- Penser un espace interbassin pour tous les publics mobiles. Et réfléchir à des ponts en supralocal pour les publics blacklistés
- Être attentif aux spécificités des bassins. Ex : bassin Ouest a une population qui ne s'ancre pas, d'où difficulté de tisser lien de confiance
- Danger de souligner des inégalités qui existent déjà, créer un entre-soi problématique
- Garder deux niveaux de prise en charge : logique régionale (octroi demandes) / logique locale (traitement des demandes). Afin que les personnes puissent être reçues et suivies à un niveau local près de chez elles, même si les demandes ensuite sont centralisées et octroyées à un niveau régional plus large
- Clarifier le terme de « responsabilité populationnelle » qui est tout d'abord une responsabilité politique (donner les moyens) avant d'être une responsabilité des acteurs de terrain

### Questions qui dépassent les FG mais qu'il faudrait signaler

- Régularisation sans-papiers
- Circulation des personnes (Flamands, Wallons à Bruxelles) : convention de revalidation inter-mutuelles

Personnes qui ne rentrent pas dans les cases de l'administration et qui sont exclus des aides. Ex : personne de classe moyenne juste à la limite de l'octroi d'aide

### Prochain Focus Group

25.11, 12-14h – Brusano, rue de l'association 15, 1000 Bxl - lunch fourni

Nous aborderons le thème de LA CONTINUITE mais garderons aussi en tête la question de savoir ce qu'il nous faut pour :

- Avoir un répertoire commun complet et utilisable (incentives pour les professionnels, formation, traduction type Le Bon Plan, formation type Ecole de formation du service public ?)
- Un partage adéquat de données entre professionnels ?
- Un lieu neutre de concertation, comment et à quoi servirait-il ?

- Organiser la programmation de l'offre par bassin ?

## Compte-rendu Sud – FG1

Date : 18/10/2022      Lieu : Espace Delvaux, Watermael-Boitsfort

Wenst u dit verslag in het Nederlands te krijgen, contacteer: [kboussart@cbcs.irisnet.be](mailto:kboussart@cbcs.irisnet.be)

16 Participants

Animateur : Jacques Moriau, CBCS/Crébis - Prise de notes : Marion Bottero, Crébis

### Agenda du jour

- Vignette accessibilité, Ricarda
- Tour de table 1 : Problèmes évoqués par la vignette
- Tour de table 2 : Pistes de solution

### Comment la question de l'accessibilité a été abordée

Les freins à l'accessibilité qui ont été relevés concernaient notamment la complexité des services et le manque de connaissance et d'information chez les habitants, qui participent souvent au développement d'un sentiment de crainte vis-à-vis des institutions. Ce manque de connaissances se retrouve également chez les travailleurs sociaux. La question de la segmentation des services et du manque de formation des travailleurs du social-santé a souvent été abordée, à travers notamment le manque de liant entre les services et le manque de polyvalence, de temps disponible et de formation des acteurs de terrain.

La temporalité (attente RDV, horaires d'ouverture...) et les attentes/priorisations différentes des travailleurs et des usagers ont été identifiées comme participant aux problèmes d'accès rencontrés. Ainsi que la question de la mobilité : de nombreux déplacements effectués sur tout Bruxelles pour essayer de trouver un service.

Les leviers et propositions identifiés concernaient la prise en compte des citoyens et des communautés, soulignant l'importance du bouche-à-oreille pour faire connaître les services. La création d'un réseau d'entraide composé de citoyens disposant de connaissances sur certains sujets, avec le soutien de professionnels (exemple de Bras dessus bras dessous, Citizen ou Accolage) a été proposée.

Partant notamment du constat que les médecins généralistes jouent un rôle central de lien entre les patients et les services et ne sont pas assez pris en compte dans le PSSI, la mise en avant et l'utilisation de personnes relais a été énoncée comme un possible levier. Elles permettraient notamment un accompagnement vers d'autres services. Il pourrait être envisageable de créer une profession pour les bénévoles et pairs-aidants qui remplacent ou secondent parfois les professionnels, afin de contractualiser leur aide et leur savoir expérientiel.

Les lieux de lien ont été identifiés comme étant une bonne pratique (ils permettent notamment une rencontre entre services) mais ne sont pas suffisamment investis et encore portés par des bénévoles. Il faudrait également prendre en compte l'accompagnement qualitatif et physique dans le travail des

professionnels pour les financements. Un changement de pratiques et de mentalité a été relevé afin que les professionnels se sentent concernés par un ensemble de situations et non pas par ce qui les concerne eux. La relation avec la personne du service a été mise en avant et ainsi le besoin de personifier les services. Mais des doutes ont également été émis à ce sujet à cause du risque que tout soit centré sur une personne.

Le développement d'outils trans-services et trans-bassins permettrait aux associations et services de se connaître, ainsi qu'un partage des dossiers et des données. Il faudrait prévoir un dispositif trans-bassin pour les publics qui ne s'intègrent pas forcément dans un bassin. Et veiller à ce que les praticiens maintiennent le droit de recevoir tout le monde (patients venant d'autres bassins). La création d'une carte du secteur permettrait de répertorier tous les lieux qui existent déjà par zones et secteurs. En portant une attention particulière à tout ce qui existe déjà et fonctionne, afin de ne pas rajouter de nouveaux outils et projets mais plutôt de créer des ponts avec l'existant. Il a également été jugé nécessaire de mettre en place une communication efficace et large, afin de faire de la prévention et de la sensibilisation.

## Vignette

Les problèmes qui ont été mis en avant suite à la lecture de la vignette touchaient divers thèmes comme la digitalisation des services, la barrière de la culture et de la langue mais également des sigles utilisés (CPAS, PMS...), l'isolement social des familles monoparentales, la question de l'autre parent, l'impact du travail sur le physique (pénibilité, peu rémunéré), l'absence de temps pour prendre soin de soi, ou encore le bien-être des enfants afin qu'ils ne répercutent pas les problèmes sur la génération suivante.

Il a été mis en avant que la situation décrite ne représente pas les « pires » situations que les travailleurs du secteur social-santé côtoient, c'est-à-dire des personnes rencontrant davantage de difficultés : sans revenus, sans logement, avec des problèmes d'assuétude et/ou psychiatriques, ou encore des personnes âgées qui ne sortent pas de chez elles.

## Freins et pistes de solutions

### Communs à tous les groupes

*Interconnaissance (entre professionnels) : pour mieux connaître les professionnels du secteur, il faut :*

- Un répertoire unique et complet (Région)
- Une plateforme de discussion et d'échange entre professionnels. Ex : Hub chat inter-CPAS (Bassin ?)
- Une formation de tous les travailleurs sur le répertoire et son utilisation. Ex : élargir formation de l'École de formation du service public (Région)
- Accorder le temps et valoriser la concertation des travailleurs. Ex : raccrocher aux concertations existantes (INAMI) et faciliter le rôle de concertation (ex : par des points d'accréditation comme dans le Groupement Local de médecine Générale) (Région)
- Un transfert de compétences des services spécialisés vers des services généralistes pour réagir plus rapidement (Bassin)

### *Reconnaissance et soutien des réseaux informels*

- Pair-aidants et autres : soutien de ces réseaux (Région ?)

### *Offre de base*

- Il doit exister un cadastre de l'existant, sur lequel le conseil consultatif devrait se baser pour agréer de nouvelles structures (Région)
- L'offre sur le territoire doit être mieux programmée par les pouvoirs publics en fonction de l'existant et pour avoir une adéquation offre-demande (Bassin)
- Offre généraliste au niveau quartier, offre spécialisée au niveau bassin
- Regroupement de certaines structures ou les rendre plus complémentaires. Ex : modèle Maia en France - services intégrés pour personnes atteintes d'Alzheimer) (Bassin)

### *Lisibilité des services pour l'utilisateur*

- Traduction du répertoire unique en une app facile à utiliser (infos triées et icônes). Ex : Le Bon Plan, Dune
- Avoir un numéro d'appel gratuit qui répond ou redirige. Ex : Helpdesk Brusano, Numéro Vert FdSS
- Impression d'une carte extraite du répertoire commun mise à disposition dans toutes les asso

### *Rôles/fonctions au plus près de l'utilisateur*

- Référent unique qui prend la personne en charge et l'accompagne physiquement jusqu'à ce qu'il y ait un relais et vérifie après que la personne a bien reçu une réponse à sa demande.
- Garantir accueil physique, ne pas tout avoir en numérique, rouvrir les guichets fermés lors de Covid
- Élargir horaires

*Langue/culture* : mieux utiliser médiateurs culturels et dédier du temps à la médiation culturelle (informer et sensibiliser les bénéficiaires sur les services disponibles)

*Saturation des services* : renvoyer des personnes vers des services saturés n'a pas de sens

*Turn-over travailleurs sociaux-santé* = instabilité des personnes de contact, réseaux construits par le travailleur partent avec le travailleur, aucun temps pour la transmission

### *Données*

- Les services donnent des infos aux autorités publiques mais ne reçoivent rien en retour
- Les règles privacy (RGPD-GDPR)
- Peu de prise en compte de données qualitatives
- Meilleur partage de données. Ex : Mediprima, gestion électronique de l'aide médicale octroyée par les CPAS

### *Conditionnalité*

- Les procédures sont là pour compliquer l'accès aux droits. Les infos digitalisées doivent permettre l'automatisation. Ex : supprimer mois de carence de la prise en charge CPAS
- Les publics les plus difficiles sont rejetés
- Utiliser des critères simples et identiques pour l'accès aux droits. Ex : le statut de BIM serait une base pour accéder à une série de droits (et éviter qu'une fois ce soit le critère BIM qui soit utilisé et une autre fois autre chose)

### *Cohérence politique*

- Soutenir et renforcer la première ligne et le bas seuil
- S'appuyer sur l'existant. Ex : pérenniser les projets qui fonctionnent comme les RAQ plutôt que d'en créer de nouveaux, laisser en place les services qui travaillent sur 19 communes
- Les actions combinées sont difficiles parce que les compétences émanent de niveaux différents. Ex : logement+environnement OK mais logement+santé pas OK

### **Évoqués par certains groupes**

- Mobilité physique pour se rendre au lieu de rdv pour les patients mais aussi difficulté de se déplacer et de se garer pour les professionnels (pas de priorité ou droits de passage)
- Anonymat des usagers : de plus en plus d'infos sont demandées, comment respecter le droit à l'anonymat des usagers ?
- Financement : reçoit le financement en retard, financement non-indexé
- Un lieu neutre de concertation, mise en réseau, formation, information, ouvert aux professionnels et au public (Bassin)
- Faire des visites des organisations du quartier (Ex : immersions transversales BruZEL, kijkstages) (Quartier)
- Obliger le terrain à remplir et mettre à jour les fiches pour le répertoire. Incentives ?
- Utilisation des diagnostics CLSS pour définir l'offre de base, après les avoir évalués et améliorés (Bassin)
- Améliorer la collaboration entre les acteurs du public et du privé afin d'atténuer les rivalités (Région)
- Avoir un nom commun structurel pour tous les services qui proposent des offres similaires dans tous les quartiers. Les asbl peuvent garder leur nom propre, mais ajouter un nom d'identification commun général afin d'être facilement identifiées partout (comme maison médicale ou planning familial)
- Mettre en place un dispensaire dans chaque bassin de soin afin d'avoir accès instantanément à un traitement (sur base d'une prescription reçue). Ou idée d'une pharmacie gratuite
- Inclure des personnes clés (acteurs du quartier, bénévoles, experts du vécu, usagers des services, ...) dans le travail social en les formant et les rémunérant
- Prendre en compte et mettre en place des choses à la fois pour la population générale mais aussi pour des publics cibles (ex : pour un public comme les personnes qui ont des problèmes de santé-mentale, créer un lien de confiance est essentiel). Ne pas oublier l'un ou l'autre.
- Dans la coordination intersectorielle, difficulté à se comprendre car nous ne vivons pas les mêmes réalités

- Valoriser et améliorer les parcours d'intégration, mieux les connaître, les formaliser et les rendre plus accessibles (plus de place)

## Risques et questions sur le bassin

- Risque de rajouter une couche à un système déjà compliqué
- Liberté de choix du patient et liberté de prendre tout patient (même d'autres bassins)
- Passation d'un bassin à l'autre doit être facile
- Penser un espace interbassin pour tous les publics mobiles. Et réfléchir à des ponts en supralocal pour les publics blacklistés
- Être attentif aux spécificités des bassins. Ex : bassin Ouest a une population qui ne s'ancre pas, d'où difficulté de tisser lien de confiance
- Danger de souligner des inégalités qui existent déjà, créer un entre-soi problématique
- Garder deux niveaux de prise en charge : logique régionale (octroi demandes) / logique locale (traitement des demandes). Afin que les personnes puissent être reçues et suivies à un niveau local près de chez elles, même si les demandes ensuite sont centralisées et octroyées à un niveau régional plus large
- Clarifier le terme de « responsabilité populationnelle » qui est tout d'abord une responsabilité politique (donner les moyens) avant d'être une responsabilité des acteurs de terrain

## Questions qui dépassent les FG mais qu'il faudrait signaler

- Régularisation sans-papiers
- Circulation des personnes (Flamands, Wallons à Bruxelles) : convention de revalidation inter-mutuelles
- Personnes qui ne rentrent pas dans les cases de l'administration et qui sont exclues des aides. Ex : personne de classe moyenne juste à la limite de l'octroi d'aide

## Prochain Focus Group

- le 18 novembre
- au Silversquare, Avenue Louise 523
- lunch fourni

Nous aborderons le thème de LA CONTINUITE mais garderons aussi en tête la question de savoir ce qu'il nous faut pour :

- Développer un réseau d'entraide ?
- Avoir un répertoire commun complet et utilisable (incentives pour les professionnels, formation, traduction type Le Bon Plan, formation type Ecole de formation du service public) ?
- Un partage adéquat de données entre professionnels ?
- Organiser la programmation de l'offre par bassin ?

## Compte-rendu Sud-Est – FG1

Date : 13/10/2022      Lieu : Centre Le Chemin (WSL)

Wenst u dit verslag in het Nederlands te krijgen, contacteer: [kboussart@cbcs.irisnet.be](mailto:kboussart@cbcs.irisnet.be)

9 participants

Animatrice : Marion Bottero, Crebis - Prise de notes : Valentina Marziali, Crebis

### Agenda du jour

- Vignette Accessibilité, Ricarda
- Tour de table problèmes évoqués par la vignette
- Pistes de solutions

## Comment la question de l'accessibilité a été abordée

L'accessibilité a tout d'abord été abordée sous l'aspect du temps d'attente au téléphone des travailleurs social-santé pour faire ouvrir ou avancer leurs dossiers. Il a été, donc, demandé de mettre en place des systèmes téléphoniques qui donnent accès en priorité aux travailleurs, comme des lignes directes au niveau du bassin. Actuellement, certains travailleurs parviennent à faire avancer leurs demandes en utilisant leurs réseaux et carnet d'adresses personnels. Toutefois, ce mode de fonctionnement pour les participants c'est bien l'épreuve qu'il y a un problème, car les services généralistes ou les nouveaux travailleurs qui n'ont pas développé un réseau sont plus en difficulté. Il y a aussi une perte des connaissances dès que la personne quitte le service avec son réseau et son carnet d'adresse et aussi un problème de manque de partage des informations, car le réseau devient une partie de la valeur du travailleur. Il faudrait essayer d'instaurer une culture du partage des carnets d'adresses en générale et certainement au niveau du bassin. Toutefois, pour essayer de résoudre les problèmes d'attente au téléphone il faudrait avant tout pouvoir agir au niveau de ses deux causes principales à savoir : le manque de moyens financiers et humains qui se traduisent en une surcharge de AS et en un manque de reconnaissance des services qui existent déjà.

Ensuite, ont été soulevés les problèmes de « financements en initiatives ». Ce type de financement a la particularité de ne pas être indexé. La solution de diminuer le temps de travail des personnes engagées avec ce type de financement, proposée par le Cabinet, n'est pas acceptable. De plus, les services engagés avec des subsides qui ne sont pas donnés en janvier, cela les oblige à fonctionner sur des fonds propres, sans avoir la sécurité de recevoir les fonds.

Puis, la question des langues a été mise en avant comme point à travailler pour donner un vrai accès aux services. À ce titre a été évoquée la possibilité de faire appel aux services bruxellois qui proposent une médiation culturelle lorsqu'il y a des problèmes de langue et/ou de traduction des documents. Le fait de faire appel à d'autres services a été aussi l'occasion pour aborder les problèmes de manque de connaissances et de lisibilité de l'offre. Ils existent beaucoup de services à Bruxelles, mais ils ne sont pas connus et/ou visibles par les professionnels mais aussi par les bénéficiaires. Par ailleurs, il faudrait inclure les usagers dans la réflexion sur comment améliorer les services et les rendre plus accessibles.

Enfin, pour améliorer l'accès il faudrait tout simplement renforcer et stabiliser ce qui existe déjà et fonctionne bien comme les centres de coordinations d'aides et soins à domiciles qui fonctionnent sur toute la Région ou bien les services d'accueil bas seuil généraliste. Cela demande de recenser tout ce qui existe et d'établir ce qui fonctionne. Bref rationaliser l'offre.

## Vignette

En général, le cas présenté dans la vignette met bien en évidence des problèmes d'accès rencontrés par les participants soit à titre personnel soit en tant que travailleurs social-santé. Toutefois, selon certains des intervenants la situation de la protagoniste ne met pas assez en lumière et/ou ne tient pas compte de :

- a) Situations encore plus précaires, car elle possède un logement, un salaire et elle n'a pas de maladies mentales.
- b) Le poids de la « fracture numérique » dans de cas comme celui de la protagoniste.
- c) Des travailleurs social-santé qui effectuent bien leur travail, qui réorientent les demandeurs et qui savent que, même si, la protagoniste n'a pas droit au RIS, elle a quand même droit à toute une série d'autres aides comme un aide juridique entre autres.

## Freins et pistes de solutions

### Communs à tous les groupes

*Interconnaissance (entre professionnels) : pour mieux connaître les professionnels du secteur, il faut :*

- Un répertoire unique et complet (Région)
- Une plateforme de discussion et d'échange entre professionnels. Ex : Hub chat inter-CPAS (Bassin ?)
- Une formation de tous les travailleurs sur le répertoire et son utilisation. Ex : élargir formation de l'École de formation du service public (Région)
- Accorder le temps et valoriser la concertation des travailleurs. Ex : raccrocher aux concertations existantes (INAMI) et faciliter le rôle de concertation (ex : par des points d'accréditation comme dans le Groupement Local de médecine Générale) (Région)
- Un transfert de compétences des services spécialisés vers des services généralistes pour réagir plus rapidement (Bassin)

*Reconnaissance et soutien des réseaux informels*

- Pair-aidants et autres : soutien de ces réseaux (Région ?)

*Offre de base*

- Il doit exister un cadastre de l'existant, sur lequel le conseil consultatif devrait se baser pour agréer de nouvelles structures (Région)
- L'offre sur le territoire doit être mieux programmée par les pouvoirs publics en fonction de l'existant et pour avoir une adéquation offre-demande (Bassin)
- Offre généraliste au niveau quartier, offre spécialisée au niveau bassin
- Regroupement de certaines structures ou les rendre plus complémentaires. Ex : modèle Maia en France - services intégrés pour personnes atteintes d'Alzheimer) (Bassin)

### *Lisibilité des services pour l'utilisateur*

- Traduction du répertoire unique en une app facile à utiliser (infos triées et icônes). Ex : Le Bon Plan, Dune
- Avoir un numéro d'appel gratuit qui répond ou redirige. Ex : Helpdesk Brusano, Numéro Vert FdSS
- Impression d'une carte extraite du répertoire commun mise à disposition dans toutes les asso

### *Rôles/fonctions au plus près de l'utilisateur*

- Référent unique qui prend la personne en charge et l'accompagne physiquement jusqu'à ce qu'il y ait un relais et vérifie après que la personne a bien reçu une réponse à sa demande.
- Garantir accueil physique, ne pas tout avoir en numérique, rouvrir les guichets fermés lors de Covid
- Élargir horaires

*Langue/culture* : mieux utiliser médiateurs culturels et dédier du temps à la médiation culturelle (informer et sensibiliser les bénéficiaires sur les services disponibles)

*Saturation des services* : renvoyer des personnes vers des services saturés n'a pas de sens

*Turn-over travailleurs sociaux-santé* = instabilité des personnes de contact, réseaux construits par le travailleur partent avec le travailleur, aucun temps pour la transmission

### *Données*

- Les services donnent des infos aux autorités publiques mais ne reçoivent rien en retour
- Les règles privacy (RGPD-GDPR)
- Peu de prise en compte de données qualitatives
- Meilleur partage de données. Ex : Mediprima, gestion électronique de l'aide médicale octroyée par les CPAS

### *Conditionnalité*

- Les procédures sont là pour compliquer l'accès aux droits. Les infos digitalisées doivent permettre automaticité. Ex : supprimer mois de carence de la prise en charge CPAS
- Les publics les plus difficiles sont rejetés
- Utiliser des critères simples et identiques pour l'accès aux droits. Ex : le statut de BIM serait une base pour accéder à une série de droits (et éviter qu'une fois ce soit le critère BIM qui soit utilisé et une autre fois autre chose)

### *Cohérence politique*

- Soutenir et renforcer la première ligne et le bas seuil

- S'appuyer sur l'existant. Ex : pérenniser les projets qui fonctionnent comme les RAQ plutôt que d'en créer de nouveaux, laisser en place les services qui travaillent sur 19 communes
- Les actions combinées sont difficiles parce que les compétences émanent de niveaux différents. Ex : logement+environnement OK mais logement+santé pas OK

### Évoqués par certains groupes

- Mobilité physique pour se rendre au lieu de rdv pour les patients mais aussi difficulté de se déplacer et de se garer pour les professionnels (pas de priorité ou droits de passage)
- Anonymat des usagers : de plus en plus d'infos sont demandées, comment respecter le droit à l'anonymat des usagers ?
- Financement : reçoit le financement en retard, financement non-indexé
- Un lieu neutre de concertation, mise en réseau, formation, information, ouvert aux professionnels et au public (Bassin)
- Faire des visites des organisations du quartier (Ex : immersions transversales BruZEL, kijkstages) (Quartier)
- Obliger le terrain à remplir et mettre à jour les fiches pour le répertoire. Incentives ?
- Utilisation des diagnostics CLSS pour définir l'offre de base, après les avoir évalués et améliorés (Bassin)
- Améliorer la collaboration entre les acteurs du public et du privé afin d'atténuer les rivalités (Région)
- Avoir un nom commun structurel pour tous les services qui proposent des offres similaires dans tous les quartiers. Les asbl peuvent garder leur nom propre, mais ajouter un nom d'identification commun général afin d'être facilement identifiées partout (comme maison médicale ou planning familial)
- Mettre en place un dispensaire dans chaque bassin de soin afin d'avoir accès instantanément à un traitement (sur base d'une prescription reçue). Ou idée d'une pharmacie gratuite
- Inclure des personnes clés (acteurs du quartier, bénévoles, experts du vécu, usagers des services, ...) dans le travail social en les formant et les rémunérant
- Prendre en compte et mettre en place des choses à la fois pour la population générale mais aussi pour des publics cibles (ex : pour un public comme les personnes qui ont des problèmes de santé-mentale, créer un lien de confiance est essentiel). Ne pas oublier l'un ou l'autre.
- Dans la coordination intersectorielle, difficulté à se comprendre car nous ne vivons pas les mêmes réalités
- Valoriser et améliorer les parcours d'intégration, mieux les connaître, les formaliser et les rendre plus accessibles (plus de place)

### Risques et questions sur le bassin

- Risque de rajouter une couche à un système déjà compliqué
- Liberté de choix du patient et liberté de prendre tout patient (même d'autres bassins)
- Passation d'un bassin à l'autre doit être facile
- Penser un espace interbassin pour tous les publics mobiles. Et réfléchir à des ponts en supralocal pour les publics blacklistés

- Être attentif aux spécificités des bassins. Ex : bassin Ouest a une population qui ne s'ancre pas, d'où difficulté de tisser lien de confiance
- Danger de souligner des inégalités qui existent déjà, créer un entre-soi problématique
- Garder deux niveaux de prise en charge : logique régionale (octroi demandes) / logique locale (traitement des demandes). Afin que les personnes puissent être reçues et suivies à un niveau local près de chez elles, même si les demandes ensuite sont centralisées et octroyées à un niveau régional plus large
- Clarifier le terme de « responsabilité populationnelle » qui est tout d'abord une responsabilité politique (donner les moyens) avant d'être une responsabilité des acteurs de terrain

### Questions qui dépassent les FG mais qu'il faudrait signaler

- Régularisation sans-papiers
- Circulation des personnes (Flamands, Wallons à Bruxelles) : convention de revalidation inter-mutuelles
- Personnes qui ne rentrent pas dans les cases de l'administration et qui sont exclus des aides.  
Ex : personne de classe moyenne juste à la limite de l'octroi d'aide

### Prochain Focus Group (17.11 midi - Avenue du Chant d'Oiseau, 40 - lunch fourni)

Nous aborderons le thème de LA CONTINUITÉ mais garderons aussi en tête la question de savoir ce qu'il nous faut pour :

- Rendre l'offre plus lisible pour les professionnels et pour les usagers ?
- Une meilleure connaissance des services au niveau du bassin ?
- Un meilleur partage de données entre professionnels ?
- Établir une terminologie commune au niveau du bassin ?
- Organiser la programmation de l'offre par bassin ?

## Verslag Noord – FG2 - CONTINUÏTEIT

Datum : 22/11/2022

Plaats : Be-Here

9 deelnemers

Gespreksleider : Jacques Moriau, CBCS/Crebis -

Notities : Karine Bousart, CBCS

### Agenda

- Levensverhaal rond continuïteit, Martin
- Kwesties die het verhaal aan de orde stelt
- Problemen en mogelijke oplossingen

### Hoe we de kwestie van toegang hebben aangepakt

De continuïteit in trajecten kan worden verbeterd door onder andere automatisering van rechten (maar buiten onze opdracht), betere uitwisseling van gegevens en een centrale verwijzingsrol.

Gedeelde gegevens over de persoon zouden de discontinuïteiten in verband met overgangen van de ene staat naar de andere verminderen. Bij ontslag (bijv. uit ziekenhuis of gevangenis) zou het dossier kunnen aangeven of de persoon sociaal "kwetsbaar" is (bijv. heeft hij of zij geschikte huisvesting, wordt hij of zij bij terugkeer verzorgd?). Kwetsbare mensen moeten alleen worden ontslagen als het ondersteuningsnetwerk beschikbaar is (en dus ontslag op vrijdag vermijden). Deze bestanden moeten echter onder bepaalde voorwaarden gemaakt worden:

- Met de gebruiker
- Het delen gebeurt met toestemming van de gebruiker en in volledige transparantie (aan wie, welke informatie)
- Alleen objectieve gegevens worden opgenomen (bijv. wie werd geraadpleegd, status van genomen stappen).

Voor de rol van centrale referent is het de vraag of expertise in het veld nodig is om deze rol te spelen en of het eerder een persoon is die binnen een instelling is gehuisvest of eerder een gedecentraliseerde functie. Zeker is dat deze persoon op buurtniveau moet handelen om dicht bij de begunstigde te staan en zijn of haar vertrouwen te hebben.

De zorgzones kunnen de gedeelde bestanden of de centrale referent ondersteunen. Gedeelde bestanden moeten in de hele regio (of zelfs het land) worden geharmoniseerd.

### Levensverhaal

Het levensverhaal illustreert goed de realiteit, het aantal betrokken diensten, de te nemen stappen, de benoemingsproblemen en ook hoe de bevoegdheidsniveaus (federaal, regionaal) de zaken compliceren. De hoofdrolspelers van het levensverhaal (gevangenis, RVA, OCMW) zijn zeer starre acteurs die zich niet goed aanpassen aan de persoon en zijn/haar werkelijkheid. Dit is ook een persoon die rechten heeft, maar die niet automatisch erkend worden. We moeten nadenken over automatisering.

Het levensverhaal illustreert ook het gebrek aan informatie rond de persoon en de noodzaak om te communiceren.

Ten slotte illustreert het de problemen van ontslag. Ontslagen (uit het ziekenhuis, uit de gevangenis) worden gepland, maar niet voorbereid of gecoördineerd.

## Obstakels en mogelijke oplossingen

**Gemeenschappelijk voor alle groepen** (cursief en oranje = gedeeld)

- *Beheer van ontslagen (uit het ziekenhuis, de gevangenis, de straat, enz.)*

Het hebben van een ontslag-dossier, een gedeeld dossier op de gebruiker

- Informatie die in dit dossier kan worden opgenomen:
  - o Kwetsbaarheid/isolatie-indicator voor de gebruiker om te voorkomen dat hij op vrijdag om 16 uur uitgaat
  - o Objectieve gegevens over ingeleide, afgeronde en lopende procedures
  - o Het sociale netwerk van de gebruiker in kaart brengen
- Voorbeelden van bestaande gegevensuitwisseling:
  - o E-health (abrumet) die zou worden uitgebreid tot sociale info. Abrumet is regionaal.
  - o Voortbouwen op de mutualiteiten
  - o Gedeeld platform opgelegd door Bruxelles Formation
  - o Bras Dessus Bras Dessous platform gemaakt op Odoo
  - o Bv. CHU St Pierre
- Voorwaarden/moeilijkheden/risico's voor het gedeelde dossier
  - o Gedeeld dossier voor alle structuren, steun voor het IT ontwerp ervan en uniforme uitvoering moeten van het gewest komen
  - o Enkel maar objectieve gegevens gebruiken
  - o Er zijn nog veel vragen over een gedeeld dossier. Er zijn angsten, vooral op psychologisch vlak. Het is absoluut noodzakelijk om na te denken over het doel, om de informatie goed in te kaderen en om na te gaan in hoeverre het psychologische wordt gedeeld.
  - o Stel regels op voor delen en toegang, differentiëren naar gegevens
  - o GDPR/RGPD
  - o Toestemming van de patiënt / gebruiker
  - o Anonimiteit toestaan, voorkomen dat de weigering van bepaalde patiënten/begunstigden om dit dossier te vormen een uitsluitingscriterium wordt (aanvaarding aanmoedigen in plaats van weigering te bestraffen) of dat de mensen die blacklisted zijn nog meer uitgesloten raken.
  - o Voorkom dat het dossier wordt gebruikt om het gebruik van diensten te beperken of om alleen controle uit te oefenen ipv diensten te geven.
  - o Het risico van automatisering is dat de starheid wordt versterkt
  - o Tijd om de aanvraag in te vullen
  - o Het dossier kan de menselijke ontmoeting niet vervangen
- Waar de zorgzone kon ondersteunen:
  - o Overleg organiseren over de uitvoering van een gedeeld dossier

Opstellen van multidisciplinaire protocollen/coördinatie

- Protocollen invoeren die ontslag mogelijk maken in coördinatie met het netwerk dat de persoon bij ontslag omringt, en ervoor zorgen dat aan alle voorwaarden voor een succesvol

ontslag is voldaan. Over het tijdstip van ontslag wordt onderhandeld en niet eenzijdig bepaald.

- Protocolvoorbeeld: syndroom van Diogenes met antennes 107
  - De basiswet (2005) verplicht gevangenen om mensen niet te ontslaan zonder te weten waar ze terecht kunnen, maar dit wordt niet in praktijk gebracht.
  - Betere samenwerking tussen diensten voor geestelijke gezondheidszorg en meer algemene diensten, OCMW's, politiediensten.
  - Specifieke en menselijke steun voor kwetsbare personen die de gevangenis of het ziekenhuis verlaten
  - Coördinatie tussen professionals (bv. Brusano, multidisciplinair klinisch overleg, bv. Zweden waar een externe coördinator alles organiseert vóór het ontslag)
  - Multidisciplinaire coördinatie met een vast tarief dat het multidisciplinaire team dekt
- *Beheer van overgangen, nieuwe aanvragen*

#### Elkaar beter leren kennen

- Sectoroverschrijdende onderdompelingen, cursussen, vergaderingen, overleg, enz.
- Plaatsen waar mensen elkaar in alle vertrouwen kunnen ontmoeten, plaatsen waar ze kunnen komen zonder verzoek of zelfs als hun verzoek al is ingewilligd, gewoon om de band te behouden. Sociaal en gezondheidshuis

#### Referentiepersoon, casemanager

- Een persoon in de buurt, dicht bij de gebruiker, die hem/haar kan begeleiden (ook fysiek), hem/haar naar de juiste diensten kan leiden en een vertrouwensband met deze diensten kan creëren (bv.: Lama co-consultatie, Boost Brusano project, PEP'S Office National de l'Enfance voor zwangerschapsmonitoring). Die persoon zou een register van bestaande middelen kunnen opstellen, deze kunnen activeren en de ontbrekende schakels kunnen aanwijzen.
  - Ervoor zorgen dat het bestaande systeem wordt gebruikt (CLSS, RAQ, CASG, CAP, sociaal overleg, enz.) en de taken van de betrokkenen vastleggen.
  - Zou een persoon kunnen zijn die de sociale en gezondheidsdeterminanten van de gebruiker controleert
  - Resterende vragen :
    - Is de referentiepersoon gevestigd binnen de structuren met kennis van specifieke problemen of is hij/zij gedecentraliseerd zonder kennis van de problemen maar met kennis van het traject en de behoeften van de persoon?
  - Waar de zorgzone kon ondersteunen:
    - Opleiding
    - Ondersteuning (communicatie, informatie, logistiek, psychologisch)
- *Gebrek aan preventie*

Problemen uit de kindertijd en jeugdhulpverlening oppakken en mechanismen zo vroeg mogelijk activeren (maar pas op: de gebruiker vraagt er niet altijd om)

De opleiding van werknemers verbeteren; de hulpverlenende diensten moeten deel uitmaken van het curriculum.

## Meer psychologische follow-up binnen andere structuren integreren en laagdrempelige opvang hebben

- *Andere aan de orde gestelde kwesties*
- De administratieve lasten, de tijd die nodig is om dossiers samen te stellen, de vertraging bij het verkrijgen van afspraken, terwijl de patiënten/gevangenen plotseling worden vrijgelaten.
- Gebrek aan middelen voor gezondheidswerkers en maatschappelijk werkers, personeelsverloop, moeilijk om vertrouwen op te bouwen

### Door sommige groepen genoemd

- Flexibiliteit brengen in starre organisaties. Maar een doordachte, georganiseerde, gestructureerde flexibiliteit die het mogelijk maakt het gewone publiek en ook noodgevallen op te vangen. De zorgzone zou hier meer bekendheid aan kunnen geven en kunnen helpen met opleidingen of uitwisselingen tussen structuren die een dergelijke organisatie hebben opgezet.
- Wachtdienst: organiseren van permanenties op het niveau van de zorgzone, zodat wanneer mensen het ziekenhuis, de gevangenis of een ander overgangsmoment verlaten er altijd een dienst open en beschikbaar is op het niveau van de zorgzone (7/7 - 24/24)
- Een gevangeniscel opzetten in het OCMW en bruggen slaan gevangenis - huisvesting.
- Gebrek aan bedden: het is niet normaal dat psychische gevallen naar woonzorgcentra worden gestuurd. Een globaal beeld van de beschikbare bedden in de sociale gezondheidszorg hebben?
- De duur van de procedures herzien om meer tijd te hebben, met name voor de paramedicus (vertrouwen, kennis van omgevingsfactoren, psychologische ondersteuning).
- Het akkoord tussen OCMW's voor een publiek in een opvangcentrum uitbreiden tot elk publiek (Brulocalis). Dankzij deze overeenkomst hoeven mensen in opvangcentra niet opnieuw een dossier aan te leggen wanneer zij van gemeente veranderen.
- De zorgzones zouden een programmeringsrol kunnen spelen. De regio stelt sociale en gezondheidsdoelstellingen vast (levensverwachting, aantal gezonde levensjaren) en elke zorgzone programmeert het gebruik van zijn middelen om die doelstellingen te bereiken.
- Governance: de verschillende niveaus met elkaar verbinden om verstoring en overlapping te voorkomen, de rol van de buurt, buurtgroepen en zorgzone bepalen
- Duur is beperkt door kaders: verschillende opgelegde kaders zorgen voor onderbrekingen in de trajecten. Het moet mogelijk zijn deze kaders te wijzigen, ook al is dat op een machtsniveau dat de kwestie van de PSSI overstijgt. Dit kan inhouden:
  - Mutualiteiten die alleen geestelijke gezondheid voor 2-3 jaar dekken
  - Goedkope 1e lijn psyinterventies (uitgevoerd tijdens Covid), te voltooien na 8 sessies
  - Subsidies die de aanwerving van cruciaal personeel mogelijk maken, maar beperkt zijn in de tijd (bv. OCMW, RAQ)
  - Erkenning van AMU (dringende medische hulp)-kaarten theoretisch mogelijk voor 1 jaar, maar vaak slechts toegekend voor 3 maanden
- Vestiging van een apotheek per zorgzone, gratis toegang tot behandeling
- De continuïteit is verslechterd als gevolg van Covid19 en de digitalisering van veel diensten.
- Zorgen voor overleg met ouderen, ook wanneer zij in verpleeghuizen verblijven

Buiten PSSI kader :

- Administratieve vereenvoudiging en automatisering van rechten. Pleidooi. De inter-OCMW overeenkomst in oktober is het begin van iets.
- maatschappelijk werkers zijn onderaannemers van de overheid geworden (tijd besteed aan aanvragen, complexiteit van procedures, gesloten kantoren)
- Het gebrek aan openbare en professionele diensten verlegt de last naar informele netwerken van vrijwilligers en zelfhulpgroepen die niet ontworpen zijn om deze last te dragen (noch werk noch mentale last).
- Harmonisatie van de door de OCMWs aangeboden diensten
- Stop de logica van projectoproepen
- Probleem met het statuut van de sociale dienst van de gevangenen (SSP, service social des prisons): doet geen sociaal werk, maar opsporingswerk; geen hulp maar controle.
- Gevangenisdiensten betaald door het Ministerie van Justitie. Mogelijkheid om onder het ministerie van Volksgezondheid te gaan om dingen in beweging te krijgen en om een globale benadering van gezondheid te hebben.
- Structureel, politiek probleem, breder dan de sociale werksector, vooral op justitieel niveau. Maatschappelijk werkers doen wat ze kunnen. Ontwikkeling van financiering, begeleiding, psychologische follow-up voor gevangenen.

Volgend Focus Group: 06.12, 12-14u – Be-Here, Dieudonné Lefèvrestraat 4 - 1020  
Brussel - lunch ter plaatse

We zullen het thema GEÏNTEGREERDE ORGANISATIE behandelen

## Compte-rendu Nord – FG2 - CONTINUITÉ

Date : 22/11/2022

Lieu : Be-Here

9 participants

Animateur: Jacques Moriau, CBCS/Crebis

-

Prise de notes : Karine Boussart, CBCS

### Agenda du jour

- Lecture vignette Continuité, Martin
- Tour de table 1 : réactions à la vignette
- Tour de table 2 : problèmes que soulève la vignette et pistes de solution

### Comment la question de la continuité a été abordée

La continuité dans les parcours peut être améliorée entre autres par une automatisation des droits (mais hors de notre champ de compétence), par un meilleur partage des données et par un rôle de référent central.

Des dossiers partagés sur la personne réduiraient les discontinuités liées aux transitions d'un état à un autre. Pour les sorties (d'hôpital ou de prison par exemple), le dossier pourrait indiquer si la personne est « fragile » sur le plan social (dispose-t-elle d'un logement convenable, est-elle entourée pour son retour ?). Les sorties des personnes fragiles ne devraient se faire que quand le réseau pour l'entourer est disponible (et éviter donc les sorties vendredi pm). Il faut toutefois que ces dossiers soient faits selon certaines conditions :

- Avec l'utilisateur
- Le partage se fait avec le consentement de l'utilisateur en toute transparence (à qui, quelles infos)
- Seules des données objectives sont reprises (ex : qui consulté, état des démarches entreprises)

Pour le rôle de référent central, la question est de savoir si l'expertise terrain est nécessaire pour jouer ce rôle ou non et si c'est plutôt une personne logée au sein d'une institution ou plutôt une fonction décentralisée. Ce qui est certain c'est que cette personne doit agir au niveau quartier pour être proche du bénéficiaire et bénéficier de sa confiance.

Les bassins peuvent apporter un soutien aux dossiers partagés ou au référent central. Les dossiers partagés devraient être harmonisés sur la région (voire le pays).

### Vignette

La vignette illustre bien la réalité, le nombre de services impliqués, les démarches à faire, les problèmes de rendez-vous et aussi comment les niveaux de compétences (fédéral, régional) compliquent la donne. Les acteurs principaux de la vignette (prison, Onem, CPAS) sont des acteurs très rigides qui s'adaptent peu à la personne et ses réalités. Il s'agit aussi d'une personne qui a des droits mais ils ne lui sont pas reconnus automatiquement. Il faut penser à l'automatisation.

La vignette illustre aussi le manque d'informations autour de la personne et le besoin de communiquer.

Enfin, elle illustre les problèmes de sortie. Les sorties (d'hôpital, de prison) sont prévues mais pas préparées ni coordonnées.

## Freins et pistes de solutions

**Communs à tous les groupes** (les constats et propositions en italique et orange sont partagés)

- *Gérer les sorties (d'hôpital, de prison, de rue, ...)*

### *Avoir un dossier de sortie, un dossier partagé sur l'utilisateur*

- Infos qui pourraient être reprises dans ce dossier :
  - o Indicateur de fragilité/isolement de l'utilisateur pour éviter des sorties un vendredi à 16h
  - o Données objectives sur les démarches entamées, clôturées, en cours
  - o Cartographie du réseau social de l'utilisateur
- Exemples de partage de données existants :
  - o E-santé (abrumet) qui serait élargi au social. Abrumet est régional.
  - o S'appuyer sur les mutuelles
  - o Plateforme partagée et imposée par Bruxelles Formation
  - o Plateforme Bras Dessus Bras Dessous faite sur Odoo
  - o Ex CHU St Pierre
- Conditions/difficultés/risques pour le dossier partagé
  - o Dossier commun pour toutes les structures, soutien pour la conception de l'outil informatique et mise en place uniforme doivent venir de la région
  - o Uniquement reprendre des données objectives
  - o Beaucoup de questions se posent encore sur le dossier partagé. Des craintes existent, particulièrement au niveau psy. Il faut absolument réfléchir à l'objectif, bien cadrer l'information et voir dans quelle mesure le volet psy est partagé.
  - o Fixer des règles de partage et d'accès, différencier en fonction des données
  - o GDPR/RGPD
  - o Consentement du patient / usager
  - o Permettre l'anonymat, éviter que le refus de certains patients/bénéficiaires de constituer ce dossier devienne un critère d'exclusion (inciter à accepter plutôt que punir le refus) ou que cela enferme encore plus les personnes blacklistées
  - o Éviter que le dossier soit utilisé pour limiter la consommation de services ou pour n'exercer que du contrôle et pas du service.
  - o Le risque de l'informatisation c'est de renforcer la rigidité
  - o Temps à prendre pour remplir le dossier
  - o Le dossier ne peut pas remplacer la rencontre humaine
- Là où le bassin pourrait appuyer :
  - o Organiser la concertation sur la mise en place d'un dossier partagé

### *Mettre en place des protocoles/coordination multidisciplinaire*

- Mettre en place des protocoles qui permettent une sortie en coordination avec le réseau qui entoure la personne à sa sortie et s'assurer que toutes les conditions sont en place pour une sortie réussie. Le moment de sortie est négocié au lieu d'être dicté unilatéralement.
  - Ex de protocole : syndrome Diogènes avec antennes 107
  - La loi de principe (2005) oblige les prisons à ne pas laisser sortir les personnes sans savoir où elles peuvent aller mais ce n'est pas mis en pratique
  - Meilleure coopération entre services santé mentale et services plus généralistes, CPAS, services de police
  - Accompagnement spécifique et humanisé pour des publics fragilisés sortant de prison ou d'hôpital
  - Coordination entre professionnels (ex : Brusano, concertation clinique multidisciplinaire, ex de la Suède où un coordinateur extérieur organise tout avant la sortie)
  - Coordination multidisciplinaire avec un forfait qui prend en charge l'équipe
- *Gérer les transitions, les nouvelles demandes*

#### Mieux se connaître

- Immersions transectorielles, stages, rencontres, concertations, ...
- Lieux de rencontre en toute confiance, lieux de lien où une personne peut venir sans demande ou même si sa demande a déjà abouti, juste pour garder le lien. Maison social-santé

#### Personne de référence, case manager

- Personne qui se situe au niveau du quartier, proche de l'utilisateur qui puisse l'accompagner (aussi physiquement), l'orienter vers les services adéquats et créer le lien de confiance avec ces services (ex : co-consultation Lama, projet Boost Brusano, PEPS ONE pour le suivi de grossesse). Il pourrait faire le cadastre des ressources existantes, les activer et identifier les maillons manquants.
  - Veiller à utiliser l'existant (CLSS, RAQ, CASG, CAP, concertations sociales, ...) et préciser les missions des intervenants
  - Pourrait être une personne qui suit les déterminants sociaux-santé de l'utilisateur
  - Questions qui restent :
    - o Le référent est-il logé au sein des structures avec une connaissance de problématiques particulières ou est-il plutôt décentralisé sans connaissance des problématiques mais avec une connaissance du parcours et des besoins de la personne ?
  - Là où le bassin pourrait appuyer :
    - o Formation
    - o Soutien (communication, information, logistique, psychologique)
- *Manque de prévention*

Prendre les problèmes dès l'enfance et aide à la jeunesse et activer les mécanismes le plus tôt possible (mais attention : l'utilisateur n'est pas toujours demandeur)

Améliorer la formation des travailleurs, les aides possibles doivent faire partie du cursus

Intégrer plus de suivi psy au sein d'autres structures et avoir des accueils bas seuils

- *Autres problèmes évoqués*
- Lourdeur administrative, temps pour constituer les dossiers, délai pour obtenir les rendez-vous alors que les patients/prisonniers eux sortent du jour au lendemain.
- Manque de moyens pour les travailleurs santé-social, rotation personnel, difficile d'installer la confiance

### Évoqués par certains groupes

- Apporter de la flexibilité dans des organisations rigides. Mais une flexibilité pensée, organisée, structurée qui permet d'accueillir le public habituel et les urgences. Le bassin pourrait sensibiliser à cela et aider par des formations ou des échanges entre structures qui ont mis en place une telle organisation
- Service de garde : organiser des services de garde au niveau du bassin pour qu'à la sortie d'hôpital, de prison ou tout autre moment de transition un service soit toujours ouvert et disponible à l'échelle du bassin (7/7 – 24/24 à l'échelle du bassin)
- Mettre en place une cellule prison au CPAS et créer des ponts entre prison et hébergement
- Manque d'hébergement : ce n'est pas normal que des cas psy soient envoyés en maison de repos. Avoir une vue globale sur hébergement disponible en social-santé ?
- Revoir la durée des actes pour pouvoir y accorder plus de temps, notamment au paramédical (confiance, connaissance des facteurs environnants, soutien psychologique)
- Élargir le gentleman's agreement entre CPAS pour un public en centre d'accueil à tout public (Brulocalis). Cet accord permet aux personnes en centres d'accueil de ne pas devoir réintroduire un dossier quand ils changent de commune
- Les bassins pourraient jouer un rôle de programmation. La région fixe des objectifs social-santé (espérance de vie, nombre d'années de vie en bonne santé) et chaque bassin programme l'utilisation de ses moyens pour les atteindre.
- La gouvernance: bien articuler les différentes échelles pour éviter les ruptures et les doublons, rôles des échelles quartier, groupements de quartier, bassins
- Durées limitées par les cadres de travail : plusieurs cadres imposés créent des ruptures dans les parcours. Il faudrait pouvoir modifier ces cadres même si cela s'adresse à un niveau de pouvoir dépassant la problématique PSSI. Il peut s'agir entre autres :
  - o De pratiques de mutuelles qui en santé mentale ne prennent que 2-3 ans en charge
  - o D'interventions de psy de 1<sup>è</sup> ligne à bas coûts (mis en place pendant le Covid) qui doivent s'achever après 8 séances
  - o Des subsides qui permettent l'embauche de personnel crucial mais qui sont limités dans le temps (ex : CPAS, RAQ)
  - o Des reconnaissances des cartes AMU théoriquement possibles pour 1 an mais qui ne sont souvent octroyées que pour 3 mois
- Mise en place d'un dispensaire par bassin, accès au traitement gratuitement
- La continuité s'est détériorée suite au Covid19 et la digitalisation de nombreux services
- Assurer la concertation avec les personnes âgées aussi quand elles sont en maisons de repos

### Dépassent du cadre :

- Simplification administrative et automatisation des droits. Plaidoyer à faire. L'accord inter-CPAS intervenu en octobre est le début de quelque chose.
- Les travailleurs sociaux sont devenus des sous-traitants des pouvoirs publics (temps passé à introduire les demandes, complexité des démarches, guichets fermés)

- Les manquements au niveau service public et professionnels reportent la charge sur des réseaux informels de bénévoles, d'entraide qui ne sont pas faits pour supporter cette charge (ni charge de travail ni charge mentale)
- Harmoniser les services proposés par les CPAS
- Arrêter la logique des appels à projets
- Problème du statut du Service Social des Prisons (SSP) : ne fait pas travail social, mais un travail d'enquête ; pas d'aide mais contrôle.
- Services en prison payés par le ministère de la justice. Volonté que passe sous ministère de la santé afin de pouvoir faire bouger les choses, prise en charge globale de la santé.
- Problème structurel, politique, plus large que le secteur du travail social, notamment au niveau judiciaire. Travailleurs sociaux font ce qu'ils peuvent. Développer financements, accompagnements, suivi psy chez détenus.

Prochain Focus Group : 06.12, 12-14h – Be-Here, rue Dieudonné Lefèvre 4 - 1020 Bxl, lunch fourni

Nous aborderons le thème de L'ORGANISATION INTÉGRÉE SOCIAL-SANTÉ

## Compte-rendu Nord-Est – FG2 – CONTINUITÉ

Date : 24/11/2022      Lieu : M-Village – Rue des Palais (Schaerbeek)

Wenst u dit verslag in het Nederlands te krijgen, contacteer: [kboussart@cbcs.irisnet.be](mailto:kboussart@cbcs.irisnet.be)

### 13 participants

Animateur : Jacques Moriau, CBCS - Prise de notes : Valentina Marziali, Crébis

### Retour sur le compte-rendu précédent

- Compte-rendu clair, compréhensible. On peut continuer avec le même modèle

### Agenda du jour

- Rappel du cadre et de la méthode
- Lecture vignette Continuité, Martin
- Tour de table 1 : amélioration vignette
- Tour de table 2 : problèmes que soulève la vignette et pistes de solution

### Comment la question de la continuité a été abordée

Plusieurs traits concernant la question de la continuité ont été approfondi tout au long de l'échange. D'abord, la question du manque des places d'hébergement pour des publics fortement fragilisés sortant de prison ou d'hôpital a été mise en avant. Cela engendre des difficultés et des questionnements pour des services qui ont des places, comme les maisons de repos, mais dont le personnel n'est pas forcément formé pour accueillir de personnes relativement jeune et qui cumulent les problématiques. Il faudrait avoir une vision globale des services saturés ou avec des places disponibles d'un côté et se questionner sur la possibilité de rendre accessibles à une multiplicité des publics les services ayant des places disponibles de l'autre côté.

Ensuite, le besoin d'un suivi humain et personnalisé qui puisse tenir compte de la personne dans sa totalité et ce dont elle a envie, pour les publics plus précarisé a été abordé. Plusieurs figures pourraient s'occuper de ce genre des suivis (suivi de coordination à la fois, mais aussi d'accompagnement de la personne) : le coordinateur des soins, « le case manager », quelqu'un de la mutuelle ou du CPAS, des concertations. Ce type des suivis personnalisés ont, tout de même, des limites, car ils ne pourront pas répondre au manque des moyens, au dysfonctionnement des services, à la complexité administrative ainsi qu'au cloisonnement des services. Par exemple, le manque d'humanité est encore plus accentué par la digitalisation des services. Cette dernière, par ailleurs, ne fait qu'augmenter les temps d'attente du traitement et ouverture des droits aux usagers de la part des travailleurs social-santé.

Ce travail de suivi personnalisé et de construction d'un lien de confiance devrait aussi être couplé à un travail en amont, proactif qui anticipe en préparant la sortie de prison ou d'hôpital, mais aussi les changements de vie et/ou de statut des publics les plus précarisés.

Puis la question des dossiers partagés a été abordée. Malgré la possibilité que le partage puisse avoir lieu suite au consentement du patient des pôles en tension continuent à traverser cette question : outils numériques versus outils en présence (avec le patient mis au centre du partage), le secret professionnel versus l'efficacité de la communication.

Enfin, la difficulté de savoir « à qui s'adresser » lors d'un changement de vie, à la fois du point de vue du patient ainsi que de celui des professionnels social-santé a été approfondi. Deux possibilités ont été mises en avant. D'un côté avoir une maison social-santé hyper visible et hyper connue, mais qu'elle n'a pas l'étiquette du CPAS (contrôle ou pauvreté). Un lieu sans étiquette à la fois pour les usagers et les professionnels. Un lieu avec différents services sur place, avec un accueil, une espèce de guichet unique. Quelques modèles existent déjà : en Flandre la maison de l'enfant, il y a des communes qui sont en train d'expérimenter le guichet social-santé (par exemple à Saint-Gilles), les CAP des mutualités (elles sont censées pouvoir orienter aussi vers d'autres services). Il faudrait partir de ce qui existe déjà. De l'autre côté, un accompagnement de l'utilisateur chez les différents services pourrait répondre à la difficulté de savoir « à qui s'adresser ». Aussi dans ce cas quelques projets ont été déjà développés : les Raps, les PEPS de l'One, BOOST chez Brusano.

## Vignette

La vignette est réaliste voir même plus positive et optimiste par rapport à la réalité. Passer la nuit à l'hôpital cela n'existe plus depuis longtemps, mais aussi pouvoir appeler un assistant social, avoir son numéro, pas facile que cela se réalise dans la réalité.

## Freins et pistes de solutions

**Communs à tous les groupes** (les constats et propositions en italique et orange sont partagés)

- *Gérer les sorties (d'hôpital, de prison, de rue, ...)*

### *Avoir un dossier de sortie, un dossier partagé sur l'utilisateur*

- Infos qui pourraient être reprises dans ce dossier :
  - o Indicateur de fragilité/isolement de l'utilisateur pour éviter des sorties un vendredi à 16h
  - o Données objectives sur les démarches entamées, clôturées, en cours
  - o Cartographie du réseau social de l'utilisateur
- Exemples de partage de données existants :
  - o E-santé (abrumet) qui serait élargi au social. Abrumet est régional.
  - o S'appuyer sur les mutuelles
  - o Plateforme partagée et imposée par Bruxelles Formation
  - o Plateforme Bras Dessus Bras Dessous faite sur Odoo
  - o Ex CHU St Pierre
- Conditions/difficultés/risques pour le dossier partagé

- Dossier commun pour toutes les structures, soutien pour la conception de l'outil informatique et mise en place uniforme doivent venir de la région
- Uniquement reprendre des données objectives
- Beaucoup de questions se posent encore sur le dossier partagé. Des craintes existent, particulièrement au niveau psy. Il faut absolument réfléchir à l'objectif, bien cadrer l'information et voir dans quelle mesure le volet psy est partagé.
- Fixer des règles de partage et d'accès, différencier en fonction des données
- GDPR/RGPD
- Consentement du patient / usager
- Permettre l'anonymat, éviter que le refus de certains patients/bénéficiaires de constituer ce dossier devienne un critère d'exclusion (inciter à accepter plutôt que punir le refus) ou que cela enferme encore plus les personnes blacklistées
- Éviter que le dossier soit utilisé pour limiter la consommation de services ou pour n'exercer que du contrôle et pas du service.
- Le risque de l'informatisation c'est de renforcer la rigidité
- Temps à prendre pour remplir le dossier
- Le dossier ne peut pas remplacer la rencontre humaine
- Là où le bassin pourrait appuyer :
  - Organiser la concertation sur la mise en place d'un dossier partagé

#### Mettre en place des protocoles/coordination multidisciplinaire

- Mettre en place des protocoles qui permettent une sortie en coordination avec le réseau qui entoure la personne à sa sortie et s'assurer que toutes les conditions sont en place pour une sortie réussie. Le moment de sortie est négocié au lieu d'être dicté unilatéralement.
- Ex de protocole : syndrome Diogènes avec antennes 107
- La loi de principe (2005) oblige les hôpitaux à ne pas laisser sortir les personnes sans savoir où elles peuvent aller mais ce n'est pas mis en pratique
- Meilleure coopération entre services santé mentale et services plus généralistes, CPAS, services de police
- Accompagnement spécifique et humanisé pour des publics fragilisés sortant de prison ou d'hôpital
- Coordination entre professionnels (ex : Brusano, concertation clinique multidisciplinaire, ex de la Suède où un coordinateur extérieur organise tout avant la sortie)
- Coordination multidisciplinaire avec un forfait qui prend en charge l'équipe
- *Gérer les transitions, les nouvelles demandes*

#### Mieux se connaître

- Immersions transectorielles, stages, rencontres, concertations, ...
- Lieux de rencontre en toute confiance, lieux de lien où une personne peut venir sans demande ou même si sa demande a déjà abouti, juste pour garder le lien. Maison social-santé

#### Personne de référence, case manager

- Personne qui se situe au niveau du quartier, proche de l'utilisateur qui puisse l'accompagner (aussi physiquement), l'orienter vers les services adéquats et créer le lien de confiance avec

ces services (ex : co-consultation Lama, projet Boost Brusano, PEPS ONE pour le suivi de grossesse). Il pourrait faire le cadastre des ressources existantes, les activer et identifier les maillons manquants.

- Veiller à utiliser l'existant (CLSS, RAQ, CASG, CAP, concertations sociales, ...) et préciser les missions des intervenants
  - Pourrait être une personne qui suit les déterminants sociaux-santé de l'utilisateur
  - Questions qui restent :
    - o Le référent est-il logé au sein des structures avec une connaissance de problématiques particulières ou est-il plutôt décentralisé sans connaissance des problématiques mais avec une connaissance du parcours et des besoins de la personne ?
  - Là où le bassin pourrait appuyer :
    - o Formation
    - o Soutien (communication, information, logistique, psychologique)
- *Manque de prévention*

Prendre les problèmes dès l'enfance et aide à la jeunesse et activer les mécanismes le plus tôt possible (mais attention : l'utilisateur n'est pas toujours demandeur)

Améliorer la formation des travailleurs, les aides possibles doivent faire partie du cursus

Intégrer plus de suivi psy au sein d'autres structures et avoir des accueils bas seuils

- *Autres problèmes évoqués*
- Lourdeur administrative, temps pour constituer les dossiers, délai pour obtenir les rendez-vous alors que les patients/prisonniers eux sortent du jour au lendemain.
- Manque de moyens pour les travailleurs santé-social, rotation personnel, difficile d'installer la confiance

### Évoqués par certains groupes

- Apporter de la flexibilité dans des organisations rigides. Mais une flexibilité pensée, organisée, structurée qui permet d'accueillir le public habituel et les urgences. Le bassin pourrait sensibiliser à cela et aider par des formations ou des échanges entre structures qui ont mis en place une telle organisation
- Service de garde : organiser des services de garde au niveau du bassin pour qu'à la sortie d'hôpital, de prison ou tout autre moment de transition un service soit toujours ouvert et disponible à l'échelle du bassin (7/7 – 24/24 à l'échelle du bassin)
- Mettre en place une cellule prison au CPAS et créer des ponts entre prison et hébergement
- Manque d'hébergement : ce n'est pas normal que des cas psy soient envoyés en maison de repos. Avoir une vue globale sur hébergement disponible en social-santé ?
- Revoir la durée des actes pour pouvoir y accorder plus de temps, notamment au paramédical (confiance, connaissance des facteurs environnants, soutien psychologique)
- Élargir le gentleman's agreement entre CPAS pour un public en centre d'accueil à tout public (Brulocalis). Cet accord permet aux personnes en centres d'accueil de ne pas devoir réintroduire un dossier quand ils changent de commune

- Les bassins pourraient jouer un rôle de programmation. La région fixe des objectifs social-santé (espérance de vie, nombre d'années de vie en bonne santé) et chaque bassin programme l'utilisation de ses moyens pour les atteindre.
- La gouvernance: bien articuler les différentes échelles pour éviter les ruptures et les doublons, rôles des échelles quartier, groupements de quartier, bassins
- Durées limitées par les cadres de travail : plusieurs cadres imposés créent des ruptures dans les parcours. Il faudrait pouvoir modifier ces cadres même si cela s'adresse à un niveau de pouvoir dépassant la problématique PSSI. Il peut s'agir entre autres :
  - o De pratiques de mutuelles qui en santé mentale ne prennent que 2-3 ans en charge
  - o D'interventions de psy de 1<sup>ère</sup> ligne à bas coûts (mis en place pendant le Covid) qui doivent s'achever après 8 séances
  - o Des subsides qui permettent l'embauche de personnel crucial mais qui sont limités dans le temps (ex : CPAS, RAQ)
  - o Des reconnaissances des cartes AMU théoriquement possibles pour 1 an mais qui ne sont souvent octroyées que pour 3 mois
- Mise en place d'un dispensaire par bassin, accès au traitement gratuitement
- La continuité s'est détériorée suite au Covid19 et la digitalisation de nombreux services
- Assurer la concertation avec les personnes âgées aussi quand elles sont en maisons de repos

#### Dépassent du cadre :

- Simplification administrative et automatisation des droits. Plaidoyer à faire. L'accord inter-CPAS intervenu en octobre est le début de quelque chose.
- Les travailleurs sociaux sont devenus des sous-traitants des pouvoirs publics (temps passé à introduire les demandes, complexité des démarches, guichets fermés)
- Les manquements au niveau service public et professionnels reportent la charge sur des réseaux informels de bénévoles, d'entraide qui ne sont pas faits pour supporter cette charge (ni charge de travail ni charge mentale)
- Harmoniser les services proposés par les CPAS
- Arrêter la logique des appels à projets
- Problème du statut du Service Social des Prisons (SSP) : ne fait pas travail social, mais un travail d'enquête ; pas d'aide mais contrôle.
- Services en prison payés par le ministère de la justice. Volonté que passe sous ministère de la santé afin de pouvoir faire bouger les choses, prise en charge globale de la santé.
- Problème structurel, politique, plus large que le secteur du travail social, notamment au niveau judiciaire. Travailleurs sociaux font ce qu'ils peuvent. Développer financements, accompagnements, suivi psy chez détenus.

#### Prochain Focus Group

- le 15 décembre
- au M-Village, Rue des Palais 44
- lunch fourni

Nous aborderons le thème de L'ORGANISATION INTÉGRÉE SOCIAL-SANTÉ

## Verlag focus groep West A – FG2 - CONTINUÏTEIT

Datum : 25/11/2022    Plaats : Brusano, verenigingstraat

10 deelnemers

Gespreksleider : Jacques Moriau, CBCS/Crebis - Notities : Karine Bousart, CBCS

### Agenda

- Iedereen ok voor het opnemen van het gesprek ? ja
- Levensverhaal rond continuïteit, Martin
- Kwesties die het verhaal aan de orde stelt
- Problemen en mogelijke oplossingen

### Hoe we de kwestie van continuïteit hebben aangepakt

In de discussie werd gewezen op de continuïteitsproblemen in verband met de versnippering van de instellingen en het gebrek aan middelen, wat leidt tot een groot personeelsverloop en vertragingen bij de behandeling van zaken.

Coördinatie tussen geestelijke gezondheidszorg en meer algemene gezondheids- of sociale diensten is essentieel. Ook werd de nadruk gelegd op preventie, omdat het noodzakelijk is sneller te kunnen reageren om verslechtering van situaties te voorkomen. Op lokaal niveau zijn laagdrempelige opvangvoorzieningen nodig, maar ook referentiepersonen die de gebruikers volgen en begeleiden. Nabijheid is essentieel op dit niveau (buurt).

De zorgzones zouden een meer programmerende rol kunnen spelen. De regio zou gezondheidsdoelstellingen moeten vaststellen (gezonde levensjaren, levensverwachting) en elke zorgzone zou moeten bekijken hoe het die kan bereiken, afhankelijk van zijn eigen sociaal-demografische profiel en lokale diagnose.

Ten slotte worden vragen in verband met het bestuur behandeld: wat wordt de rol van de zorgzones vzw's, hoe kunnen de verschillende niveaus worden afgestemd, .... Dit zou het onderwerp kunnen zijn van de volgende discussie over geïntegreerde organisatie door te kijken naar de articulatie van schalen.

### Levensverhaal

Het levensverhaal is illustratief voor de situaties in het veld en voor het feit dat rekening moet worden gehouden met de globaliteit van de situatie en dat sociale en gezondheidskwesties aan elkaar gekoppeld moeten worden. Psychologische follow-up ontbreekt, psychologische problemen worden bedolven onder andere problemen en sociale diensten (bijv. OCMW of andere) of zelfs gevangenen beschikken niet over voldoende interne psychologische middelen. Er had een link kunnen zijn met mobiele crisisteam die helpen bij de wederopbouw van een netwerk (bijv. Hermesplus Moveo). Het ontslag was te vroeg, het was beter geweest het ontslag uit te stellen om de follow-up te plannen.

Het levensverhaal benadrukt ook de versnippering tussen instellingen maar ook binnen instellingen.

Aan de andere kant is het ook indrukwekkend om te zien hoeveel de persoon er baat bij heeft gehad om uit de gevangenis te komen. Het is soms moeilijker voor andere mensen, zoals ouderen of chronisch zieken of mensen die moeite hebben met zelfstandigheid. Moet je wachten tot je in een rampzalige situatie verkeert om de diensten te mobiliseren? Je zou de diensten en ook de laatste toevluchtdiensten van het OCMW veel eerder moeten activeren

Het levensverhaal belicht ook de administratieve traagheid op justitieel niveau.

Het opvolgen van de persoon zal heel anders zijn als hij veroordeeld wordt of niet.

## Obstakels en oplossingen

**Gemeenschappelijk voor alle groepen** (cursief en oranje = gedeeld)

- *Beheer van ontslagen (uit het ziekenhuis, de gevangenis, de straat, enz.)*

Het hebben van een ontslag-dossier, een gedeeld dossier op de gebruiker

- Informatie die in dit dossier kan worden opgenomen:
  - o Kwetsbaarheid/isolatie-indicator voor de gebruiker om te voorkomen dat hij op vrijdag om 16 uur uitgaat
  - o Objectieve gegevens over ingeleide, afgeronde en lopende procedures
  - o Het sociale netwerk van de gebruiker in kaart brengen
- Voorbeelden van bestaande gegevensuitwisseling:
  - o E-health (abrumet) die zou worden uitgebreid tot sociale info. Abrumet is regionaal.
  - o Voortbouwen op de mutualiteiten
  - o Gedeeld platform opgelegd door Bruxelles Formation
  - o Bras Dessus Bras Dessous platform gemaakt op Odoo
  - o Bv. CHU St Pierre
- Voorwaarden/moeilijkheden/risico's voor het gedeelde dossier
  - o Gedeeld dossier voor alle structuren, steun voor het IT ontwerp ervan en uniforme uitvoering moeten van het gewest komen
  - o Enkel maar objectieve gegevens gebruiken
  - o Er zijn nog veel vragen over een gedeeld dossier. Er zijn angsten, vooral op psychologisch vlak. Het is absoluut noodzakelijk om na te denken over het doel, om de informatie goed in te kaderen en om na te gaan in hoeverre het psychologische wordt gedeeld.
  - o Stel regels op voor delen en toegang, differentiëren naar gegevens
  - o GDPR/RGPD
  - o Toestemming van de patiënt / gebruiker
  - o Anonimiteit toestaan, voorkomen dat de weigering van bepaalde patiënten/begunstigden om dit dossier te vormen een uitsluitingscriterium wordt (aanvaarding aanmoedigen in plaats van weigering te bestraffen) of dat de mensen die blacklisted zijn nog meer uitgesloten raken.
  - o Voorkom dat het dossier wordt gebruikt om het gebruik van diensten te beperken of om alleen controle uit te oefenen ipv diensten te geven.
  - o Het risico van automatisering is dat de starheid wordt versterkt
  - o Tijd om de aanvraag in te vullen
  - o Het dossier kan de menselijke ontmoeting niet vervangen
- Waar de zorgzone kon ondersteunen:

- Overleg organiseren over de uitvoering van een gedeeld dossier

### Opstellen van multidisciplinaire protocollen/coördinatie

- Protocollen invoeren die ontslag mogelijk maken in coördinatie met het netwerk dat de persoon bij ontslag omringt, en ervoor zorgen dat aan alle voorwaarden voor een succesvol ontslag is voldaan. Over het tijdstip van ontslag wordt onderhandeld en niet eenzijdig bepaald.
  - Protocolvoorbeeld: syndroom van Diogenes met antennes 107
  - De basiswet (2005) verplicht gevangenen om mensen niet te ontslaan zonder te weten waar ze terecht kunnen, maar dit wordt niet in praktijk gebracht.
  - Betere samenwerking tussen diensten voor geestelijke gezondheidszorg en meer algemene diensten, OCMW's, politiediensten.
  - Specifieke en menselijke steun voor kwetsbare personen die de gevangenis of het ziekenhuis verlaten
  - Coördinatie tussen professionals (bv. Brusano, multidisciplinair klinisch overleg, bv. Zweden waar een externe coördinator alles organiseert vóór het ontslag)
  - Multidisciplinaire coördinatie met een vast tarief dat het multidisciplinaire team dekt
- *Beheer van overgangen, nieuwe aanvragen*

### Elkaar beter leren kennen

- Sectoroverschrijdende onderdompelingen, cursussen, vergaderingen, overleg, enz.
- Plaatsen waar mensen elkaar in alle vertrouwen kunnen ontmoeten, plaatsen waar ze kunnen komen zonder verzoek of zelfs als hun verzoek al is ingewilligd, gewoon om de band te behouden. Sociaal en gezondheidshuis

### Referentiepersoon, casemanager

- Een persoon in de buurt, dicht bij de gebruiker, die hem/haar kan begeleiden (ook fysiek), hem/haar naar de juiste diensten kan leiden en een vertrouwensband met deze diensten kan creëren (bv.: Lama co-consultatie, Boost Brusano project, PEP'S Office National de l'Enfance voor zwangerschapsmonitoring). Die persoon zou een register van bestaande middelen kunnen opstellen, deze kunnen activeren en de ontbrekende schakels kunnen aanwijzen.
  - Ervoor zorgen dat het bestaande systeem wordt gebruikt (CLSS, RAQ, CASG, CAP, sociaal overleg, enz.) en de taken van de betrokkenen vastleggen.
  - Zou een persoon kunnen zijn die de sociale en gezondheidsdeterminanten van de gebruiker controleert
  - Resterende vragen :
    - Is de referentiepersoon gevestigd binnen de structuren met kennis van specifieke problemen of is hij/zij gedecentraliseerd zonder kennis van de problemen maar met kennis van het traject en de behoeften van de persoon?
  - Waar de zorgzone kon ondersteunen:
    - Opleiding
    - Ondersteuning (communicatie, informatie, logistiek, psychologisch)
- *Gebrek aan preventie*

Problemen uit de kindertijd en jeugdhulpverlening oppakken en mechanismen zo vroeg mogelijk activeren (maar pas op: de gebruiker vraagt er niet altijd om)

De opleiding van werknemers verbeteren; de hulpverlenende diensten moeten deel uitmaken van het curriculum.

Meer psychologische follow-up binnen andere structuren integreren en laagdrempelige opvang hebben

- *Andere aan de orde gestelde kwesties*
- De administratieve lasten, de tijd die nodig is om dossiers samen te stellen, de vertraging bij het verkrijgen van afspraken, terwijl de patiënten/gevangenen plotseling worden vrijgelaten.
- Gebrek aan middelen voor gezondheidswerkers en maatschappelijk werkers, personeelsverloop, moeilijk om vertrouwen op te bouwen

#### Door sommige groepen genoemd

- Flexibiliteit brengen in starre organisaties. Maar een doordachte, georganiseerde, gestructureerde flexibiliteit die het mogelijk maakt het gewone publiek en ook noodgevallen op te vangen. De zorgzone zou hier meer bekendheid aan kunnen geven en kunnen helpen met opleidingen of uitwisselingen tussen structuren die een dergelijke organisatie hebben opgezet.
- Wachtdienst: organiseren van permanenties op het niveau van de zorgzone, zodat wanneer mensen het ziekenhuis, de gevangenis of een ander overgangsmoment verlaten er altijd een dienst open en beschikbaar is op het niveau van de zorgzone (7/7 - 24/24)
- Een gevangenis opzetten in het OCMW en bruggen slaan gevangenis - huisvesting.
- Gebrek aan bedden: het is niet normaal dat psychische gevallen naar woonzorgcentra worden gestuurd. Een globaal beeld van de beschikbare bedden in de sociale gezondheidszorg hebben?
- De duur van de procedures herzien om meer tijd te hebben, met name voor de paramedicus (vertrouwen, kennis van omgevingsfactoren, psychologische ondersteuning).
- Het akkoord tussen OCMW's voor een publiek in een opvangcentrum uitbreiden tot elk publiek (Brulocalis). Dankzij deze overeenkomst hoeven mensen in opvangcentra niet opnieuw een dossier aan te leggen wanneer zij van gemeente veranderen.
- De zorgzones zouden een programmeringsrol kunnen spelen. De regio stelt sociale en gezondheidsdoelstellingen vast (levensverwachting, aantal gezonde levensjaren) en elke zorgzone programmeert het gebruik van zijn middelen om die doelstellingen te bereiken.
- Governance: de verschillende niveaus met elkaar verbinden om verstoring en overlapping te voorkomen, de rol van de buurt, buurtgroepen en zorgzone bepalen
- Duur is beperkt door kaders: verschillende opgelegde kaders zorgen voor onderbrekingen in de trajecten. Het moet mogelijk zijn deze kaders te wijzigen, ook al is dat op een machtsniveau dat de kwestie van de PSSI overstijgt. Dit kan inhouden:
  - o Mutualiteiten die alleen geestelijke gezondheid voor 2-3 jaar dekken
  - o Goedkope 1e lijn psyinterventies (uitgevoerd tijdens Covid), te voltooien na 8 sessies
  - o Subsidies die de aanwerving van cruciaal personeel mogelijk maken, maar beperkt zijn in de tijd (bv. OCMW, RAQ)
  - o Erkenning van AMU (dringende medische hulp)-kaarten theoretisch mogelijk voor 1 jaar, maar vaak slechts toegekend voor 3 maanden
- Vestiging van een apotheek per zorgzone, gratis toegang tot behandeling

- De continuïteit is verslechterd als gevolg van Covid19 en de digitalisering van veel diensten.
- Zorgen voor overleg met ouderen, ook wanneer zij in verpleeghuizen verblijven

**Buiten PSSI kader :**

- Administratieve vereenvoudiging en automatisering van rechten. Pleidooi. De inter-OCMW overeenkomst in oktober is het begin van iets.
- maatschappelijk werkers zijn onderaannemers van de overheid geworden (tijd besteed aan aanvragen, complexiteit van procedures, gesloten kantoren)
- Het gebrek aan openbare en professionele diensten verlegt de last naar informele netwerken van vrijwilligers en zelfhulpgroepen die niet ontworpen zijn om deze last te dragen (noch werk noch mentale last).
- Harmonisatie van de door de OCMWs aangeboden diensten
- Stop de logica van projectoproepen
- Probleem met het statuut van de sociale dienst van de gevangenen (SSP, service social des prisons): doet geen sociaal werk, maar opsporingswerk; geen hulp maar controle.
- Gevangendienst betaald door het Ministerie van Justitie. Mogelijkheid om onder het ministerie van Volksgezondheid te gaan om dingen in beweging te krijgen en om een globale benadering van gezondheid te hebben.
- Structureel, politiek probleem, breder dan de sociale werksector, vooral op justitieel niveau. Maatschappelijk werkers doen wat ze kunnen. Ontwikkeling van financiering, begeleiding, psychologische follow-up voor gevangenen.

Volgend Focus Group: 14.12, 12-14u – Herberg Sleepweel, dambordstraat 23, 1000 Brussel - lunch ter plaatse

Thema voor de sessie: geïntegreerde organisatie

## Compte-rendu Ouest A – FG2 - CONTINUITÉ

Date : 25/11/2022      Lieu : Brusano, rue de l'association

10 Participants

Animateur : Jacques Moriau, CBCS/Crebis

Prise de notes : Karine Boussart, CBCS

### Agenda du jour

- Tout le monde OK pour l'enregistrement ? Oui
- Lecture vignette Continuité, Martin
- Tour de table 1 : réactions à la vignette
- Tour de table 2 : problèmes que soulève la vignette et pistes de solution

### Comment la question de la continuité a été abordée

La discussion a permis de constater les problèmes de continuité lié au morcellement des institutions et au manque de moyens qui créent une rotation du personnel importante et occasionne aussi des délais dans le traitement des dossiers.

La coordination entre services de santé mentale et services de santé plus généralistes ou services sociaux est essentielle. La prévention est aussi soulignée, il faut pouvoir réagir plus vite pour éviter la détérioration des situations. Au niveau local, des accueils bas seuils sont nécessaires mais aussi des personnes de référence qui suivent et accompagnent les usagers. La proximité est essentielle à ce niveau (quartier).

Les bassins pourraient plus jouer un rôle de programmation. La région devrait fixer des objectifs en matière de santé (années de vie en bonne santé, espérance de vie) et chaque bassin verrait comment les atteindre selon son propre profil socio-démographique et ses diagnostics locaux.

Enfin, des questions liées à la gouvernance sont abordées : quel sera le rôle des asbl bassins, comment articuler les différentes échelles, .... Ce pourrait être l'objet de la prochaine discussion organisation intégrée en se penchant sur l'articulation des échelles.

### Vignette

La vignette est révélatrice des situations de terrain et du fait aussi qu'il faut tenir compte de la globalité de la situation et lier les problématiques social et santé. Le suivi psy est défaillant, les problèmes psy sont noyés dans d'autres problèmes et les services sociaux (ex : CPAS ou autres) ou même les prisons n'ont pas assez de ressources psy en interne. Il aurait pu y avoir un lien avec des équipes mobiles de crise qui aident à reconstruire un réseau (ex : Hermesplus Moveo). La sortie s'est faite trop tôt, ça aurait été mieux de retarder la sortie pour prévoir la suite.

La vignette met aussi en évidence le morcellement entre institutions et au sein des institutions.

D'un autre côté, c'est aussi impressionnant de voir tout ce dont la personne a pu bénéficier en sortant de prison. C'est parfois plus difficile pour d'autres personnes comme les personnes âgées ou les malades chroniques ou les personnes en difficulté d'autonomie. Faut-il attendre d'être dans une

situation catastrophique pour mobiliser les services ? Il faut enclencher les services et aussi les services de dernier recours du CPAS bcp plus tôt

La vignette met aussi en avant la lenteur administrative au niveau judiciaire.

Le suivi de la personne sera très différent s'il est condamné ou non.

## Freins et pistes de solutions

**Communs à tous les groupes** (les constats et propositions en italique et orange sont partagés)

- *Gérer les sorties (d'hôpital, de prison, de rue, ...)*

### *Avoir un dossier de sortie, un dossier partagé sur l'usager*

- Infos qui pourraient être reprises dans ce dossier :
  - o Indicateur de fragilité/isolement de l'usager pour éviter des sorties un vendredi à 16h
  - o Données objectives sur les démarches entamées, clôturées, en cours
  - o Cartographie du réseau social de l'usager
- Exemples de partage de données existants :
  - o E-santé (abrumet) qui serait élargi au social. Abrumet est régional.
  - o S'appuyer sur les mutuelles
  - o Plateforme partagée et imposée par Bruxelles Formation
  - o Plateforme Bras Dessus Bras Dessous faite sur Odoo
  - o Ex CHU St Pierre
- Conditions/difficultés/risques pour le dossier partagé
  - o Dossier commun pour toutes les structures, soutien pour la conception de l'outil informatique et mise en place uniforme doivent venir de la région
  - o Uniquement reprendre des données objectives
  - o Beaucoup de questions se posent encore sur le dossier partagé. Des craintes existent, particulièrement au niveau psy. Il faut absolument réfléchir à l'objectif, bien cadrer l'information et voir dans quelle mesure le volet psy est partagé.
  - o Fixer des règles de partage et d'accès, différencier en fonction des données
  - o GDPR/RGPD
  - o Consentement du patient / usager
  - o Permettre l'anonymat, éviter que le refus de certains patients/bénéficiaires de constituer ce dossier devienne un critère d'exclusion (inciter à accepter plutôt que punir le refus) ou que cela enferme encore plus les personnes blacklistées
  - o Éviter que le dossier soit utilisé pour limiter la consommation de services ou pour n'exercer que du contrôle et pas du service.
  - o Le risque de l'informatisation c'est de renforcer la rigidité
  - o Temps à prendre pour remplir le dossier
  - o Le dossier ne peut pas remplacer la rencontre humaine
- Là où le bassin pourrait appuyer :
  - o Organiser la concertation sur la mise en place d'un dossier partagé

### *Mettre en place des protocoles/coordination multidisciplinaire*

- Mettre en place des protocoles qui permettent une sortie en coordination avec le réseau qui entoure la personne à sa sortie et s'assurer que toutes les conditions sont en place pour une sortie réussie. Le moment de sortie est négocié au lieu d'être dicté unilatéralement.
  - Ex de protocole : syndrome Diogènes avec antennes 107
  - La loi de principe (2005) oblige les prisons à ne pas laisser sortir les personnes sans savoir où elles peuvent aller mais ce n'est pas mis en pratique
  - Meilleure coopération entre services santé mentale et services plus généralistes, CPAS, services de police
  - Accompagnement spécifique et humanisé pour des publics fragilisés sortant de prison ou d'hôpital
  - Coordination entre professionnels (ex : Brusano, concertation clinique multidisciplinaire, ex de la Suède où un coordinateur extérieur organise tout avant la sortie)
  - Coordination multidisciplinaire avec un forfait qui prend en charge l'équipe
- *Gérer les transitions, les nouvelles demandes*

### Mieux se connaître

- Immersions transectorielles, stages, rencontres, concertations, ...
- Lieux de rencontre en toute confiance, lieux de lien où une personne peut venir sans demande ou même si sa demande a déjà abouti, juste pour garder le lien. Maison social-santé

### Personne de référence, case manager

- Personne qui se situe au niveau du quartier, proche de l'utilisateur qui puisse l'accompagner (aussi physiquement), l'orienter vers les services adéquats et créer le lien de confiance avec ces services (ex : co-consultation Lama, projet Boost Brusano, PEPS ONE pour le suivi de grossesse). Il pourrait faire le cadastre des ressources existantes, les activer et identifier les maillons manquants.
  - Veiller à utiliser l'existant (CLSS, RAQ, CASG, CAP, concertations sociales, ...) et préciser les missions des intervenants
  - Pourrait être une personne qui suit les déterminants sociaux-santé de l'utilisateur
  - Questions qui restent :
    - Le référent est-il logé au sein des structures avec une connaissance de problématiques particulières ou est-il plutôt décentralisé sans connaissance des problématiques mais avec une connaissance du parcours et des besoins de la personne ?
  - Là où le bassin pourrait appuyer :
    - Formation
    - Soutien (communication, information, logistique, psychologique)
- *Manque de prévention*

Prendre les problèmes dès l'enfance et aide à la jeunesse et activer les mécanismes le plus tôt possible (mais attention : l'utilisateur n'est pas toujours demandeur)

Améliorer la formation des travailleurs, les aides possibles doivent faire partie du cursus

Intégrer plus de suivi psy au sein d'autres structures et avoir des accueils bas seuils

- *Autres problèmes évoqués*
- Lourdeur administrative, temps pour constituer les dossiers, délai pour obtenir les rendez-vous alors que les patients/prisonniers eux sortent du jour au lendemain.
- Manque de moyens pour les travailleurs santé-social, rotation personnel, difficile d'installer la confiance

### Évoqués par certains groupes

- Apporter de la flexibilité dans des organisations rigides. Mais une flexibilité pensée, organisée, structurée qui permet d'accueillir le public habituel et les urgences. Le bassin pourrait sensibiliser à cela et aider par des formations ou des échanges entre structures qui ont mis en place une telle organisation
- Service de garde : organiser des services de garde au niveau du bassin pour qu'à la sortie d'hôpital, de prison ou tout autre moment de transition un service soit toujours ouvert et disponible à l'échelle du bassin (7/7 – 24/24 à l'échelle du bassin)
- Mettre en place une cellule prison au CPAS et créer des ponts entre prison et hébergement
- Manque d'hébergement : ce n'est pas normal que des cas psy soient envoyés en maison de repos. Avoir une vue globale sur hébergement disponible en social-santé ?
- Revoir la durée des actes pour pouvoir y accorder plus de temps, notamment au paramédical (confiance, connaissance des facteurs environnants, soutien psychologique)
- Élargir le gentleman's agreement entre CPAS pour un public en centre d'accueil à tout public (Brulocalis). Cet accord permet aux personnes en centres d'accueil de ne pas devoir réintroduire un dossier quand ils changent de commune
- Les bassins pourraient jouer un rôle de programmation. La région fixe des objectifs social-santé (espérance de vie, nombre d'années de vie en bonne santé) et chaque bassin programme l'utilisation de ses moyens pour les atteindre.
- La gouvernance: bien articuler les différentes échelles pour éviter les ruptures et les doublons, rôles des échelles quartier, groupements de quartier, bassins
- Durées limitées par les cadres de travail : plusieurs cadres imposés créent des ruptures dans les parcours. Il faudrait pouvoir modifier ces cadres même si cela s'adresse à un niveau de pouvoir dépassant la problématique PSSI. Il peut s'agir entre autres :
  - De pratiques de mutuelles qui en santé mentale ne prennent que 2-3 ans en charge
  - D'interventions de psy de 1<sup>è</sup> ligne à bas coûts (mis en place pendant le Covid) qui doivent s'achever après 8 séances
  - Des subsides qui permettent l'embauche de personnel crucial mais qui sont limités dans le temps (ex : CPAS, RAQ)
  - Des reconnaissances des cartes AMU théoriquement possibles pour 1 an mais qui ne sont souvent octroyées que pour 3 mois
- Mise en place d'un dispensaire par bassin, accès au traitement gratuitement
- La continuité s'est détériorée suite au Covid19 et la digitalisation de nombreux services
- Assurer la concertation avec les personnes âgées aussi quand elles sont en maisons de repos

### Dépassent du cadre :

- Simplification administrative et automatisation des droits. Plaidoyer à faire. L'accord inter-CPAS intervenu en octobre est le début de quelque chose.
- Les travailleurs sociaux sont devenus des sous-traitants des pouvoirs publics (temps passé à introduire les demandes, complexité des démarches, guichets fermés)

- Les manquements au niveau service public et professionnels reportent la charge sur des réseaux informels de bénévoles, d'entraide qui ne sont pas faits pour supporter cette charge (ni charge de travail ni charge mentale)
- Harmoniser les services proposés par les CPAS
- Arrêter la logique des appels à projets
- Problème du statut du Service Social des Prisons (SSP) : ne fait pas travail social, mais un travail d'enquête ; pas d'aide mais contrôle.
- Services en prison payés par le ministère de la justice. Volonté que passe sous ministère de la santé afin de pouvoir faire bouger les choses, prise en charge globale de la santé.
- Problème structurel, politique, plus large que le secteur du travail social, notamment au niveau judiciaire. Travailleurs sociaux font ce qu'ils peuvent. Développer financements, accompagnements, suivi psy chez détenus.

Prochain Focus Group : 14.12, 12-14h, Auberge Sleepwell, rue du damier 23, 1000 Bruxelles, lunch fourni

Nous aborderons le thème de L'ORGANISATION INTÉGRÉE SOCIAL-SANTÉ

## Compte-rendu Ouest – groupe B – FG2

Date : 25/11/2022      Lieu : Rue de l'association

Wenst u dit verslag in het Nederlands te krijgen, contacteer: [kboussart@cbcs.irisnet.be](mailto:kboussart@cbcs.irisnet.be)

14 Participants

Animateur : Valentina Marziali, CBCS - Prise de notes : Marion Bottero, Crébis

### Agenda du jour

- Vignette continuité
- Tour de table problèmes évoqués par la vignette
- Pistes de solutions

### Retour sur le compte-rendu précédent et communication e-mail

- Ok sur la forme du compte-rendu
- Des commentaires ont été faits par certains : ils sont notés et à prendre en compte pour le rapport final
- Accord pour envoi du compte-rendu avec les adresses mails visibles

## Comment la question de la continuité a été abordée

La question de la continuité a été abordée en termes de coordination et de réseau mais également en termes de création de structures, valorisation de l'existant et mise en application des lois.

On note ainsi une volonté de développer un système de concertation social santé multidisciplinaire, avec un coordinateur réunissant autour de la personne concernée les professionnels, les aidants et les proches. Il ferait le cadastre des ressources, les activerait et mettrait en place les maillons qui manquent. Plusieurs centres de coordination font déjà ça : à développer et améliorer pour des publics plus vulnérables. Des points d'attention ont été identifiés : qui s'occupe de la coordination ? Attention aux limites des mandats et besoin de personnels supplémentaires. Comment se fait la coordination entre structures ? Attention à la rationalisation, ne pas trop conditionner et bien inclure tous les publics et trajectoires. La coordination doit se faire avec la volonté des publics concernés. Attention à bien définir les collaborations et à rester prudent.

Au-delà de la coordination, il est également important de développer un réseau pour faire du lien et être au courant des choses qui se font ailleurs.

La question de la sortie de prison a été centrale : nécessité de créer des accès plus immédiats entre prison et hébergement afin d'éviter la rue, améliorer la prise en charge médicale à la sortie.

Il s'agit également d'améliorer la sortie d'un service, notamment à l'aide de la mise en place de critères de vulnérabilité pour évaluer si les personnes sortant ont besoin d'un suivi.

La saturation des services force à devoir faire des choix injustes parfois dans la sélection. Il faudrait ainsi à minima abolir la pratique des quotas.

Les participants proposent la création de structures : un dispensaire par bassin afin d'avoir accès aux traitements, un dispensaire de soins (infirmières de rue pouvant être partenaires), développer l'ambulatoire et la première ligne avec un forfait prenant en charge toute l'équipe pluridisciplinaire (actes sociaux et pas seulement médicaux).

Pour finir, l'importance est donnée de renforcer l'existant et améliorer l'offre : avec des moyens supplémentaires, en arrêtant les projets pilotes, les évaluations de besoins et les appels à projets et en harmonisant les politiques des CPAS. Les participants ont également insisté sur l'importance de changer les lois ou de les mettre en réelle application : loi de principe de 2005 qui oblige les prisons à ne pas laisser sortir les personnes sans savoir où elles peuvent aller, supprimer ou accélérer les délais dans les services (CPAS, logement, papiers...), droit accès pour patients à leur dossier médical, droit aide médicale urgente, automatiser les droits...

## Vignette

La vignette fait apparaître la lenteur du processus et le manque de coordination entre les acteurs avec les conséquences sur les autres institutions ou demandes. Et ainsi le besoin de coordination avant même de sortir de prison avec une personne référente, un AS, qui coordonne tout.

On observe une non-continuité à la sortie de prison à tous les niveaux. Notamment un manque de relais sur des éléments psy inquiétants (passage à l'acte évoqué), une non prise en charge de sa santé mentale et un manque de communication entre police et services justice qui peuvent mettre en danger d'autres personnes. Les prisons n'ont pas les moyens de préparer réellement la sortie et les aspects sociaux. La question de la continuité existe aussi souvent en amont, avant le passage en prison.

Certains aspects de la vignette n'apparaissent pas réalistes ; cette personne aurait eu plus de « chance » que beaucoup d'autres dans son parcours avec les divers services. Notamment pour trouver rapidement une place dans un centre d'hébergement d'urgence et pour obtenir le dossier du patient qui est archivé à la sortie de prison et difficile voire impossible à obtenir.

On relève certains manques : la question du logement (prévisible puisque violences conjugales, nécessité d'une adresse pour sortir de prison) et l'impact sur la famille (quelle prise en charge pour ses proches ?).

## Freins et pistes de solutions

**Communs à tous les groupes** (les constats et propositions en italique et orange sont partagés)

- *Gérer les sorties (d'hôpital, de prison, de rue, ...)*

*Avoir un dossier de sortie, un dossier partagé sur l'utilisateur*

- Infos qui pourraient être reprises dans ce dossier :
  - Indicateur de fragilité/isolement de l'utilisateur pour éviter des sorties un vendredi à 16h
  - Données objectives sur les démarches entamées, clôturées, en cours
  - Cartographie du réseau social de l'utilisateur
- Exemples de partage de données existants :
  - E-santé (abrumet) qui serait élargi au social. Abrumet est régional.
  - S'appuyer sur les mutuelles
  - Plateforme partagée et imposée par Bruxelles Formation
  - Plateforme Bras Dessus Bras Dessous faite sur Odoo
  - Ex CHU St Pierre
- Conditions/difficultés/risques pour le dossier partagé
  - Dossier commun pour toutes les structures, soutien pour la conception de l'outil informatique et mise en place uniforme doivent venir de la région
  - Uniquement reprendre des données objectives
  - Beaucoup de questions se posent encore sur le dossier partagé. Des craintes existent, particulièrement au niveau psy. Il faut absolument réfléchir à l'objectif, bien cadrer l'information et voir dans quelle mesure le volet psy est partagé.
  - Fixer des règles de partage et d'accès, différencier en fonction des données
  - GDPR/RGPD
  - Consentement du patient/utilisateur
  - Permettre l'anonymat, éviter que le refus de certains patients/bénéficiaires de constituer ce dossier devienne un critère d'exclusion (inciter à accepter plutôt que punir le refus) ou que cela enferme encore plus les personnes blacklistées
  - Éviter que le dossier soit utilisé pour limiter la consommation de services ou pour n'exercer que du contrôle et pas du service.
  - Le risque de l'informatisation c'est de renforcer la rigidité
  - Temps à prendre pour remplir le dossier
  - Le dossier ne peut pas remplacer la rencontre humaine
- Là où le bassin pourrait appuyer :
  - Organiser la concertation sur la mise en place d'un dossier partagé

*Mettre en place des protocoles/coordination multidisciplinaire*

- Mettre en place des protocoles qui permettent une sortie en coordination avec le réseau qui entoure la personne à sa sortie et s'assurer que toutes les conditions sont en place pour une sortie réussie. Le moment de sortie est négocié au lieu d'être dicté unilatéralement.
  - Ex de protocole : syndrome Diogènes avec antennes 107
  - La loi de principe (2005) oblige les hôpitaux à ne pas laisser sortir les personnes sans savoir où elles peuvent aller mais ce n'est pas mis en pratique
  - Meilleure coopération entre services santé mentale et services plus généralistes, CPAS, services de police
  - Accompagnement spécifique et humanisé pour des publics fragilisés sortant de prison ou d'hôpital
  - Coordination entre professionnels (ex : Brusano, concertation clinique multidisciplinaire, ex de la Suède où un coordinateur extérieur organise tout avant la sortie)
  - Coordination multidisciplinaire avec un forfait qui prend en charge l'équipe
- *Gérer les transitions, les nouvelles demandes*

#### Mieux se connaître

- Immersions transectorielles, stages, rencontres, concertations, ...
- Lieux de rencontre en toute confiance, lieux de lien où une personne peut venir sans demande ou même si sa demande a déjà abouti, juste pour garder le lien. Maison social-santé

#### Personne de référence, case manager

- Personne qui se situe au niveau du quartier, proche de l'utilisateur qui puisse l'accompagner (aussi physiquement), l'orienter vers les services adéquats et créer le lien de confiance avec ces services (ex : co-consultation Lama, projet Boost Brusano, PEPS ONE pour le suivi de grossesse). Il pourrait faire le cadastre des ressources existantes, les activer et identifier les maillons manquants.
  - Veiller à utiliser l'existant (CLSS, RAQ, CASG, CAP, concertations sociales, ...) et préciser les missions des intervenants
  - Pourrait être une personne qui suit les déterminants sociaux-santé de l'utilisateur
  - Questions qui restent :
    - Le référent est-il logé au sein des structures avec une connaissance de problématiques particulières ou est-il plutôt décentralisé sans connaissance des problématiques mais avec une connaissance du parcours et des besoins de la personne
  - Là où le bassin pourrait appuyer :
    - Formation
    - Soutien (communication, information, logistique, psychologique)
- *Manque de prévention*

Prendre les problèmes dès l'enfance et aide à la jeunesse et activer les mécanismes le plus tôt possible (mais attention : l'utilisateur n'est pas toujours demandeur)

Améliorer la formation des travailleurs, les aides possibles doivent faire partie du cursus

Intégrer plus de suivi psy au sein d'autres structures et avoir des accueils bas seuils

- *Autres problèmes évoqués*
- Lourdeur administrative, temps pour constituer les dossiers, délai pour obtenir les rendez-vous alors que les patients/prisonniers eux sortent du jour au lendemain.
- Manque de moyens pour les travailleurs santé-social, rotation personnel, difficile d'installer la confiance

### Évoqués par certains groupes

- Apporter de la flexibilité dans des organisations rigides. Mais une flexibilité pensée, organisée, structurée qui permet d'accueillir le public habituel et les urgences. Le bassin pourrait sensibiliser à cela et aider par des formations ou des échanges entre structures qui ont mis en place une telle organisation
- Service de garde : organiser des services de garde au niveau du bassin pour qu'à la sortie d'hôpital, de prison ou tout autre moment de transition un service soit toujours ouvert et disponible à l'échelle du bassin (7/7 – 24/24 à l'échelle du bassin)
- Mettre en place une cellule prison au CPAS et créer des ponts entre prison et hébergement
- Manque d'hébergement : ce n'est pas normal que des cas psy soient envoyés en maison de repos. Avoir une vue globale sur hébergement disponible en social-santé ?
- Revoir la durée des actes pour pouvoir y accorder plus de temps, notamment au paramédical (confiance, connaissance des facteurs environnants, soutien psychologique)
- Élargir le gentleman's agreement entre CPAS pour un public en centre d'accueil à tout public (Brulocalis). Cet accord permet aux personnes en centres d'accueil de ne pas devoir réintroduire un dossier quand ils changent de commune
- Les bassins pourraient jouer un rôle de programmation. La région fixe des objectifs social-santé (espérance de vie, nombre d'années de vie en bonne santé) et chaque bassin programme l'utilisation de ses moyens pour les atteindre.
- La gouvernance : bien articuler les différentes échelles pour éviter les ruptures et les doublons, rôles des échelles quartier, groupements de quartier, bassins
- Durées limitées par les cadres de travail : plusieurs cadres imposés créent des ruptures dans les parcours. Il faudrait pouvoir modifier ces cadres même si cela s'adresse à un niveau de pouvoir dépassant la problématique PSSI. Il peut s'agir entre autres :
  - De pratiques de mutuelles qui en santé mentale ne prennent que 2-3 ans en charge
  - D'interventions de psy de 1<sup>ère</sup> ligne à bas coûts (mis en place pendant le Covid) qui doivent s'achever après 8 séances
  - Des subsides qui permettent l'embauche de personnel crucial mais qui sont limités dans le temps (ex : CPAS, RAQ)
  - Des reconnaissances des cartes AMU théoriquement possibles pour 1 an mais qui ne sont souvent octroyées que pour 3 mois
- Mise en place d'un dispensaire par bassin, accès au traitement gratuitement
- La continuité s'est détériorée suite au Covid19 et la digitalisation de nombreux services
- Assurer la concertation avec les personnes âgées aussi quand elles sont en maisons de repos

### Dépassent du cadre :

- Simplification administrative et automatisation des droits. Plaidoyer à faire. L'accord inter-CPAS intervenu en octobre est le début de quelque chose.
- Les travailleurs sociaux sont devenus des sous-traitants des pouvoirs publics (temps passé à introduire les demandes, complexité des démarches, guichets fermés)

- Les manquements au niveau service public et professionnels reportent la charge sur des réseaux informels de bénévoles, d'entraide qui ne sont pas faits pour supporter cette charge (ni charge de travail ni charge mentale)
- Harmoniser les services proposés par les CPAS
- Arrêter la logique des appels à projets
- Problème du statut du Service Social des Prisons (SSP) : ne fait pas travail social, mais un travail d'enquête ; pas d'aide mais contrôle.
- Services en prison payés par le ministère de la justice. Volonté que passe sous ministère de la santé afin de pouvoir faire bouger les choses, prise en charge globale de la santé.
- Problème structurel, politique, plus large que le secteur du travail social. Notamment au niveau judiciaire. Travailleurs sociaux font ce qu'ils peuvent. Développer financements, accompagnements, suivi psy chez détenus.

**Prochain Focus Group : 14.12, 12-14h, Auberge Sleepwell, rue du damier 23, 1000 Bruxelles, lunch fourni**

Nous aborderons le thème de L'ORGANISATION INTÉGRÉE SOCIAL-SANTÉ

-

## Compte-rendu Sud – FG2 - CONTINUITÉ

Date : 18/11/2022      Lieu : Silversquare, avenue Louise

Wenst u dit verslag in het Nederlands te krijgen, contacteer: [kboussart@cbcs.irisnet.be](mailto:kboussart@cbcs.irisnet.be)

15 Participants

Animatrice : Marion Bottero, Crebis - Prise de notes : Karine Boussart, CBCS

### Agenda du jour

- Thème continuité
- Présentation but et methodo FG
- Lecture vignette Continuité, Martin
- Tour de table 1 : Compléter la vignette
- Tour de table 2 : Problèmes que soulève la vignette et pistes de solution

### Retour sur le compte-rendu précédent

- Compte-rendu clair, compréhensible. On peut continuer avec le même modèle
- Des précisions sont données sur la saturation et sur le partage de dossier qui peut encore plus enfermer les personnes exclues de tout.

### Comment la question de la continuité a été abordée

La continuité a été abordée par la multiplicité des acteurs présents et donc le besoin de se connaître entre professionnels mais aussi d'avoir le temps pour les personnes. Avoir le temps c'est parfois sortir du cadre qui nous est imposé. Le réseau personnel est important pour pouvoir placer des rendez-vous à temps et éviter que les problèmes ne dégèrent. Un programme de sortie (de prison, de rue, ...) est nécessaire pour éviter les rechutes. L'accent a été mis sur l'amont des problèmes, la prévention, la communication entre services, la formation des travailleurs.

La question de la continuité a aussi été abordée sous l'aspect de conditionnalité et de simplification. L'automatisme des droits résoudrait bien des problèmes et déchargerait des services saturés. La simplification permettrait d'éviter la répétition de demandes et procédures.

Les problèmes structurels (manque d'hébergement, financement à durée limitée, orientation vers le quantitatif) ne peuvent pas être évacués.

### Vignette

La vignette est assez représentative. Elle met en évidence que de nombreuses choses n'ont pas eu lieu en amont, ce qui a conduit à une situation tragique. La prévention fait défaut. Les services psy sont absents or il existe des équipes de crise. En revanche, à la sortie de prison il est rare d'avoir un hébergement, un rdv CPAS. Dans la réalité c'est beaucoup plus dur. Le placement en MRS est aussi une réalité. C'est un véritable problème. Ces structures sont faites pour personnes âgées pas pour des accompagnements psy et il est déjà difficile de gérer une échelle de 40 années. Les sorties les vendredis après-midi sont problématiques pour un public qui se retrouve seul.

## Freins et pistes de solutions

**Communs à tous les groupes** (les constats et propositions en italique et orange sont partagés)

- *Gérer les sorties (d'hôpital, de prison, de rue, ...)*

### Avoir un dossier de sortie, un dossier partagé sur l'usager

- Infos qui pourraient être reprises dans ce dossier :
  - Indicateur de fragilité/isolément de l'usager pour éviter des sorties un vendredi à 16h
  - Données objectives sur les démarches entamées, clôturées, en cours
  - Cartographie du réseau social de l'usager
- Exemples de partage de données existants :
  - E-santé (abrumet) qui serait élargi au social. Abrumet est régional.
  - S'appuyer sur les mutuelles
  - Plateforme partagée et imposée par Bruxelles Formation
  - Plateforme Bras Dessus Bras Dessous faite sur Odoo
  - Ex CHU St Pierre
- Conditions/difficultés/risques pour le dossier partagé
  - Dossier commun pour toutes les structures, soutien pour la conception de l'outil informatique et mise en place uniforme doivent venir de la région
  - Uniquement reprendre des données objectives
  - Beaucoup de questions se posent encore sur le dossier partagé. Des craintes existent, particulièrement au niveau psy. Il faut absolument réfléchir à l'objectif, bien cadrer l'information et voir dans quelle mesure le volet psy est partagé.
  - Fixer des règles de partage et d'accès, différencier en fonction des données
  - GDPR/RGPD
  - Consentement du patient / usager
  - Permettre l'anonymat, éviter que le refus de certains patients/bénéficiaires de constituer ce dossier devienne un critère d'exclusion (inciter à accepter plutôt que punir le refus) ou que cela enferme encore plus les personnes blacklistées
  - Éviter que le dossier soit utilisé pour limiter la consommation de services ou pour n'exercer que du contrôle et pas du service
  - Le risque de l'informatisation c'est de renforcer la rigidité
  - Temps à prendre pour remplir le dossier
  - Le dossier ne peut pas remplacer la rencontre humaine
- Là où le bassin pourrait appuyer :
  - Organiser la concertation sur la mise en place d'un dossier partagé

### Mettre en place des protocoles/coordination multidisciplinaire

- Mettre en place des protocoles qui permettent une sortie en coordination avec le réseau qui entoure la personne à sa sortie et s'assurer que toutes les conditions sont en place pour une sortie réussie. Le moment de sortie est négocié au lieu d'être dicté unilatéralement.
- Ex de protocole : syndrome Diogènes avec antennes 107
- La loi de principe (2005) oblige les prisons à ne pas laisser sortir les personnes sans savoir où elles peuvent aller mais ce n'est pas mis en pratique

- Meilleure coopération entre services santé mentale et services plus généralistes, CPAS, services de police
- Accompagnement spécifique et humanisé pour des publics fragilisés sortant de prison ou d'hôpital
- Coordination entre professionnels (ex : Brusano, concertation clinique multidisciplinaire, ex de la Suède où un coordinateur extérieur organise tout avant la sortie)
- Coordination multidisciplinaire avec un forfait qui prend en charge l'équipe
- *Gérer les transitions, les nouvelles demandes*

#### Mieux se connaître

- Immersions transectorielles, stages, rencontres, concertations, ...
- Lieux de rencontre en toute confiance, lieux de lien où une personne peut venir sans demande ou même si sa demande a déjà abouti, juste pour garder le lien. Maison social-santé

#### Personne de référence, case manager

- Personne qui se situe au niveau du quartier, proche de l'utilisateur qui puisse l'accompagner (aussi physiquement), l'orienter vers les services adéquats et créer le lien de confiance avec ces services (ex : co-consultation Lama, projet Boost Brusano, PEPS ONE pour le suivi de grossesse). Il pourrait faire le cadastre des ressources existantes, les activer et identifier les maillons manquants.
- Veiller à utiliser l'existant (CLSS, RAQ, CASG, CAP, concertations sociales, ...) et préciser les missions des intervenants
- Pourrait être une personne qui suit les déterminants sociaux-santé de l'utilisateur
- Questions qui restent :
  - Le référent est-il logé au sein des structures avec une connaissance de problématiques particulières ou est-il plutôt décentralisé sans connaissance des problématiques mais avec une connaissance du parcours et des besoins de la personne ?
- Là où le bassin pourrait appuyer :
  - Formation
  - Soutien (communication, information, logistique, psychologique)
- *Manque de prévention*

Prendre les problèmes dès l'enfance et aide à la jeunesse et activer les mécanismes le plus tôt possible (mais attention : l'utilisateur n'est pas toujours demandeur)

Améliorer la formation des travailleurs, les aides possibles doivent faire partie du cursus

Intégrer plus de suivi psy au sein d'autres structures et avoir des accueils bas seuils

- *Autres problèmes évoqués*
- Lourdeur administrative, temps pour constituer les dossiers, délai pour obtenir les rendez-vous alors que les patients/prisonniers eux sortent du jour au lendemain.
- Manque de moyens pour les travailleurs santé-social, rotation personnel, difficile d'installer la confiance

### Évoqués par certains groupes

- Apporter de la flexibilité dans des organisations rigides. Mais une flexibilité pensée, organisée, structurée qui permet d'accueillir le public habituel et les urgences. Le bassin pourrait sensibiliser à cela et aider par des formations ou des échanges entre structures qui ont mis en place une telle organisation
- Service de garde : organiser des services de garde au niveau du bassin pour qu'à la sortie d'hôpital, de prison ou tout autre moment de transition un service soit toujours ouvert et disponible à l'échelle du bassin (7/7 – 24/24 à l'échelle du bassin)
- Mettre en place une cellule prison au CPAS et créer des ponts entre prison et hébergement
- Manque d'hébergement : ce n'est pas normal que des cas psy soient envoyés en maison de repos. Avoir une vue globale sur hébergement disponible en social-santé ?
- Revoir la durée des actes pour pouvoir y accorder plus de temps, notamment au paramédical (confiance, connaissance des facteurs environnants, soutien psychologique)
- Élargir le gentleman's agreement entre CPAS pour un public en centre d'accueil à tout public (Brulocalis). Cet accord permet aux personnes en centres d'accueil de ne pas devoir réintroduire un dossier quand ils changent de commune
- Les bassins pourraient jouer un rôle de programmation. La région fixe des objectifs social-santé (espérance de vie, nombre d'années de vie en bonne santé) et chaque bassin programme l'utilisation de ses moyens pour les atteindre.
- La gouvernance: bien articuler les différentes échelles pour éviter les ruptures et les doublons, rôles des échelles quartier, groupements de quartier, bassins
- Durées limitées par les cadres de travail : plusieurs cadres imposés créent des ruptures dans les parcours. Il faudrait pouvoir modifier ces cadres même si cela s'adresse à un niveau de pouvoir dépassant la problématique PSSI. Il peut s'agir entre autres :
  - o De pratiques de mutuelles qui en santé mentale ne prennent que 2-3 ans en charge
  - o D'interventions de psy de 1<sup>ère</sup> ligne à bas coûts (mis en place pendant le Covid) qui doivent s'achever après 8 séances
  - o Des subsides qui permettent l'embauche de personnel crucial mais qui sont limités dans le temps (ex : CPAS, RAQ)
  - o Des reconnaissances des cartes AMU théoriquement possibles pour 1 an mais qui ne sont souvent octroyées que pour 3 mois
- Mise en place d'un dispensaire par bassin, accès au traitement gratuitement
- La continuité s'est détériorée suite au Covid19 et la digitalisation de nombreux services
- Assurer la concertation avec les personnes âgées aussi quand elles sont en maisons de repos

### Dépassent du cadre :

- Simplification administrative et automatisation des droits. Plaidoyer à faire. L'accord inter-CPAS intervenu en octobre est le début de quelque chose.
- Les travailleurs sociaux sont devenus des sous-traitants des pouvoirs publics (temps passé à introduire les demandes, complexité des démarches, guichets fermés)
- Les manquements au niveau service public et professionnels reportent la charge sur des réseaux informels de bénévoles, d'entraide qui ne sont pas faits pour supporter cette charge (ni charge de travail ni charge mentale)
- Harmoniser les services proposés par les CPAS
- Arrêter la logique des appels à projets

- Problème du statut du Service Social des Prisons (SSP) : ne fait pas travail social, mais un travail d'enquête ; pas d'aide mais contrôle.
- Services en prison payés par le ministère de la justice. Volonté que passe sous ministère de la santé afin de pouvoir faire bouger les choses, prise en charge globale de la santé.
- Problème structurel, politique, plus large que le secteur du travail social, notamment au niveau judiciaire. Travailleurs sociaux font ce qu'ils peuvent. Développer financements, accompagnements, suivi psy chez détenus.

Prochain Focus Group : 13.12, 12-14h, Silversquare, avenue Louise 523, 1050 Bxl,  
lunch fourni

Nous aborderons le thème de L'ORGANISATION INTÉGRÉE SOCIAL-SANTÉ

## Compte-rendu Sud-Est – FG2

Date : 17/11/2022      Lieu : CCCO, Avenue du Chant d’Oiseau

Wenst u dit verslag in het Nederlands te krijgen, contacteer: [kboussart@cbcs.irisnet.be](mailto:kboussart@cbcs.irisnet.be)

### 7 Participants

Animatrice : Marion Bottero, Crébis - Prise de notes : Valentina Marziali, Crébis

### Agenda du jour

- Rappel du cadre et de la méthode
- Lecture vignette Continuité, Martin
- Tour de table 1 : amélioration vignette
- Tour de table 2 : problèmes que soulève la vignette et pistes de solution

### [Retour sur le compte-rendu précédent](#)

Compte-rendu clair et utile surtout pour les absents. On peut continuer avec le même modèle.

## Comment la question de la continuité a été abordée

La question de la continuité a été principalement abordée en termes de coordination via une personne référente, de travail en réseau et de suivi des dossiers. La prise en charge psychologique et le relai social-psy ont été des éléments centraux. Le groupe a également insisté sur le fait de valoriser le préventif au curatif.

La non-prise en charge des problèmes psychologiques à la sortie de prison est mise en avant, ainsi que le lien qui n'a pas été fait entre la prise en charge sociale/médicale et la prise en charge psychiatrique. Le groupe met également en avant le manque de moyens disponibles dans les services psychiatriques. La mise en place de psychologues « généralistes » est critiquée car, si la prise en charge coûte moins cher, elle ne peut durer que 8 séances, ce qui ne résout pas le problème de la continuité mais ne fait que le repousser.

Parmi les leviers évoqués, le besoin d'une personne de référence qui permette de coordonner et faire le lien entre les services a été central. Mais surgit alors la question de la limite des missions des travailleurs, la surcharge et les conditions de travail. Il a également été question de la continuité qui repose souvent sur une personne et un lien de confiance. Lien compliqué à maintenir lorsqu'il n'y a pas de stabilisation du personnel. Il est donc nécessaire en amont de stabiliser et renforcer le personnel du secteur social-santé.

Le travail en réseau est mis en avant mais demande beaucoup de temps. L'idée d'une personne ressource interne à chaque service est évoquée. Elle serait chargée de veiller à la continuité entre les services et de développer un travail en réseau.

Les temps d'attente sont trop longs, notamment pour recevoir les dossiers médicaux. La question du partage électronique des dossiers pose problème et crée un dissensus dans le groupe. Pour certains, ce dossier partagé permettrait de faciliter la tâche des travailleurs de terrain et de les protéger. Pour d'autres, les données psychologiques ne doivent pas être partagées. On observe ainsi que ce point est à creuser, à formaliser et bien cadrer.

## Vignette

La vignette ne représente pas vraiment les publics rencontrés par les travailleurs présents au FG. Elle met en avant le manque de préparation à la sortie de prison ainsi que le manque de liens à la sortie de prison et la lenteur administrative.

Pour certains, elle n'est pas assez claire et exhaustive car elle ne permet pas de comprendre l'intégralité de la situation de Martin, notamment dans une optique d'un traitement clinique de la vignette, en termes de détails psychologiques, de son passé avant l'entrée en prison et sur la situation de sa femme.

## Freins et pistes de solutions

**Communs à tous les groupes** (les constats et propositions en italique et orange sont partagés)

- *Gérer les sorties (d'hôpital, de prison, de rue, ...)*

### Avoir un dossier de sortie, un dossier partagé sur l'utilisateur

- Infos qui pourraient être reprises dans ce dossier :
  - o Indicateur de fragilité/isolement de l'utilisateur pour éviter des sorties un vendredi à 16h
  - o Données objectives sur les démarches entamées, clôturées, en cours
  - o Cartographie du réseau social de l'utilisateur
- Exemples de partage de données existants :
  - o E-santé (abrumet) qui serait élargi au social. Abrumet est régional.
  - o S'appuyer sur les mutuelles
  - o Plateforme partagée et imposée par Bruxelles Formation
  - o Plateforme Bras Dessus Bras Dessous faite sur Odo
  - o Ex CHU St Pierre
- Conditions/difficultés/risques pour le dossier partagé
  - o Dossier commun pour toutes les structures, soutien pour la conception de l'outil informatique et mise en place uniforme doivent venir de la région
  - o Uniquement reprendre des données objectives
  - o Beaucoup de questions se posent encore sur le dossier partagé. Des craintes existent, particulièrement au niveau psy. Il faut absolument réfléchir à l'objectif, bien cadrer l'information et voir dans quelle mesure le volet psy est partagé.
  - o Fixer des règles de partage et d'accès, différencier en fonction des données
  - o GDPR/RGPD
  - o Consentement du patient/utilisateur
  - o Permettre l'anonymat, éviter que le refus de certains patients/bénéficiaires de constituer ce dossier devienne un critère d'exclusion (inciter à accepter plutôt que punir le refus) ou que cela enferme encore plus les personnes blacklistées
  - o Éviter que le dossier soit utilisé pour limiter la consommation de services ou pour n'exercer que du contrôle et pas du service.
  - o Le risque de l'informatisation c'est de renforcer la rigidité
  - o Temps à prendre pour remplir le dossier
  - o Le dossier ne peut pas remplacer la rencontre humaine
- Là où le bassin pourrait appuyer :
  - o Organiser la concertation sur la mise en place d'un dossier partagé

### Mettre en place des protocoles/coordination multidisciplinaire

- Mettre en place des protocoles qui permettent une sortie en coordination avec le réseau qui entoure la personne à sa sortie et s'assurer que toutes les conditions sont en place pour une sortie réussie. Le moment de sortie est négocié au lieu d'être dicté unilatéralement.
- Ex de protocole : syndrome Diogènes avec antennes 107
- La loi de principe (2005) oblige les hôpitaux à ne pas laisser sortir les personnes sans savoir où elles peuvent aller mais ce n'est pas mis en pratique
- Meilleure coopération entre services santé mentale et services plus généralistes, CPAS, services de police
- Accompagnement spécifique et humanisé pour des publics fragilisés sortant de prison ou d'hôpital

- Coordination entre professionnels (ex : Brusano, concertation clinique multidisciplinaire, ex de la Suède où un coordinateur extérieur organise tout avant la sortie)
- Coordination multidisciplinaire avec un forfait qui prend en charge l'équipe
- *Gérer les transitions, les nouvelles demandes*

### Mieux se connaître

- Immersions transectorielles, stages, rencontres, concertations, ...
- Lieux de rencontre en toute confiance, lieux de lien où une personne peut venir sans demande ou même si sa demande a déjà abouti, juste pour garder le lien. Maison social-santé

### Personne de référence, case manager

- Personne qui se situe au niveau du quartier, proche de l'utilisateur qui puisse l'accompagner (aussi physiquement), l'orienter vers les services adéquats et créer le lien de confiance avec ces services (ex : co-consultation Lama, projet Boost Brusano, PEPS ONE pour le suivi de grossesse). Il pourrait faire le cadastre des ressources existantes, les activer et identifier les maillons manquants.
- Veiller à utiliser l'existant (CLSS, RAQ, CASG, CAP, concertations sociales, ...) et préciser les missions des intervenants
- Pourrait être une personne qui suit les déterminants sociaux-santé de l'utilisateur
- Questions qui restent :
  - o Le référent est-il logé au sein des structures avec une connaissance de problématiques particulières ou est-il plutôt décentralisé sans connaissance des problématiques mais avec une connaissance du parcours et des besoins de la personne
- Là où le bassin pourrait appuyer :
  - o Formation
  - o Soutien (communication, information, logistique, psychologique)
- *Manque de prévention*

Prendre les problèmes dès l'enfance et aide à la jeunesse et activer les mécanismes le plus tôt possible (mais attention : l'utilisateur n'est pas toujours demandeur)

Améliorer la formation des travailleurs, les aides possibles doivent faire partie du cursus

Intégrer plus de suivi psy au sein d'autres structures et avoir des accueils bas seuils

- *Autres problèmes évoqués*
- Lourdeur administrative, temps pour constituer les dossiers, délai pour obtenir les rendez-vous alors que les patients/prisonniers eux sortent du jour au lendemain.
- Manque de moyens pour les travailleurs santé-social, rotation personnel, difficile d'installer la confiance

### Évoqués par certains groupes

- Apporter de la flexibilité dans des organisations rigides. Mais une flexibilité pensée, organisée, structurée qui permet d'accueillir le public habituel et les urgences. Le bassin

pourrait sensibiliser à cela et aider par des formations ou des échanges entre structures qui ont mis en place une telle organisation

- Service de garde : organiser des services de garde au niveau du bassin pour qu'à la sortie d'hôpital, de prison ou tout autre moment de transition un service soit toujours ouvert et disponible à l'échelle du bassin (7/7 – 24/24 à l'échelle du bassin)
- Mettre en place une cellule prison au CPAS et créer des ponts entre prison et hébergement
- Manque d'hébergement : ce n'est pas normal que des cas psy soient envoyés en maison de repos. Avoir une vue globale sur hébergement disponible en social-santé ?
- Revoir la durée des actes pour pouvoir y accorder plus de temps, notamment au paramédical (confiance, connaissance des facteurs environnants, soutien psychologique)
- Élargir le gentleman's agreement entre CPAS pour un public en centre d'accueil à tout public (Brulocalis). Cet accord permet aux personnes en centres d'accueil de ne pas devoir réintroduire un dossier quand ils changent de commune
- Les bassins pourraient jouer un rôle de programmation. La région fixe des objectifs social-santé (espérance de vie, nombre d'années de vie en bonne santé) et chaque bassin programme l'utilisation de ses moyens pour les atteindre.
- La gouvernance: bien articuler les différentes échelles pour éviter les ruptures et les doublons, rôles des échelles quartier, groupements de quartier, bassins
- Durées limitées par les cadres de travail : plusieurs cadres imposés créent des ruptures dans les parcours. Il faudrait pouvoir modifier ces cadres même si cela s'adresse à un niveau de pouvoir dépassant la problématique PSSI. Il peut s'agir entre autres :
  - o De pratiques de mutuelles qui en santé mentale ne prennent que 2-3 ans en charge
  - o D'interventions de psy de 1<sup>è</sup> ligne à bas coûts (mis en place pendant le Covid) qui doivent s'achever après 8 séances
  - o Des subsides qui permettent l'embauche de personnel crucial mais qui sont limités dans le temps (ex : CPAS, RAQ)
  - o Des reconnaissances des cartes AMU théoriquement possibles pour 1 an mais qui ne sont souvent octroyées que pour 3 mois
- Mise en place d'un dispensaire par bassin, accès au traitement gratuitement
- La continuité s'est détériorée suite au Covid19 et la digitalisation de nombreux services
- Assurer la concertation avec les personnes âgées aussi quand elles sont en maisons de repos

Dépassent du cadre :

- Simplification administrative et automatisation des droits. Plaidoyer à faire. L'accord inter-CPAS intervenu en octobre est le début de quelque chose.
- Les travailleurs sociaux sont devenus des sous-traitants des pouvoirs publics (temps passé à introduire les demandes, complexité des démarches, guichets fermés)
- Les manquements au niveau service public et professionnels reportent la charge sur des réseaux informels de bénévoles, d'entraide qui ne sont pas faits pour supporter cette charge (ni charge de travail ni charge mentale)
- Harmoniser les services proposés par les CPAS
- Arrêter la logique des appels à projets
- Problème du statut du Service Social des Prisons (SSP) : ne fait pas travail social, mais un travail d'enquête ; pas d'aide mais contrôle.
- Services en prison payés par le ministère de la justice. Volonté que passe sous ministère de la santé afin de pouvoir faire bouger les choses, prise en charge globale de la santé.

- Problème structurel, politique, plus large que le secteur du travail social. Notamment au niveau judiciaire. Travailleurs sociaux font ce qu'ils peuvent. Développer financements, accompagnements, suivi psy chez détenus.

### Risques et questions sur le bassin

Le bassin pourrait permettre de développer un suivi plus humain : prendre en charge la personne et son parcours et pas seulement un dossier.

### Prochain Focus Group

- le 8 décembre
- au CCCO, Avenue du Chant d'Oiseau, 40
- lunch fourni

Nous aborderons le thème de L'ORGANISATION INTÉGRÉE SOCIAL-SANTÉ

## Verlag Noord – FG3 – GEÏNTEGREERDE ORGANISATIE

Datum : 06/12/2022

Plaats : Be-Here

7 deelnemers

Gespreksleider : Karine Boussart, CBCS - Notities : Marion Bottero, Crébis

### Agenda

- Levensverhaal rond geïntegreerde organisatie, Simone
- Kwesties die het verhaal aan de orde stelt
- Problemen en mogelijke oplossingen

### Feedback op het vorige verslag

- Geen commentaar

### Hoe we de kwestie van geïntegreerde organisatie hebben besproken

De kwestie van de geïntegreerde organisatie werd besproken in termen van coördinatie/overleg tussen diensten. Daartoe moet elke dienst zijn taken kennen om de grenzen tussen de diensten vast te stellen. Het is ook noodzakelijk ervoor te zorgen dat de persoon vrij is om een verband te zoeken waar hij of zij wil. Verschillende voorstellen in dit verband werden genoemd: het instellen van "case managers" of "case loads" zodat in de werktijd rekening wordt gehouden met coördinatie (voorbeeld: erkenning door RIZIV van de tijd die artsen aan patiënten besteden); het meten van deze noodzakelijke tijd, het opstellen van tijdkaarten, om een idee voor vergoeding in te dienen (bijv. apotheken voor vergoeding van vaccinatietijd); ziekenhuizen aanmoedigen om sociale verantwoordelijkheid voor gezondheid te nemen; zich laten inspireren door het "Equity health lab", volksgezondheidsprojecten waarbij studenten zich onderdompelen in een netwerk om te begrijpen hoe het werkt; accreditatie gebruiken om raadpleging aan te moedigen (vgl. een eerdere FG); consultaties op afstand overwegen om tijd te besparen.

De kwestie van het delen van gegevens werd naar voren gebracht, altijd met instemming van de patiënt, met gebruikmaking van bestaande gegevens (Abrumet, kruispunten van bestaande gegevensbestanden) en opletten dat alle informatie niet gedigitaliseerd worden. Personen, episodes, passages, tijd vermelden maar geen inhoud. Stel een waarschuwingssysteem in wanneer de persoon lange tijd niet is gezien. Het voorbeeld van de "gele doos" in Vlaanderen werd naar voren gebracht, evenals het risico van algoritmen waar na een bepaald aantal terugvallen de persoon geen verzorging meer zou krijgen.

Het idee van een multifunctionele plaats werd ook besproken: fysiek loket, link, telefoonnummer (via het bestaande gratis nummer van Covid?), doorgeefluik voor mensen tussen twee zorgpakketten... Evenals het belang van een opsomming van wat bestaat om het niet te dupliceren en te wijzen op de lacunes en tekortkomingen.

Tenslotte werd de zorgzone een aantal mogelijke rollen toebedeeld: hij zou casemanagers of referenten en CHW's (Community Health Workers) kunnen aanwerven, de functies van de diensten afbakenen, op de lacunes wijzen, netwerken en communicatie bevorderen, een plaats voor overleg bieden en voorstellen doen om deze te organiseren.

## Levensverhaal

Het levensverhaal wordt als geheel vrij realistisch en representatief geacht voor de aangetroffen situaties.

Er is een gebrek aan continuïteit van zorg. Ziekenhuizen kunnen Simone niet houden. Ze heeft geen follow-up en blijft met niets achter. De huisarts geeft ook geen follow-up en legt de verantwoordelijkheid weer bij Simone. De vrijwilliger is minder aanwezig. Simone wordt minder opgevolgd dan voorheen, wat een uitdaging is. Er wordt weinig gedaan (hebben ze de sociale dienst van haar medisch huis gebeld? Hebben ze een beroep gedaan op de sociale dienst van haar medisch centrum? op de mobiele teams om haar op te zoeken...). Vervolgens rijst de vraag welke actoren als referent zouden kunnen of moeten optreden (thuishulp, arts, vrijwilliger, enz.).

Simone is 83 jaar oud en woont in een studio op de derde verdieping zonder lift: wat doet ze daar? Natuurlijk moet ook rekening worden gehouden met de keuze van de patiënt: misschien wil zij haar studio, haar burens en haar gewoonten niet verlaten.

Dit is een soort situatie die vaak voorkomt in apotheken, waarop apothekers reageren met een niet-gestandaardiseerde aanpak om zaken in orde te brengen: een wekelijks schema maken voor het innemen van medicijnen, regelmatig en alarmerend contact als de persoon niet komt, het nummer van de patiënt en het nummer van iemand die kan helpen... Maar ze hebben geen telefoonboek of te veel telefoonboeken om te weten welke vereniging ze moeten bellen.

De kwestie van de preventie staat centraal. Geen van de actoren rond Simone houdt zich bezig met preventie, met name van vallen, voordat de situatie ernstiger en ingewikkelder wordt.

## Obstakels en mogelijke oplossingen

### Gemeenschappelijk voor alle groepen

- *De rol van mantelzorgers*

### Voortbouwen op informele netwerken, buurtnetwerken en mensen met elkaar verbinden

- Eén persoon (een mantelzorger, een referentiepersoon) of meerdere mensen (netwerk van ouderen, vrijwilligers) als referentie hebben :
  - o Om een tussenpersoon te vinden op wie een beroep kan worden gedaan om de coördinatie rond de persoon op te zetten.
  - o Om te anticiperen op toekomstige behoeften en preventie mogelijk te maken.
  - o Om het isolement te doorbreken en de emotionele en relationele aspecten te herstellen.
  - o Om aan de bel te trekken wanneer een oudere niet meer gezien wordt in de sociale en gezondheidsvoorzieningen waar hij regelmatig gebruik van maakt.
- Legitimeer het informele, geef ze een kader zodat ze kunnen ingrijpen:
  - o zij moeten worden betaald en ondersteund (opleiding, overdracht van vaardigheden, psychologische ondersteuning)
  - o geef ze sleutelementen zodat ze weten hoe ze op het juiste moment moeten ingrijpen.
- *Verbetering van de bestaande*

### Voortbouwen op wat al bestaat

- Coördinatiecentra, casemanagers, P3's, praktijken zoals binomes bij Dyonisos, ondersteunings- en zorgnetwerken, bestaande burgerstructuren, RAQ's, buurthuizen, CAP's, CASG's en andere gemeenschapsdiensten.
  - OCMW en gemeentelijke diensten in de CSSI hebben. Open loketten, antennes buiten de muren van publieke structuren.
  - Maatschappelijk werkers doen al coördinatie. Bij Entraide des Marolles bijvoorbeeld bestaat dit soort coördinatie
  - De Maisons Médicales zijn plaatsen waar men contacten kan hebben met verschillende sociale-gezondheidsberoepen en wekelijkse bijeenkomsten.
- *Coördinatie/overleg tussen diensten*

### Obstakels

- Debat over de rol van de huisarts: voor sommigen kan hij de actoren coördineren, voor anderen is dit niet zijn rol (hij wordt niet betaald voor deze tijd).
- De « cliniques de concertation » bestaan niet meer.
- Momenteel is er niemand die de leiding heeft om de coördinatie voor de noodsituatie tot stand te brengen.
- Iedereen wijst erop dat er veel diensten zijn en dat deze niet gecoördineerd zijn. Een coördinator/referent die begint met het inventariseren van wat er bestaat en een netwerk van actoren staat centraal om de actoren te coördineren en de continuïteit van de zorg te waarborgen.
- De vrees dat als OCMW's of Maisons médicales de coördinatie moeten doen, zij dat niet zullen kunnen, omdat zij nu al overstelpt zijn.

### Mogelijke oplossingen

- Organisatie en goede communicatie tussen netwerken en professionals om ervoor te zorgen dat de doelstellingen van de zorg daadwerkelijk worden bereikt.
- Weet wie wat doet in het netwerk. Elke afdeling moet zijn grenzen en zijn opdracht kennen.
- De diensten die met de meest precaire groepen te maken hebben, moeten samenkomen.
- Meer gebruik maken van apothekers die medicijnen aan huis kunnen afleveren, alarm slaan bij bijvoorbeeld geweld en ook aan preventie doen door de band die zij met mensen leggen.
- Vergeet niet dat er goede hulpmiddelen zijn om de raadpleging op afstand te doen en minder tijd te verliezen.
- Maak een plaats op het niveau van de zorgzone vrij voor overleg. Beter als de professionals het niet zelf hoeven te organiseren. Eén persoon zou kunnen komen en organiseren (datum, plaats, animatie...). Deze vaardigheden zijn nodig in VTE's die in de zorgzones zullen worden aangeworven. Een betrokken persoon drukt op een rode knop, waarna de zorgzone de raadpleging organiseert (behoefte aan vaardigheden en instrumenten).
- Ander overleg tussen de zorgzones (of interzorgzone) dat niet rond de patiënt, maar als werkgroep plaatsvindt.
- Oprichting van "plaatselijke coördinatiecentra" om zorgwekkende situaties op te vangen. In deze centra zouden hotlines zijn, een gratis nummer zoals tijdens Covid19.
- We moeten een functieprofiel ontwikkelen (met de verplichting om de medische taal en de gevolgen van een pathologie te begrijpen) en praten over een sociaal-gezondheidscoördinator (en niet alleen gericht op de zuiver medische aspecten).

- In plaats van over een functie te spreken, moet de term coördinatieopdracht worden gebruikt. Deze coördinatieopdracht moet worden opgenomen in de opdrachten van de verschillende diensten, zij moet worden gewaardeerd en tot het werk worden gerekend. Bijvoorbeeld: "Case load", iets andere modellen zodat de coördinatie in de werktijd wordt berekend.
- Accreditatie gebruiken om overleg aan te moedigen (zie vorige FG).
- Voorafgaande coördinatie hebben in soortgelijke gevallen als die van Simone
- Psychologen rechtstreeks in de thuiszorgcentra laten werken en ervoor zorgen dat zij toezicht kunnen blijven houden wanneer zij in een multidisciplinair team werken.
- Opleiding en kennis :
  - o Artsen opleiden in het functioneren van andere sociale- en gezondheidswerkers.
  - o Werknemers trainen om meer empathie en een meer holistische kijk op de persoon te hebben.
  - o Bijeenkomsten hebben waar professionals elkaar kunnen ontmoeten en leren over wat andere diensten doen en een netwerk creëren.
  - o Informatiebijeenkomsten voor mensen over de verschillende soorten hulp, want mond-tot-mondreclame werkt heel goed.
  - o Voorbeeld van een "Equity Health Lab": een volksgezondheidsproject waarbij studenten zich onderdompelen in een netwerk om te begrijpen hoe elk project werkt.
- *Continuïteit van zorg na ziekenhuisontslag*

#### Obstakels

- De continuïteit van de zorg is zeer slecht georganiseerd, terwijl we weten dat 99% van de gehospitaliseerde ouderen hun autonomie zullen verliezen.
- De sociale assistenten van ziekenhuizen worden vaak te laat ingelicht wanneer een patiënt wordt ontslagen. Het is moeilijk te voorspellen wanneer de dokter groen licht geeft.
- Patiënten bellen als ze in het ziekenhuis zijn en dan komen ze niet, dus wie is verantwoordelijk? We moeten zorgen voor een follow-up achteraf.
- De PSSI heeft geen betrekking op ziekenhuizen -> dus hoe zit het met een mogelijke uitvoering van ontslagprotocollen of andere instrumenten.
- Sinds het begin van het ziekenhuis intrede, moet een dossier worden aangelegd met de situatie van de patiënt.
- Ziekenhuizen voor zeer kansarme mensen bieden geen vervoermiddelen om de patiënt naar huis te brengen, zelfs wanneer zijn mobiliteit in het gedrang komt.

#### Mogelijke oplossingen

- Zet iets op om sociale en gezondheidsverantwoordelijkheid in het ziekenhuis aan te moedigen.
- Het aantal sociale assistenten in ziekenhuizen verhogen om de overgang te waarborgen.
- Gele doos in koelkasten: persoonsgegevens, contactpersonen, sociale en gezondheidsinformatie. Ouderen hebben een lunchbox en een sticker voor hulpverleners waarop de aanwezigheid van deze box staat aangegeven. Gegevens ingevuld door de persoon en zijn huisarts.
- Cijfers hebben over het aantal te beheren ziekenhuisontslagen per dag om het gebrek aan middelen aan te tonen.
- Voorbeeld uit Zweden: het is de rol van de verpleegkundigen om na te denken over de volgende stap wanneer zij de patiënt ondervragen en verzorgen. Het is de rol van de verpleegkundige om het gebrek aan autonomie vast te stellen, aangezien zij degene is die

dagelijks voor de patiënt zorgt. Dan neemt de verpleegster contact op met de coördinator of maatschappelijk werker van het ziekenhuis.

- Organiseer een consultatie bij ontslag en als er geen oplossing wordt gevonden, moet het ziekenhuis de persoon houden.
- *De vaardigheden van de patiënt integreren*
  - Houd rekening met het woord van de patiënten, de ervaringen van de patiënten, die veel kennis vergaren.
  - De patiënt zelf zou een van de partners rond de tafel moeten zijn in een coördinatie.
  - Betrek de patiënt en zijn of haar expertise bij de reflectie om de diensten te verbeteren.
  - Integreer de patiënt in de besluitvormingsgroep van de zorgzone door hem een status te geven. Hij zou de woordvoerder zijn van een patiëntenfederatie die alle patiëntenverenigingen zou samenbrengen.

### **Door sommige groepen genoemd**

- *Identificeren van de bestaande / wijzen op lacunes en storingen*

### Belemmeringen/gebrek aan

- De vrijheid om diensten te creëren en te gebruiken maakt het systeem moeilijk te begrijpen.
- Gebrek aan stroomlijning, waarom de informatie niet op dezelfde website zetten bijvoorbeeld.
- Gebrek aan zichtbaarheid van de coördinatiecentra.

### Mogelijke oplossingen

- Breng in kaart wat al bestaat om het niet te dupliceren.
- IT-instrumenten kunnen helpen om uit te zoeken wie ter plaatse actief is. Zipster is opgericht door het Vlaams Gewest voor eerstelijnsdiensten. Er is ook Zorgzoeker en Sam. Er is ook Brussel Sociaal en het platform van het netwerk voor geestelijke gezondheid, maar het IT-instrument mag niet overbodig zijn.
- Belangstelling voor het vaststellen van lacunes om deze op zorgzoneniveau op te vullen.
- *Delen van gegevens*

### **Gebruik bestaande netwerken:**

- Ehealth (Hub, Abrumet in Brussel)
  - o Uitbreiden tot andere informatie (bv. social mapping)
  - o Ook een dossier voor de sociale sector, niet alleen op initiatief van de medische sector.
  - o Alleen relevante informatie hebben (geen persoonlijke aantekeningen)
  - o toestemming van de gebruiker hebben voor het dossier en voor wie toegang heeft tot wat
  - o Laat de gebruiker zelf wat informatie invullen

- Vrije keuze door de patiënt van zijn dienstverleners en hun zichtbaarheid of niet op het platform
- Famidesk: netwerkboekje rond een persoon, puur sociaal. De patiënt geeft zelf toegang (of niet) tot de informatie en er wordt een e-mail naar deze persoon gestuurd. Het probleem is de hoeveelheid ontvangen e-mails. Aanbieders moeten niet overstelpt worden met informatie.
- Zelfs als er een gedeeld dossier is, moet er een beheerder zijn die de informatie sorteert en het gedeeld dossier beheert. Wie zou die beheerder zijn?
- Forfait prijs voor het opzetten en beheren van een gedeeld dossier (maar vraag naar opvolging omdat de Maisons médicales verzadigd zijn)
- Honorarium voor de dienst. De samenstelling en het beheer van het globaal medisch dossier (DMG) worden vergoed per jaar (20 tot 25€/jaar of meer voor chronische ziekten). Breid dit principe uit. Er is ook een globaal dossier voor apotheken (1 referentie-apotheek) met een vergoeding voor het dossier.
- Er is ook behoefte aan oplossingen die door de gebruikers/patiënten kunnen worden betaald. Er kan iets worden opgezet, maar de patiënt/gebruiker moet nog steeds voor de dienst kunnen betalen.
- Gegevens over patiënten hebben die worden gedeeld, maar we moeten werken aan de kwestie van toegang en wie er toegang toe krijgt (GDPR). Iedereen zal hier heel anders over denken. Bij de coördinatie van de zorg zal bijvoorbeeld de overdracht van informatie tussen gezondheidswerkers en artsen ter discussie staan.
- *Aanbod per zorgzone*
  - Organisatie van diensten - denk eerder in termen van soorten publiek dan van diensten, aangezien het mogelijk is om bijvoorbeeld 2 diensten voor geestelijke gezondheidszorg dicht bij elkaar te hebben, maar met een verschillend publiek.
  - Bij de ontwikkeling van de zorgzones is er behoefte aan voor de meest kwetsbaren toegankelijke geestelijke gezondheidsdiensten. De laagdrempelige sector slaagt er niet in gebruikers naar geestelijke gezondheidsdiensten over te hevelen wegens verzadiging en gebrek aan financiële toegankelijkheid.
  - Een Maison médicale per district (en dus ook in de zorgwoestijnen) - om het aanbod op de verschillende zorgzones in evenwicht te brengen.
  - Ook Community Health Workers (CHW) aannemen in de TVE-pools: gezondheidsbevorderaars in de wijken, die outreachend te werk gaan, maatschappelijk werkers op straat.
  - Harmonisatie van OCMW's, in het PSSI is hierin voorzien, maar het vereist de goede wil van de gemeenten.
- *Het geval van de geïntegreerde sociale en gezondheidscentra (CSSI)*
  - Coördinatie wordt vergemakkelijkt door geografische nabijheid. Dit maakt het mogelijk de persoon rechtstreeks naar een dienst te verwijzen. Anderzijds lost het het probleem van de toegankelijkheid/verzekerbaarheid voor bepaalde groepen niet op.
  - De CSSI zou een laagdrempelige opvangplaats kunnen zijn (een kwalitatieve opvang van de persoon), geïnspireerd op bijvoorbeeld wat er bij Transit gebeurt.
  - Profiteer van de evaluaties van andere projecten (antennes 107, CLSS, seniorprojecten).
  - Zie het als een experiment dat tijd kost
  - Allereerst moet de overheid een analyse maken van de op de zorgzone aanwezige en ontbrekende diensten en van de problemen en behoeften op het gebied van levens-/sociale en gezondheidsdeterminanten. De CSSI mag geen ideologie zijn die losstaat van de werkelijkheid. Ook de mutualiteiten spelen een rol in deze analyse.

Out of scope :

- *Mobiliteitsproblemen*
  - Mobiliteitsprobleem voor professionals in Brussel.
  - Probleem van territoriale bevoegdheden (bv. ontwikkeling van stoepen)
  - Mobiliteit van ouderen
    - Het organiseren van vervoer en het doorgeven van informatie omdat het mensen isoleert
    - Coördinatie tussen zorg thuis en zorg die de persoon tegelijkertijd buitenshuis en alleen moet doen
- *Financiering en gebrek aan middelen*
  - Gebrek aan structurele middelen en verzadiging van de diensten.
  - Gebrek aan middelen leidt tot verminderde beschikbaarheid, absentieïsme neemt toe.
  - Tijdgebrek betekent gebrek aan preventie, maar ook gebrek aan genegenheid. Er is geen tijd voor de persoon zelf.
  - Duurzaamheid van de financiering. Bijvoorbeeld: RAQ's zijn een nabije schakel, maar zij zijn afhankelijk van kortetermijnsubsidies en hebben daarom geen langetermijnvisie.
  - GGC werkt te veel op projectbasis, diensten worden in concurrentie gebracht en zij moeten tijd besteden aan het beantwoorden van de vraag naar projecten.
  - De combinatie van tijdgebrek en werklozen die mensen zouden kunnen begeleiden?
- *Andere opmerkingen*
  - Artsen die parttime geconventionneerd zijn, het kost meer voor de gebruiker, en de persoon beseft het pas wanneer hij moet betalen.
  - De kwestie van de forfait prijs en onzekerheid: daklozen en migranten zonder papieren passen niet in het systeem van de forfait prijs en worden via het OCMW gefactureerd - dit is een andere logica en als gevolg daarvan zijn sommige medische centra terughoudend om deze mensen te aanvaarden om binnen het systeem van de forfait prijs te blijven. Mensen moeten automatisch geregistreerd worden bij CAMII. Er zou automatisch gefactureerd worden. Als we een impact willen hebben, moeten we hiernaar handelen, want anders zijn we aan het prutsen. Hoe meer mensen in moeilijkheden zijn, hoe meer stappen ze moeten nemen.

Volgend Focus Group: 10.01.2023, 12-14u – Be-Here, Dieudonné Lefèvrestraat 4 - 1020 Brussel - lunch ter plaatse

We geven u een samenvatting van de punten die tijdens de vorige 3 sessies zijn besproken, die we samen zullen bespreken, aanpassen en valideren.

## Compte-rendu Nord FG3 – ORGANISATION INTEGRÉE

Date : 06/12/2022      Lieu : Be-Here

7 participants

Animateur : Karine Boussart, CBCS - Prise de notes : Marion Bottero, Crébis

### Agenda du jour

- Vignette organisation intégrée
- Tour de table problèmes évoqués par la vignette
- Pistes de solutions

### [Retour sur le compte-rendu précédent](#)

- Pas de commentaires

### [Comment la question de l'organisation intégrée a été abordée](#)

La question de l'organisation intégrée a été abordée en termes de coordination/concertation entre les services. Pour ce faire, chaque service doit connaître ses missions afin de poser des limites entre services. Il faut également veiller à ce que la personne soit libre de rechercher du lien partout où elle le souhaite. Plusieurs propositions en ce sens ont été évoquées : mettre en place des « case manager » ou « case load » afin que la coordination soit prise en compte dans le temps de travail (exemple : reconnaissance par l'Inami du temps autour du patient pour les médecins) ; mesurer ce temps nécessaire, mettre en place des time sheets, afin de soumettre une idée de rémunération (exemple des pharmacies pour la rémunération du temps de vaccination) ; inciter la responsabilité sociale santé de l'hôpital ; s'inspirer des « Equity health lab », projets de santé publique où les étudiants font des immersions dans un réseau afin de comprendre comment il fonctionne ; utiliser l'accréditation pour inciter à la concertation (cf. un précédent FG) ; envisager des concertations à distance pour gagner du temps.

La question du partage des données a été mise en avant, toujours avec l'accord du patient, en utilisant l'existant (Abrumet, carrefour des bases de données existantes ?) et en veillant à ce que tous les échanges ne soient pas informatisés. Faire figurer les personnes, les épisodes, les passages, le temps mais pas le contenu. Mettre en place un système de signal d'alerte lorsque la personne n'a pas été vue depuis longtemps. L'exemple de la « boîte jaune » en Flandre a été mise en avant ainsi que le risque des algorithmes dans la non prise en charge suite à un certain nombre de rechutes d'une personne.

L'idée d'un lieu multifonction a également été abordée : guichet physique, lien, numéro de téléphone (utiliser numéro vert Covid existant ?), relai pour personnes entre deux prises en charge... Ainsi que l'importance de répertorier l'existant afin de ne pas le dupliquer et faire remonter les lacunes et dysfonctionnements.

Pour finir, le bassin s'est vu attribuer quelques possibles rôles : il pourrait embaucher des cases managers ou référents et des CHW (Community Health Workers), travailleurs sociaux de rue ; délimiter les fonctions des services, faire remonter les lacunes, favoriser l'organisation en réseaux et la communication, offrir un lieu de concertation et proposer de les organiser.

## Vignette

La vignette est jugée dans son ensemble plutôt réaliste et représentant des situations rencontrées. On observe un manque de continuité des soins. Les hôpitaux ne peuvent pas garder Simone. Elle n'a pas de suivi et se retrouve sans rien. Le médecin général aussi ne donne pas suite et renvoie la responsabilité à Simone. Le bénévole est moins présent. Simone est moins suivie qu'auparavant, c'est interpellant. Peu de choses sont mises en place (ont-ils fait appel au service social de sa maison médicale ? Équipe mobiles afin qu'elles aillent vers elle ?...). Se pose alors la question de quels acteurs pourraient ou devraient se poser en référent (aide à domicile, médecin, bénévole...). Simone habite à 83 ans dans un studio au 3<sup>ème</sup> étage sans ascenseur : que fait-elle là ? Il y a bien sûr aussi le choix du patient à prendre en compte : peut-être qu'elle ne veut pas quitter son domicile, ses voisins et ses habitudes.

C'est un type de situation souvent rencontré en pharmacie, auquel les pharmaciens répondent avec des approches non standardisées afin de mettre en place des choses : faire un semainier pour la prise de médicaments, contact régulier et alarmant si la personne ne vient pas, numéro du patient et de quelqu'un qui peut l'aider... Mais ils n'ont pas de répertoire ou trop de répertoires pour savoir à quelle asso faire appel.

La question de la prévention est centrale. Aucun des acteurs autour de Simone n'agit en prévention, notamment de la chute, avant que la situation soit plus grave et compliquée.

## Freins et pistes de solutions

### Communs à tous les groupes

- *Rôle des aidants-proches*

### S'appuyer sur les réseaux informels, réseaux de voisinage et mettre les gens en lien

- Avoir une (un aidant-proche, une personne de confiance) ou plusieurs personnes (réseau de personnes âgées, bénévoles ) de référence pour :
    - trouver un intermédiaire qui pourrait être sollicité pour mettre en place une coordination autour de la personne.
    - anticiper sur les besoins futurs et permettre la prévention.
    - rompre l'isolement et remettre de l'affectif et du relationnel.
    - tirer la sonnette d'alarme lorsqu'on ne voit plus une personne âgée dans les lieux social-santé qu'elle fréquente régulièrement.
  - Légitimer l'informel, leur donner un cadre afin qu'ils puissent intervenir :
    - il faut les rémunérer et les soutenir (formation, transfert de compétences, soutien psychologique)
    - leur donner des éléments clés afin qu'ils sachent intervenir au bon moment.
- *Valoriser l'existant*

### S'appuyer sur l'existant

- Centres de coordination, case managers, P3, les pratiques telles que le travail en binôme chez Dyonisos, les réseaux d'aides et de soins, les structures citoyennes qui existent, les RAQ, les maisons de quartiers, les CAP, les CASG et autres services de proximité.
  - Avoir des services du CPAS et de la commune dans les CSSI. Ouvrir des guichets, antennes en dehors des murs des structures publiques.
  - Les assistants sociaux font déjà un travail de coordination. Exemple à l'entraide des Marolles où ce genre de coordination existe
  - Maisons médicales ce sont de lieux où l'on peut avoir des contacts avec différents métiers social-santé et des réunions hebdomadaires.
- *Coordination/concertation entre services*

### Freins

- Débat autour de la place du médecin généraliste : pour certains, il peut coordonner les acteurs, pour d'autres, ce n'est pas son rôle (il n'est d'ailleurs pas payé pour ce temps-là).
- Les cliniques de concertation n'existent plus.
- À l'heure actuelle il n'y a pas de responsable pour mettre en place une coordination avant d'être dans l'urgence.
- Tout le monde relève qu'il y a énormément de services et qu'ils ne sont pas coordonnés. Un coordinateur/un référent qui commence à établir un état des lieux de ce qui existe et un maillage des acteurs est central pour coordonner les acteurs et assurer la continuité des soins.
- Crainte que si les CPAS ou les Maisons médicales doivent s'occuper de la coordination, ils n'y arriveront pas, car ils sont déjà dépassés maintenant.

### Pistes de solutions

- Organisation et bonne communication entre réseaux et professionnels pour être sûr que les objectifs du soin soient vraiment atteints.
- Savoir qui fait quoi dans le réseau. Chaque service doit connaître ses limites et sa mission.
- Les services qui s'occupent des publics plus précarisés devraient se mettre ensemble.
- Profiter plus des pharmaciens qui peuvent livrer au domicile les médicaments, tirer la sonnette d'alarme dans des cas de violence par exemple et faire aussi de la prévention grâce au lien qu'ils établissent avec les personnes.
- Ne pas oublier qu'il existe de bons outils pour aussi faire la concertation à distance et perdre moins de temps.
- Réserver un lieu au niveau du bassin dédié à la concertation. Mieux si les professionnels ne doivent pas eux même organiser ça. Une personne pourrait venir et organiser (date, lieu, animation...). Besoin de ces compétences dans ETP qui vont être embauchés dans les bassins. Une personne inquiète appuie sur un bouton rouge, puis le bassin organise concertation (besoin compétences et outils).
- Autres concertations bassin (ou inter-bassins) qui ne se feraient pas autour du patient mais comme un groupe de travail.
- Créer des « centres de coordination locaux » pour réceptionner les situations inquiétantes. Dans ces centres il y a aurait des lignes directes, un numéro vert comme celui créé pendant la pandémie de la Covid19.

- Il faut développer un profil de fonction (avec l'obligation de comprendre le langage médical et les conséquences d'une pathologie) et parler de coordinateur social-santé (et pas uniquement centré sur les aspects purement médicaux).
- Plutôt que de parler de fonction, il faudrait utiliser le terme de mission de coordination. Cette mission de coordination devrait entrer dans les missions des différents services, elle doit être valorisée et que ce soit comptabilisé comme faisant partie du travail. Ex. : « Case load » modèles un peu différents pour que la coordination soit prise en charge dans le temps de travail.
- Utiliser l'accréditation pour inciter à la concertation (cf. un précédent FG).
- Avoir des coordinations au préalable dans les cas similaires à celui de Simone
- Avoir des psy dans les centres d'aide et de soins à domicile directement tout en veillant qu'ils puissent continuer à avoir une supervision lorsqu'ils travaillent dans une équipe multidisciplinaire.
- Formations et connaissance :
  - o Former les médecins sur le fonctionnement des autres travailleurs social-santé.
  - o Former les travailleurs afin qu'ils puissent avoir plus d'empathie et une vision plus holistique de la personne.
  - o Faire de réunions où les professionnels peuvent se rencontrer et se renseigner sur ce que font les autres services et créer un réseau.
  - o Avoir des séances d'informations pour les personnes sur les différents types d'aides, car le bouche à oreille fonctionne plutôt bien.
  - o Exemple de « Equity health lab » : projet de santé publique où les étudiants font des immersions dans un réseau afin de comprendre comment chaque projet fonctionne.
- *Continuité des soins après sortie d'hôpital*

### Freins

- Continuité des soins très mal organisée alors que, pour les personnes âgées, on sait que 99% des personnes âgées hospitalisées auront une perte d'autonomie.
- Les AS des hôpitaux sont prévenues souvent trop tard lors d'une sortie d'un patient. Difficile d'anticiper le moment où le docteur donnera le feu vert.
- Les patients appellent lorsqu'ils sont à l'hôpital et puis ils ne viennent pas, du coup qui est responsable ? Il faudrait s'assurer qu'il y ait un suivi après.
- Le PSSI ne concerne pas les hôpitaux -> du coup quid d'une possible mise en place des protocoles de sortie ou autres outils.
- Manque d'anticipation, il faut absolument prévenir les services à l'avance. Il faudrait depuis la rentrée à l'hôpital faire un dossier avec la situation du patient.
- L'hôpital pour des publics fortement précarisés ne propose aucun moyen de transport pour faire rentrer le patient chez lui, même lorsque sa mobilité est compromise.

### Pistes de solutions

- Mettre quelque chose en place afin d'inciter la responsabilité sociale-santé de l'hôpital.
- Augmenter les effectifs des AS en hôpitaux pour assurer la transition.
- Boîte jaune dans les frigos : données personnelles, personnes de contact, informations social et santé. Personnes âgées ont boîte à tartines et autocollant pour les urgentistes qui indique la présence de cette boîte. Données complétées par la personne et son généraliste.

- Avoir des chiffres sur le nombre de sorties d'hôpital à gérer par jour pour prouver le manque de moyens
- Exemple de la Suède : c'est le rôle des infirmières de penser à la suite au moment de questionner et prendre soin du patient. C'est à l'infirmière de constater le manque d'autonomie car c'est elle qui s'occupe du patient au quotidien. Ensuite, l'infirmière contacte le coordinateur ou l'assistant social de l'hôpital.
- Organiser une concertation sur la sortie et si pas de solution, l'hôpital doit garder la personne.
- *Intégrer les savoir-faire du patient*
  - Prendre en considération la parole des patients, les expériences des patients qui cumulent beaucoup de savoirs.
  - Le patient même doit être un des partenaires autour de la table lors d'une coordination.
  - Inclure le patient et son expertise dans la réflexion pour améliorer les services.
  - Intégrer le patient dans le groupe décisionnel du bassin en leur donnant un statut. Il serait le porte-parole d'une fédération des patients qui regrouperait toutes les associations de patients.

### Évoqués par certains groupes

- *Répertorier l'existant/faire remonter les lacunes et dysfonctionnements*

#### Freins/Lacunes

- La liberté de création de services et de leur utilisation rend le système peu lisible.
- Manque de rationalisation, pourquoi ne pas regrouper les informations sur le même site internet par exemple.
- Manque de visibilité des centres de coordination.

#### Pistes de solutions

- Cartographier ce qui existe déjà afin de ne pas le dupliquer.
- Des outils informatiques peuvent aider à savoir qui agit sur le terrain. Zipster a été mis en place par la région flamande pour les services de première ligne. Il y a aussi Zorgzoeker et Sam. Il y a aussi Bruxelles social et la plateforme du réseau de santé mentale, toutefois l'outil informatique ne doit pas être redondant.
- Intérêt de répertorier les lacunes afin de les combler au niveau du bassin.

- *Partage des données*

#### Utiliser les réseaux existants :

- Ehealth (Hub, Abrumet à Bruxelles)
  - Étendre à d'autres infos (ex : cartographie sociale)
  - Avoir un dossier aussi pour le social, pas juste initié par le médical
  - N'avoir que des infos pertinentes (pas de notes personnelles)
  - Avoir le consentement de l'utilisateur pour le dossier et pour qui a accès à quoi
  - Permettre à l'utilisateur lui-même de remplir certaines infos

- Liberté de choix par le patient de ses prestataires et de leur visibilité ou non sur la plateforme
- Famidesk : carnet de liaison pour réseau autour d'une personne, purement social. Patient donne lui-même accès (ou non) aux infos et e-mail est généré vers cette personne. Le problème c'est la quantité de mails reçus. Il ne faut pas que les prestataires soient submergés d'infos.
- Même s'il y a un dossier partagé, il faut un gestionnaire qui fasse le tri des infos et qui gère le dossier partagé. Qui serait ce gestionnaire ?
- Forfait pour mettre en place et gérer un dossier partagé (mais question de suivi car maisons médicales sont saturées)
- A l'acte. Constitution et gestion du dossier médical global (DMG) est rémunéré 1/an (20 à 25€/an ou plus pour maladie chronique). Étendre ce principe. Il y a aussi un dossier global pour les pharmacies (1 pharma de référence) avec une rémunération pour le dossier.
- Il faut aussi des solutions payables par les usagers/patients. On peut mettre quelque chose en place mais le patient/usager doit encore pouvoir payer le service.
- Avoir des données sur les patients qui soient partagées mais il faut travailler la question de l'accès et les personnes qui vont y accéder (GDPR). Chacun va avoir des visions très différentes de ces questions. Dans la coordination des soins, le passage d'infos entre AS et médecins par exemple va faire débat.
- *Offre par bassin*
  - Organisation des services – penser en termes de types de publics plutôt que de services car il est possible d'avoir 2 services de santé mentale par exemple très proches mais avec un public différent.
  - Sur le développement des bassins, il faut des SSM accessibles aux plus précarisés. Le secteur bas seuil ne parvient pas à relayer des usagers vers des services de SM car saturés et pas d'accessibilité financière.
  - Avoir une maison médicale par quartier (et donc également dans les déserts de soin) – équilibrer l'offre sur les différents bassins.
  - Embaucher aussi dans les ETP des bassins des Community Health Workers (CHW) : facilitateurs en santé dans les quartiers, qui font de l'outreach, travailleurs sociaux de rue.
  - Harmonisation de CPAS, dans le PSSI cela est prévu mais cela demande la bonne volonté des communes.
- *Le cas des Centres Social-Santé Intégrés*
  - Coordination facilitée par la proximité géographique. Cela permet d'orienter la personne directement vers un service. En revanche, cela ne résout pas le problème d'accessibilité/assurabilité pour certains publics.
  - CSSI pourrait être un lieu d'accueil bas seuil (un accueil qualitatif de la personne) en s'inspirant, par exemple, de ce qui est fait chez Transit.
  - Profiter des évaluations d'autres projets (antennes 107, CLSS, projets seniors)
  - Concevoir cela comme une expérimentation qui prend le temps
  - Il faut d'abord que le pouvoir public fasse une analyse des services présents et absents sur le territoire et des problématiques et besoins en matière des domaines de vie / déterminants sociaux-santé. Les CSSI ne doivent pas être une idéologie détachée de la réalité. Les mutuelles ont aussi un rôle dans cette analyse.

Dépassent du cadre :

- *Problèmes liés à la mobilité*
  - Problème de mobilité pour les professionnels à Bruxelles.
  - Problème de compétences territoriales (ex : aménagement des trottoirs)
  - Mobilité des personnes âgées
    - Organiser le transport et faire passer l'information parce que cela isole les gens
    - Coordination entre les soins à domicile et les soins que la personne doit faire en parallèle à l'extérieur et où elle se retrouve seule
- *Financements et manques de moyens*
  - Manque de moyens structurels et saturation des services.
  - Manque de moyens engendre une réduction de la disponibilité, un absentéisme croissant.
  - Manque de temps implique manque de prévention mais aussi manque d'affectif. On ne prend pas le temps pour la personne elle-même.
  - Pérenniser les financements. Ex : les RAQ sont un lien de proximité mais ils dépendent de subsides de courte durée et n'ont donc pas de vue à long terme.
  - COCOM fonctionne trop par projets, les services sont mis en concurrence et ils doivent consacrer du temps de travail pour répondre à l'appel à projet.
  - Combiner manque de temps et personnes au chômage qui pourraient accompagner les personnes ?
- *Autres remarques*
  - Médecins qui peuvent être conventionnés mi-temps, du coup ils font payer plus cher et la personne le découvre lorsqu'elle doit payer.
  - Question du forfait et de la précarité : les gens sans abris, sans papiers ne rentrent pas dans le système du forfait et passent par un système de facturation à l'acte via le CPAS – c'est une autre logique et du coup, certaines maisons médicales sont réfractaires à ces publics pour rester dans la logique forfait. Il faudrait que les gens aient une inscription automatique à la CAMII. Il y aurait une facturation automatique. Si on veut un impact, il faut agir sur cela parce que sinon on bricole. Plus les gens sont en difficulté, plus il y a de démarches à faire.

Prochain Focus Group : 10.01.2023, 12-14h, Be-Here, Rue Dieudonné Lefèvre 4, 1020 Laeken, lunch fourni

Nous vous présenterons un résumé des points abordés lors des 3 séances précédentes, que nous discuterons, modifierons et validerons ensemble.

## Compte-rendu Nord-Est – FG3 – Organisation intégrée

Date : 15/12/2022      Lieu : M-Village – Rue des Palais (Schaerbeek)

Wenst u dit verslag in het Nederlands te krijgen, contacteer: [kboussart@cbcs.irisnet.be](mailto:kboussart@cbcs.irisnet.be)

### 11 participants

Animateur : Jacques Moriau, CBCS - Prise de notes : Valentina Marziali, Crébis

### Agenda du jour

- Discussion sur la note politique du Cabinet
- Lecture vignette Continuité, Martin
- Tour de table 1 : amélioration vignette
- Tour de table 2 : problèmes que soulève la vignette et pistes de solution

### Comment la question de la continuité a été abordée

Dans un premier temps, une discussion a suivi la présentation d'une note politique du Cabinet. La volonté de ce dernier serait de créer un nouveau dispositif le CSSI (centre social-santé intégrée) qui cumulerait des services avec une fonction médecin générale, une fonction santé mentale et une fonction d'accueil d'accompagnement social. Ces CSSI pourraient prendre trois formes légales à l'heure actuelle : une Asbl de plein droit, plusieurs Asbl qui se regroupent pour assurer ces différents services et qui créeraient une Asbl qui les chapeautent ou une Asbl qui est déjà multi agrégé comme par exemple l' Entraides de Marolles. Les CSSI doivent faire preuve d'intégration, ils ne peuvent pas être juste une collaboration. Leur offre social-santé doit être intégrée suivant certains critères : la mise en place d'une concertation autour des bénéficiaires, un secret professionnel partagé, de l'action communautaire social-santé et le fait d'avoir un projet commun.

Réactions à la note politique :

- craint que le CSSI soit taillé sur mesure sur des structures qui existent déjà, mais pour les petits centres saturés c'est très difficile d'imaginer comment faire partie d'un CSSI. Les structures que sont déjà là, elles existent depuis longtemps et elles se sont intégrées à fur et à mesure.
- scepticisme sur l'idée de chiffrer les personnes qui se rendent dans des services sociaux.
- envie d'avoir des informations en plus sur l'offre de base dans le quartier ?
- l'idée de créer des CSSI a vu sa naissance en 2005 via une note écrite pour la COCOF. L'idée c'est de mieux intégrer tout ce qui existe. Maintenant, tout se passe peut-être un peu vite, mais il est important de participer et actualiser ensemble cette transition vers une approche territoriale et intégrée des aides et des soins.

Dans un deuxième temps, les participants se sont concentrés sur ce qui pourrait donner lieu ou améliorer une organisation social-santé intégrée des soins et des aides. Il a été, d'abord, question de comment se préparer à l'augmentation de cas comme celui de Simone (protagoniste de la vignette) étant donné le vieillissement de la population et les manques de places dans les maisons de repos. Il y aura de plus en plus de personnes âgées qui devront être suivies à domicile. Il devient, alors, important d'être proactif et avoir une offre préventive, ne pas intervenir lorsque la situation est déjà trop dégradée. Principalement deux pistes sont explorées.

Premièrement, il est nécessaire d'indiquer, dans de cas comme celui de Simone, qui et à quelle moment tirer la sonnette d'alarme avant qu'il soit trop tard. À l'heure actuelle, il n'existe pas ni un responsable ni un protocole qui fassent déclencher la mise en place d'une coordination. Alors, les professionnels pris dans leur travail ont tendance à croire que c'est l'autre collègue va organiser une coordination et, in fine, personne ne le fait. Le responsable pourrait être aussi un bénévole qui est souvent la personne la plus proche de l'utilisateur. Toutefois, pour qu'ils puissent jouer un rôle plus actif il faudrait avant tout comprendre comment aider et surtout légitimer toutes ces figures de l'informel qui gravitent autour des bénéficiaires.

Deuxièmement, lorsque la coordination a lieu, il est nécessaire que le patient soit non seulement présent, mais aussi qu'il puisse exprimer ses besoins et ses envies. Les coordinations des soins qui travaillent sur Bruxelles, s'assurent, au moins, que le patient soit d'accord et c'est seulement suite à son consentement qu'elles organisent une réunion avec les services formels et les contacts informels qui sont en train ou devront suivre la personne. Ils demandent aussi aux services de les tenir au courant de la situation.

Ensuite, en se détachant de la vignette un des enjeux est de savoir comment avoir une vision globale de la personne. Un des outils pour avoir cette vision globale c'est la concertation, mais elle doit être organisée avec le patient et l'informel qui entourent la personne. Les concertations organisées par Brusano sont mises en avant comme exemple. Toutefois, bien que ces concertations semblent bien fonctionner dans certains cas, la figure du référent de proximité est problématique. Parce que, ce dernier tout en étant la personne qui doit appeler tous les professionnels pour lancer une concertation est un simple bénévole qui ne connaît pas forcément les secteurs et surtout il n'est pas payé. Par ailleurs ce type de concertations ne sont pas structurelles.

Puis, l'interconnaissance et la formation pour les professionnels, mais aussi l'accès à l'information pour tous usagers et professionnels est ressortie comme point important pour arriver à avoir une organisation social-santé intégrée. Pour développer ces points il faudrait :

- connaître les autres professionnels et ce qu'ils font pour pouvoir travailler en réseau, mais rendre cela structurelle et ne pas s'arrêter à la simple interconnaissance (par exemple, dans le cas de Simone savoir que les pharmaciens peuvent livrer des médicaments à domicile et par conséquent les contacter).
- faire des rencontres spécifiques sur des thématiques (pas seulement médicales) comme celles qui sont organisées dans l'association de médecins généraliste de Bruxelles.
- réaliser des réunions comme aujourd'hui. Ces types de rencontres sont très importants, car l'on apprend à se connaître les uns et les autres. C'est ainsi que l'on peut répondre au mieux aux besoins des personnes.
- former les professionnels à une vision plus globale et qualitative de la personne, grâce à des formations ou des stages.
- prévoir des séances d'information pour les usagers comme est fait à la Luss.

Enfin, ont été brièvement abordé les éléments qui empêchent une bonne intégration comme par exemple la multiplications des services qui crée de la confusion chez les usagers et chez les travailleurs. Mais, aussi le fonctionnement par projets typique de la COCOM qui n'est pas vivable pour les associations. Cela participe à un renfort spécifiques, mais pas structurelles. Il faudrait aussi faire attention aux spécificités de deux secteurs social et santé, car chiffrer de résultats est plus facile pour ce qui concerne la santé mais beaucoup moins pour le social.

## Vignette

Situation réaliste à part le fait que pour des publics précarisés l'hôpital ne prévoit pas nécessairement des moyens de transport de et par les lieux de vie. Aussi dans les coordinations le gériatre n'est jamais présent et c'est rare d'avoir autant des professionnels social-santé autour de la table. Manque des détails sur les décisions prises au fur et à mesure. La personne ne semble pas jouer un rôle dans la concertation qui la concerne.

## Freins et pistes de solutions

### Communs à tous les groupes

- *Rôle des aidants-proches*

### S'appuyer sur les réseaux informels, réseaux de voisinage et mettre les gens en lien

- Avoir une (un aidant-proche, une personne de confiance) ou plusieurs personnes (réseau de personnes âgées, bénévoles ) de référence pour :
  - o trouver un intermédiaire qui pourrait être sollicité pour mettre en place une coordination autour de la personne.
  - o anticiper sur les besoins futurs et permettre la prévention.
  - o rompre l'isolement et remettre de l'affectif et du relationnel.
  - o tirer la sonnette d'alarme lorsqu'on ne voit plus une personne âgée dans les lieux social-santé qu'elle fréquente régulièrement.
- Légitimer l'informel, leur donner un cadre afin qu'ils puissent intervenir :
  - o il faut les rémunérer et les soutenir (formation, transfert de compétences, soutien psychologique)
  - o leur donner des élément clés afin qu'ils sachent intervenir au bon moment.

- *Valoriser l'existant*

### S'appuyer sur l'existant

- Centres de coordination, case managers, P3, les pratiques telles que le travail en binôme chez Dyonisos, les réseaux d'aides et de soins, les structures citoyennes qui existent, les RAQ, les maisons de quartiers, les CAP, les CASG et autres services de proximité.
- Avoir des services du CPAS et de la commune dans les CSSI. Ouvrir des guichets, antennes en dehors des murs des structures publiques.

- Les assistants sociaux font déjà un travail de coordination. Exemple à l'entraide des Marolles où ce genre de coordination existe
- Maisons médicales ce sont de lieux où l'on peut avoir des contacts avec différents métiers social-santé et des réunions hebdomadaires.
- *Coordination/concertation entre services*

### Freins

- Débat autour de la place du médecin généraliste : pour certains, il peut coordonner les acteurs, pour d'autres, ce n'est pas son rôle (il n'est d'ailleurs pas payé pour ce temps-là).
- Les cliniques de concertation n'existent plus.
- À l'heure actuelle il n'y a pas de responsable pour mettre en place une coordination avant d'être dans l'urgence.
- Tout le monde relève qu'il y a énormément de services et qu'ils ne sont pas coordonnés. Un coordinateur/un référent qui commence à établir un état des lieux de ce qui existe et un maillage des acteurs est central pour coordonner les acteurs et assurer la continuité des soins.
- Crainte que si les CPAS ou les Maisons médicales doivent s'occuper de la coordination, ils n'y arriveront pas, car ils sont déjà dépassés maintenant.

### Pistes de solutions

- Organisation et bonne communication entre réseaux et professionnels pour être sûr que les objectifs du soin soient vraiment atteints.
- Savoir qui fait quoi dans le réseau. Chaque service doit connaître ses limites et sa mission.
- Les services qui s'occupent des publics plus précarisés devraient se mettre ensemble.
- Profiter plus des pharmaciens qui peuvent livrer au domicile les médicaments, tirer la sonnette d'alarme dans des cas de violence par exemple et faire aussi de la prévention grâce au lien qu'ils établissent avec les personnes.
- Ne pas oublier qu'il existe de bons outils pour aussi faire la concertation à distance et perdre moins de temps.
- Réserver un lieu au niveau du bassin dédié à la concertation. Mieux si les professionnels ne doivent pas eux même organiser ça. Une personne pourrait venir et organiser (date, lieu, animation...). Besoin de ces compétences dans ETP qui vont être embauchés dans les bassins. Une personne inquiète appuie sur un bouton rouge, puis le bassin organise concertation (besoin compétences et outils).
- Autres concertations bassin (ou inter-bassins) qui ne se feraient pas autour du patient mais comme un groupe de travail.
- Créer des « centres de coordination locaux » pour réceptionner les situations inquiétantes. Dans ces centres il y a aurait des lignes directes, un numéro vert comme celui créé pendant la pandémie de la Covid19.
- Il faut développer un profil de fonction (avec l'obligation de comprendre le langage médical et les conséquences d'une pathologie) et parler de coordinateur social-santé (et pas uniquement centré sur les aspects purement médicaux).
- Plutôt que de parler de fonction, il faudrait utiliser le terme de mission de coordination. Cette mission de coordination devrait entrer dans les missions des différents services, elle doit être valorisée et que ce soit comptabilisé comme faisant partie du travail. Ex. : « Case load »

modèles un peu différents pour que la coordination soit prise en charge dans le temps de travail.

- Utiliser l'accréditation pour inciter à la concertation (cf. un précédent FG).
- Avoir des coordinations au préalable dans les cas similaires à celui de Simone
- Avoir des psy dans les centres d'aide et de soins à domicile directement tout en veillant qu'ils puissent continuer à avoir une supervision lorsqu'ils travaillent dans une équipe multidisciplinaire.
- Formations et connaissance :
  - o Former les médecins sur le fonctionnement des autres travailleurs social-santé.
  - o Former les travailleurs afin qu'ils puissent avoir plus d'empathie et une vision plus holistique de la personne.
  - o Faire de réunions où les professionnels peuvent se rencontrer et se renseigner sur ce que font les autres services et créer un réseau.
  - o Avoir des séances d'informations pour les personnes sur les différents types d'aides, car le bouche à oreille fonctionne plutôt bien.
  - o Exemple de « Equity health lab » : projet de santé publique où les étudiants font des immersions dans un réseau afin de comprendre comment chaque projet fonctionne.
- *Continuité des soins après sortie d'hôpital*

### Freins

- Continuité des soins très mal organisée alors que, pour les personnes âgées, on sait que 99% des personnes âgées hospitalisées auront une perte d'autonomie.
- Les AS des hôpitaux sont prévenues souvent trop tard lors d'une sortie d'un patient. Difficile d'anticiper le moment où le docteur donnera le feu vert.
- Les patients appellent lorsqu'ils sont à l'hôpital et puis ils ne viennent pas, du coup qui est responsable ? Il faudrait s'assurer qu'il y ait un suivi après.
- Le PSSI ne concerne pas les hôpitaux -> du coup quid d'une possible mise en place des protocoles de sortie ou autres outils.
- Manque d'anticipation, il faut absolument prévenir les services à l'avance. Il faudrait depuis la rentrée à l'hôpital faire un dossier avec la situation du patient.
- L'hôpital pour des publics fortement précarisés ne propose aucun moyen de transport pour faire rentrer le patient chez lui, même lorsque sa mobilité est compromise.

### Pistes de solutions

- Mettre quelque chose en place afin d'inciter la responsabilité sociale-santé de l'hôpital.
- Augmenter les effectifs des AS en hôpitaux pour assurer la transition.
- Boîte jaune dans les frigos : données personnelles, personnes de contact, informations social et santé. Personnes âgées ont boîte à tartines et autocollant pour les urgentistes qui indique la présence de cette boîte. Données complétées par la personne et son généraliste.
- Avoir des chiffres sur le nombre de sorties d'hôpital à gérer par jour pour prouver le manque de moyens
- Exemple de la Suède : c'est le rôle des infirmières de penser à la suite au moment de questionner et prendre soin du patient. C'est à l'infirmière de constater le manque d'autonomie car c'est elle qui s'occupe du patient au quotidien. Ensuite, l'infirmière contacte le coordinateur ou l'assistant social de l'hôpital.
- Organiser une concertation sur la sortie et si pas de solution, l'hôpital doit garder la personne.

- *Intégrer les savoir-faire du patient*
  - Prendre en considération la parole des patients, les expériences des patients qui cumulent beaucoup de savoirs.
  - Le patient même doit être un des partenaires autour de la table lors d'une coordination.
  - Inclure le patient et son expertise dans la réflexion pour améliorer les services.
  - Intégrer le patient dans le groupe décisionnel du bassin en leur donnant un statut. Il serait le porte-parole d'une fédération des patients qui regrouperait toutes les associations de patients.

### Évoqués par certains groupes

- *Répertorier l'existant/faire remonter les lacunes et dysfonctionnements*

#### Freins/Lacunes

- La liberté de création de services et de leur utilisation rend le système peu lisible.
- Manque de rationalisation, pourquoi ne pas regrouper les informations sur le même site internet par exemple.
- Manque de visibilité des centres de coordination.

#### Pistes de solutions

- Cartographier ce qui existe déjà afin de ne pas le dupliquer.
- Des outils informatiques peuvent aider à savoir qui agit sur le terrain. Zipster a été mis en place par la région flamande pour les services de première ligne. Il y a aussi zorgzoeker et Sam (?). Il y a aussi Bruxelles social et la plateforme du réseau de santé mentale, toutefois l'outil informatique ne doit pas être redondant.
- Intérêt de répertorier les lacunes afin de les combler au niveau du bassin.

- *Partage des données*

#### Utiliser les réseaux existants :

- Ehealth (Hub, Abrumet à Bruxelles)
  - o Étendre à d'autres infos (ex : cartographie sociale)
  - o Avoir un dossier aussi pour le social, pas juste initié par le médical
  - o N'avoir que des infos pertinentes (pas de notes personnelles)
  - o Avoir le consentement de l'utilisateur pour le dossier et pour qui a accès à quoi
  - o Permettre à l'utilisateur lui-même de remplir certaines infos
  - o Liberté de choix par le patient de ses prestataires et de leur visibilité ou non sur la plateforme
- Famidesk : carnet de liaison pour réseau autour d'une personne, purement social. Patient donne lui-même accès (ou non) aux infos et e-mail est généré vers cette personne. Le problème c'est la quantité de mails reçus. Il ne faut pas que les prestataires soient submergés d'infos.
- Même s'il y a un dossier partagé, il faut un gestionnaire qui fasse le tri des infos et qui gère le dossier partagé. Qui serait ce gestionnaire ?

- Forfait pour mettre en place et gérer un dossier partagé (mais question de suivi car maisons médicales sont saturées)
  - A l'acte. Constitution et gestion du dossier médical global (DMG) est rémunéré 1/an (20 à 25€/an ou plus pour maladie chronique). Étendre ce principe. Il y a aussi un dossier global pour les pharmacies (1 pharma de référence) avec une rémunération pour le dossier.
  - Il faut aussi des solutions payables par les usagers/patients. On peut mettre quelque chose en place mais le patient/usager doit encore pouvoir payer le service.
  - Avoir des données sur les patients qui soient partagées mais il faut travailler la question de l'accès et les personnes qui vont y accéder (GDPR). Chacun va avoir des visions très différentes de ces questions. Dans la coordination des soins, le passage d'infos entre AS et médecins par exemple va faire débat.
- *Offre par bassin*
    - Organisation des services – penser en termes de types de publics plutôt que de services car il est possible d'avoir 2 services de santé mentale par exemple très proches mais avec un public différent.
    - Sur le développement des bassins, il faut des SSM accessibles aux plus précarisés. Le secteur bas seuil ne parvient pas à relayer des usagers vers des services de SM car saturés et pas d'accessibilité financière.
    - Avoir une maison médicale par quartier (et donc également dans les déserts de soin) – équilibrer l'offre sur les différents bassin.
    - Embaucher aussi dans les ETP des bassins des Community Health Workers (CHW) : facilitateurs en santé dans les quartiers, qui font de l'outreach, travailleurs sociaux de rue.
    - Harmonisation de CPAS, dans le PSSI cela est prévu mais cela demande la bonne volonté des communes.
  - *Le cas des Centres Social-Santé Intégrés*
    - Coordination facilitée par la proximité géographique. Cela permet d'orienter la personne directement vers un service. En revanche, cela ne résout pas le problème d'accessibilité/assurabilité pour certains publics.
    - CSSI pourrait être un lieu d'accueil bas seuil (un accueil qualitatif de la personne) en s'inspirant, par exemple, de ce qui est fait chez Transit.
    - Profiter des évaluations d'autres projets (antennes 107, CLSS, projets seniors)
    - Concevoir cela comme une expérimentation qui prend le temps
    - Il faut d'abord que le pouvoir public fasse une analyse des services présents et absents sur le territoire et des problématiques et besoins en matière des domaines de vie / déterminants sociaux-santé. Les CSSI ne doivent pas être une idéologie détachée de la réalité. Les mutuelles ont aussi un rôle dans cette analyse.

#### Dépassent du cadre :

- *Problèmes liés à la mobilité*
  - Problème de mobilité pour les professionnels à Bruxelles.
  - Problème de compétences territoriales (ex : aménagement des trottoirs)
  - Mobilité des personnes âgées
    - Organiser le transport et faire passer l'information parce que cela isole les gens
    - Coordination entre les soins à domicile et les soins que la personne doit faire en parallèle à l'extérieur et où elle se retrouve seule

- *Financements et manques de moyens*
  - Manque de moyens structurels et saturation des services.
  - Manque de moyens engendre une réduction de la disponibilité, un absentéisme croissant.
  - Manque de temps implique manque de prévention mais aussi manque d'affectif. On ne prend pas le temps pour la personne elle-même.
  - Pérenniser les financements. Ex : les RAQ sont un lien de proximité mais ils dépendent de subsides de courte durée et n'ont donc pas de vue à long terme.
  - COCOM fonctionne trop par projets, les services sont mis en concurrence et ils doivent consacrer du temps de travail pour répondre à l'appel à projet.
  - Combiner manque de temps et personnes au chômage qui pourraient accompagner les personnes ?
- *Autres remarques*
  - Médecins qui peuvent être conventionnés mi-temps, du coup ils font payer plus cher et la personne le découvre lorsqu'elle doit payer.
  - Question du forfait et de la précarité : les gens sans abris, sans papiers ne rentrent pas dans le système du forfait et passent par un système de facturation à l'acte via le CPAS – c'est une autre logique et du coup, certaines maisons médicales sont réfractaires à ces publics pour rester dans la logique forfait. Il faudrait que les gens aient une inscription automatique à la CAMII. Il y aurait une facturation automatique. Si on veut un impact, il faut agir sur cela parce que sinon on bricole. Plus les gens sont en difficulté, plus il y a de démarches à faire.

## Prochain Focus Group

- le 19 janvier 2023
- au M-Village, Rue des Palais 44
- lunch fourni

Nous vous présenterons un résumé des points abordés lors des 3 séances précédentes, que nous discuterons, modifierons et validerons ensemble.

## Compte-rendu Ouest A – FG3 – ORGANISATION INTEGRÉE

Date : 14/12/2022      Lieu : Sleepwell, rue du damier

9 Participants

Animateur : Jacques Moriau, CBCS/Crebis

Prise de notes : Karine Boussart, CBCS

### Agenda du jour

- Lecture vignette organisation intégrée, Simone
- Tour de table 1 : réactions à la vignette
- Tour de table 2 : problèmes que soulève la vignette et pistes de solution

### Comment la question de l'organisation intégrée a été abordée

L'organisation intégrée est au cœur de ce qui se met en place autour du PSSI et notamment l'intégration de l'offre via un dispositif particulier qui serait les Centres Social Santé Intégrés (CSSI) qui proposeraient sur un même lieu différents services de première ligne (santé, santé mentale, aide sociale). Ces CSSI seraient dans l'action communautaire et seraient bas seuil. Ils pourraient prendre la forme d'une ASBL, de différentes ASBL qui ont une structure commune de coordination ou encore d'ASBL multi-agrées. Agréments soit cocof, soit cocom. Un CSSI (Goujons) ouvrira au printemps 2023 et différents services peuvent intégrer sa structure ([www.plangoujons.be](http://www.plangoujons.be)).

Les termes devraient être clarifiés : collaboration, concertation, coordination, intégration. Il faut surtout s'interroger sur le besoin et l'objectif. A quels besoins doit répondre une organisation intégrée ? L'organisation intégrée doit être un moyen et pas un objectif en tant que tel. Ça peut être utile d'avoir un réseau déjà constitué.

L'organisation intégrée cela ne signifie pas avoir tout le monde autour de l'utilisateur mais plutôt une personne de référence et de confiance qui peut organiser la coordination. La place de l'utilisateur est essentielle. Il faut prendre le temps d'écouter le patient et ce qu'il souhaite, son projet de vie. Le patient est trop souvent mis sur le côté, les professionnels considèrent ses paroles comme sans valeurs et la personne est dénigrée. Il faut un changement de culture. Les citoyens débordent de compétences. Puisque le temps manque, il faut s'appuyer sur les citoyens et les réseaux informels.

Le manque de temps et de moyens est évoqué. Le médecin généraliste doit pouvoir jouer un rôle essentiel. Il faut désengorger les services pour qu'on puisse prendre le temps. Il faut aussi agir en prévention et anticiper même si il faut aussi reconnaître que le patient ne veut pas toujours anticiper et qu'on ne peut pas tout anticiper.

Il faut aussi reconnaître que ce n'est pas facile.

Les modèles étrangers ne peuvent pas toujours être appliqués. P.ex aux P-B, il y a une organisation très structurée des soins mais le patient y perd en liberté parce qu'il est obligé de consulter un généraliste avant de passer à un spécialiste. En Belgique, la liberté d'association fait qu'il y a beaucoup de petites structures et la liberté du patient prévaut.

Les modèles CSSI ne sont pas les seuls, cela peut fonctionner autrement. Il importe d'abord d'être à l'écoute du patient, de ses besoins et d'avoir des solutions qui répondent à ses besoins et à sa

situation particulière (notamment comment il est entouré). En tout pour des CSSI, il faut un super accueil et une coordination des structures qui l'intègrent sans qu'elles ne perdent leur identité.

## Vignette

La vignette est assez réaliste même si arriver à réunir tout le monde est un idéal ou parfois n'est pas nécessaire. La famille doit pouvoir jouer un rôle.

La préparation de la sortie d'hôpital est défailante, il faut anticiper et agir en prévention.

La coordination est nécessaire mais que veut Simone. La personne doit être écoutée et avoir une personne de confiance à ses côtés pour que la coordination soit bien ce qu'elle souhaite. Cela pose la question de la place de l'utilisateur. La parole de l'utilisateur est encore trop considérée comme sans valeur. Et en fonction de la volonté de l'utilisateur, il faut voir quelles possibilités existent et si l'utilisateur a les moyens financiers de faire appel à ces possibilités.

Il faut reconnaître aussi que la coordination n'est pas facile. Cela pose la question de la disponibilité : choisir son infirmier par exemple c'est une personne stable mais qui ne sera pas toujours disponible, un centre de coordination a plus de disponibilité mais ce n'est pas toujours la même personne, c'est une équipe qui tourne. Un CSSI comme Medikureghem est multiculturel et s'appuie sur les aidants-proches pour que la personne soit entourée pour éviter la solitude. Lorsque la personne est seule, d'autres solutions sont envisageables (ex : habitation kangourou).

## Freins et pistes de solutions

### Communs à tous les groupes

- *Rôle des aidants-proches*

### S'appuyer sur les réseaux informels, réseaux de voisinage et mettre les gens en lien

- Avoir une (un aidant-proche, une personne de confiance) ou plusieurs personnes (réseau de personnes âgées, bénévoles) de référence pour :
  - o trouver un intermédiaire qui pourrait être sollicité pour mettre en place une coordination autour de la personne.
  - o anticiper sur les besoins futurs et permettre la prévention.
  - o rompre l'isolement et remettre de l'affectif et du relationnel.
  - o tirer la sonnette d'alarme lorsqu'on ne voit plus une personne âgée dans les lieux social-santé qu'elle fréquente régulièrement.
- Légitimer l'informel, leur donner un cadre afin qu'ils puissent intervenir :
  - o il faut les rémunérer et les soutenir (formation, transfert de compétences, soutien psychologique)
  - o leur donner des éléments clés afin qu'ils sachent intervenir au bon moment.

- *Valoriser l'existant*

### S'appuyer sur l'existant

- Centres de coordination, case managers, P3, les pratiques telles que le travail en binôme chez Dyonisos, les réseaux d'aides et de soins, les structures citoyennes qui existent, les RAQ, les maisons de quartiers, les CAP, les CASG et autres services de proximité.

- Avoir des services du CPAS et de la commune dans les CSSI. Ouvrir des guichets, antennes en dehors des murs des structures publiques.
  - Les assistants sociaux font déjà un travail de coordination. Exemple à l'entraide des Marolles où ce genre de coordination existe
  - Maisons médicales ce sont de lieux où l'on peut avoir des contacts avec différents métiers social-santé et des réunions hebdomadaires.
- *Coordination/concertation entre services*

### Freins

- Débat autour de la place du médecin généraliste : pour certains, il peut coordonner les acteurs, pour d'autres, ce n'est pas son rôle (il n'est d'ailleurs pas payé pour ce temps-là).
- Les cliniques de concertation n'existent plus.
- À l'heure actuelle il n'y a pas de responsable pour mettre en place une coordination avant d'être dans l'urgence.
- Tout le monde relève qu'il y a énormément de services et qu'ils ne sont pas coordonnés. Un coordinateur/un référent qui commence à établir un état des lieux de ce qui existe et un maillage des acteurs est central pour coordonner les acteurs et assurer la continuité des soins.
- Crainte que si les CPAS ou les Maisons médicales doivent s'occuper de la coordination, ils n'y arriveront pas, car ils sont déjà dépassés maintenant.

### Pistes de solutions

- Organisation et bonne communication entre réseaux et professionnels pour être sûr que les objectifs du soin soient vraiment atteints.
- Savoir qui fait quoi dans le réseau. Chaque service doit connaître ses limites et sa mission.
- Les services qui s'occupent des publics plus précarisés devraient se mettre ensemble.
- Profiter plus des pharmaciens qui peuvent livrer au domicile les médicaments, tirer la sonnette d'alarme dans des cas de violence par exemple et faire aussi de la prévention grâce au lien qu'ils établissent avec les personnes.
- Ne pas oublier qu'il existe de bons outils pour aussi faire la concertation à distance et perdre moins de temps.
- Réserver un lieu au niveau du bassin dédié à la concertation. Mieux si les professionnels ne doivent pas eux même organiser ça. Une personne pourrait venir et organiser (date, lieu, animation...). Besoin de ces compétences dans ETP qui vont être embauchés dans les bassins. Une personne inquiète appuie sur un bouton rouge, puis le bassin organise concertation (besoin compétences et outils).
- Autres concertations bassin (ou inter-bassins) qui ne se feraient pas autour du patient mais comme un groupe de travail.
- Créer des « centres de coordination locaux » pour réceptionner les situations inquiétantes. Dans ces centres il y a aurait des lignes directes, un numéro vert comme celui créé pendant la pandémie de la Covid19.
- Il faut développer un profil de fonction (avec l'obligation de comprendre le langage médical et les conséquences d'une pathologie) et parler de coordinateur social-santé (et pas uniquement centré sur les aspects purement médicaux).
- Plutôt que de parler de fonction, il faudrait utiliser le terme de mission de coordination. Cette mission de coordination devrait entrer dans les missions des différents services, elle doit être

valorisée et que ce soit comptabilisé comme faisant partie du travail. Ex. : « Case load » modèles un peu différents pour que la coordination soit prise en charge dans le temps de travail.

- Utiliser l'accréditation pour inciter à la concertation (cf. un précédent FG).
- Avoir des coordinations au préalable dans les cas similaires à celui de Simone
- Avoir des psy dans les centres d'aide et de soins à domicile directement tout en veillant qu'ils puissent continuer à avoir une supervision lorsqu'ils travaillent dans une équipe multidisciplinaire.
- Formations et connaissance :
  - o Former les médecins sur le fonctionnement des autres travailleurs social-santé.
  - o Former les travailleurs afin qu'ils puissent avoir plus d'empathie et une vision plus holistique de la personne.
  - o Faire de réunions où les professionnels peuvent se rencontrer et se renseigner sur ce que font les autres services et créer un réseau.
  - o Avoir des séances d'informations pour les personnes sur les différents types d'aides, car le bouche à oreille fonctionne plutôt bien.
  - o Exemple de « Equity health lab » : projet de santé publique où les étudiants font des immersions dans un réseau afin de comprendre comment chaque projet fonctionne.
- *Continuité des soins après sortie d'hôpital*

### Freins

- Continuité des soins très mal organisée alors que, pour les personnes âgées, on sait que 99% des personnes âgées hospitalisées auront une perte d'autonomie.
- Les AS des hôpitaux sont prévenues souvent trop tard lors d'une sortie d'un patient. Difficile d'anticiper le moment où le docteur donnera le feu vert.
- Les patients appellent lorsqu'ils sont à l'hôpital et puis ils ne viennent pas, du coup qui est responsable ? Il faudrait s'assurer qu'il y ait un suivi après.
- Le PSSI ne concerne pas les hôpitaux -> du coup quid d'une possible mise en place des protocoles de sortie ou autres outils.
- Manque d'anticipation, il faut absolument prévenir les services à l'avance. Il faudrait depuis la rentrée à l'hôpital faire un dossier avec la situation du patient.
- L'hôpital pour des publics fortement précarisés ne propose aucun moyen de transport pour faire rentrer le patient chez lui, même lorsque sa mobilité est compromise.

### Pistes de solutions

- Mettre quelque chose en place afin d'inciter la responsabilité sociale-santé de l'hôpital.
- Augmenter les effectifs des AS en hôpitaux pour assurer la transition.
- Boîte jaune dans les frigos : données personnelles, personnes de contact, informations social et santé. Personnes âgées ont boîte à tartines et autocollant pour les urgentistes qui indique la présence de cette boîte. Données complétées par la personne et son généraliste.
- Avoir des chiffres sur le nombre de sorties d'hôpital à gérer par jour pour prouver le manque de moyens
- Exemple de la Suède : c'est le rôle des infirmières de penser à la suite au moment de questionner et prendre soin du patient. C'est à l'infirmière de constater le manque d'autonomie car c'est elle qui s'occupe du patient au quotidien. Ensuite, l'infirmière contacte le coordinateur ou l'assistant social de l'hôpital.

- Organiser une concertation sur la sortie et si pas de solution, l'hôpital doit garder la personne.
- *Intégrer les savoir-faire du patient*
- Prendre en considération la parole des patients, les expériences des patients qui cumulent beaucoup de savoirs.
- Le patient même doit être un des partenaires autour de la table lors d'une coordination.
- Inclure le patient et son expertise dans la réflexion pour améliorer les services.
- Intégrer le patient dans le groupe décisionnel du bassin en leur donnant un statut. Il serait le porte-parole d'une fédération des patients qui regrouperait toutes les associations de patients.

### Évoqués par certains groupes

- *Répertorier l'existant/faire remonter les lacunes et dysfonctionnements*

#### Freins/Lacunes

- La liberté de création de services et de leur utilisation rend le système peu lisible.
- Manque de rationalisation, pourquoi ne pas regrouper les informations sur le même site internet par exemple.
- Manque de visibilité des centres de coordination.

#### Pistes de solutions

- Cartographier ce qui existe déjà afin de ne pas le dupliquer.
- Des outils informatiques peuvent aider à savoir qui agit sur le terrain. Zipster a été mis en place par la région flamande pour les services de première ligne. Il y a aussi zorgzoeker et Sam. Il y a aussi Bruxelles social et la plateforme du réseau de santé mentale, toutefois l'outil informatique ne doit pas être redondant.
- Intérêt de répertorier les lacunes afin de les combler au niveau du bassin.

- *Partage des données*

#### Utiliser les réseaux existants :

- Ehealth (Hub, Abrumet à Bruxelles)
  - o Étendre à d'autres infos (ex : cartographie sociale)
  - o Avoir un dossier aussi pour le social, pas juste initié par le médical
  - o N'avoir que des infos pertinentes (pas de notes personnelles)
  - o Avoir le consentement de l'utilisateur pour le dossier et pour qui a accès à quoi
  - o Permettre à l'utilisateur lui-même de remplir certaines infos
  - o Liberté de choix par le patient de ses prestataires et de leur visibilité ou non sur la plateforme
- Famidesk : carnet de liaison pour réseau autour d'une personne, purement social. Patient donne lui-même accès (ou non) aux infos et e-mail est généré vers cette personne. Le problème c'est la quantité de mails reçus. Il ne faut pas que les prestataires soient submergés d'infos.

- Même s'il y a un dossier partagé, il faut un gestionnaire qui fasse le tri des infos et qui gère le dossier partagé. Qui serait ce gestionnaire ?
- Forfait pour mettre en place et gérer un dossier partagé (mais question de suivi car maisons médicales sont saturées)
- A l'acte. Constitution et gestion du dossier médical global (DMG) est rémunéré 1/an (20 à 25€/an ou plus pour maladie chronique). Étendre ce principe. Il y a aussi un dossier global pour les pharmacies (1 pharma de référence) avec une rémunération pour le dossier.
- Il faut aussi des solutions payables par les usagers/patients. On peut mettre quelque chose en place mais le patient/usager doit encore pouvoir payer le service.
- Avoir des données sur les patients qui soient partagées mais il faut travailler la question de l'accès et les personnes qui vont y accéder (GDPR). Chacun va avoir des visions très différentes de ces questions. Dans la coordination des soins, le passage d'infos entre AS et médecins par exemple va faire débat.
  
- *Offre par bassin*
  - Organisation des services – penser en termes de types de publics plutôt que de services car il est possible d'avoir 2 services de santé mentale par exemple très proches mais avec un public différent.
  - Sur le développement des bassins, il faut des SSM accessibles aux plus précarisés. Le secteur bas seuil ne parvient pas à relayer des usagers vers des services de SM car saturés et pas d'accessibilité financière.
  - Avoir une maison médicale par quartier (et donc également dans les déserts de soin) – équilibrer l'offre sur les différents bassins.
  - Embaucher aussi dans les ETP des bassins des Community Health Workers (CHW) : facilitateurs en santé dans les quartiers, qui font de l'outreach, travailleurs sociaux de rue.
  - Harmonisation de CPAS, dans le PSSI cela est prévu mais cela demande la bonne volonté des communes.
  
- *Le cas des Centres Social-Santé Intégrés*
  - Coordination facilitée par la proximité géographique. Cela permet d'orienter la personne directement vers un service. En revanche, cela ne résout pas le problème d'accessibilité/assurabilité pour certains publics.
  - CSSI pourrait être un lieu d'accueil bas seuil (un accueil qualitatif de la personne) en s'inspirant, par exemple, de ce qui est fait chez Transit.
  - Profiter des évaluations d'autres projets (antennes 107, CLSS, projets seniors)
  - Concevoir cela comme une expérimentation qui prend le temps
  - Il faut d'abord que le pouvoir public fasse une analyse des services présents et absents sur le territoire et des problématiques et besoins en matière des domaines de vie / déterminants sociaux-santé. Les CSSI ne doivent pas être une idéologie détachée de la réalité. Les mutuelles ont aussi un rôle dans cette analyse.

#### Dépassent du cadre :

- *Problèmes liés à la mobilité*
  - Problème de mobilité pour les professionnels à Bruxelles.
  - Problème de compétences territoriales (ex : aménagement des trottoirs)
  - Mobilité des personnes âgées
    - Organiser le transport et faire passer l'information parce que cela isole les gens

- Coordination entre les soins à domicile et les soins que la personne doit faire en parallèle à l'extérieur et où elle se retrouve seule
- *Financements et manques de moyens*
  - Manque de moyens structurels et saturation des services.
  - Manque de moyens engendre une réduction de la disponibilité, un absentéisme croissant.
  - Manque de temps implique manque de prévention mais aussi manque d'affectif. On ne prend pas le temps pour la personne elle-même.
  - Pérenniser les financements. Ex : les RAQ sont un lien de proximité mais ils dépendent de subsides de courte durée et n'ont donc pas de vue à long terme.
  - COCOM fonctionne trop par projets, les services sont mis en concurrence et ils doivent consacrer du temps de travail pour répondre à l'appel à projet.
  - Combiner manque de temps et personnes au chômage qui pourraient accompagner les personnes ?
- *Autres remarques*
  - Médecins qui peuvent être conventionnés mi-temps, du coup ils font payer plus cher et la personne le découvre lorsqu'elle doit payer.
  - Question du forfait et de la précarité : les gens sans abris, sans papiers ne rentrent pas dans le système du forfait et passent par un système de facturation à l'acte via le CPAS – c'est une autre logique et du coup, certaines maisons médicales sont réfractaires à ces publics pour rester dans la logique forfait. Il faudrait que les gens aient une inscription automatique à la CAMII. Il y aurait une facturation automatique. Si on veut un impact, il faut agir sur cela parce que sinon on bricole. Plus les gens sont en difficulté, plus il y a de démarches à faire.

Prochain Focus Group : 20.01.2023, 12-14h, Auberge Sleepwell, rue du damier 23, 1000 Bruxelles, lunch fourni

Nous vous présenterons un résumé des points abordés lors des 3 séances précédentes, que nous discuterons, modifierons et validerons ensemble.

## Verslag focus groep West A – FG3 – GEÏNTEGREERDE ORGANISATIE

Datum : 14/12/2022    Plaats : Sleepwell, Dambordstraat

9 deelnemers

Gespreksleider : Jacques Moriau, CBCS/Crebis - Notities : Karine Boussart, CBCS

### Agenda

- Levensverhaal geïntegreerde organisatie, Simone
- Ronde 1: reacties op het vignet
- Ronde tafel 2: problemen met het vignet en mogelijke oplossingen

### Hoe we de kwestie van geïntegreerde organisatie hebben aangepakt

De geïntegreerde organisatie vormt de kern van wat wordt opgezet rond het PSSI en met name de integratie van het aanbod via een bepaald instrument, namelijk de geïntegreerde sociale en gezondheidscentra (CSSI), die verschillende eerstelijnsdiensten (gezondheid, geestelijke gezondheid, sociale hulp) op dezelfde plaats aanbieden. Deze CSSI's zouden op een gemeenschapsbenadering gebaseerd zijn en laagdrempelig zijn. Zij zouden de vorm kunnen aannemen van een vzw, verschillende vzw's met een gemeenschappelijke coördinatiestructuur of zelfs multi-erkende vzw's. Erkenning cocof of cocom. Een CSSI (Goujons) wordt in het voorjaar van 2023 geopend en verschillende diensten kunnen de structuur ervan integreren ([www.plangoujons.be](http://www.plangoujons.be)).

De termen moeten worden verduidelijkt: samenwerking, overleg, coördinatie, integratie. We moeten ons vooral afvragen wat de behoefte is en wat het doel is. In welke behoeften moet een geïntegreerde organisatie voorzien? De geïntegreerde organisatie moet een middel zijn en geen doel op zich. Het kan nuttig zijn reeds over een netwerk te beschikken.

Geïntegreerde organisatie betekent niet dat iedereen rond de gebruiker staat, maar dat er een referentie en een vertrouwenspersoon is die de coördinatie kan organiseren. De plaats van de gebruiker is essentieel. We moeten de tijd nemen om te luisteren naar de patiënt en wat hij of zij wil, zijn of haar levensproject. De patiënt wordt te vaak buitenspel gezet, professionals beschouwen zijn of haar woorden als waardeloos en de persoon wordt denigrerend behandeld. Er is een cultuuromslag nodig. Burgers lopen over van vaardigheden. Aangezien de tijd dringt, moeten we vertrouwen op burgers en informele netwerken.

Het gebrek aan tijd en middelen werd genoemd. Huisartsen moeten een essentiële rol kunnen spelen. De diensten moeten ontlast worden zodat er tijd genomen kan worden. We moeten ook preventief handelen en anticiperen, ook al moeten we erkennen dat de patiënt niet altijd wil anticiperen en dat we niet alles kunnen voorzien.

We moeten ook erkennen dat het niet gemakkelijk is.

Buitenlandse modellen kunnen niet altijd worden toegepast. In Nederland is de zorg bijvoorbeeld zeer gestructureerd georganiseerd, maar de patiënt verliest zijn vrijheid omdat hij verplicht is een huisarts te raadplegen voordat hij naar een specialist gaat. In België zijn er door de vrijheid van vereniging veel kleine structuren en heerst de vrijheid van de patiënt.

De CSSI-modellen zijn niet de enige, het kan ook anders. Het is in de eerste plaats belangrijk te luisteren naar de patiënt, naar zijn behoeften en oplossingen te hebben die beantwoorden aan zijn behoeften en zijn specifieke situatie (met name hoe hij omringd is). Al met al is er voor de CSSI behoefte aan een superopvang en coördinatie van de structuren die haar integreren zonder hun identiteit te verliezen.

## Levensverhaal

Het levensverhaal is vrij realistisch, ook al is het samenbrengen van iedereen een ideaal of soms niet nodig. De familie moet een rol kunnen spelen.

De voorbereiding van het ziekenhuisontslag is gebrekkig, er moet worden geanticipeerd en preventief worden opgetreden.

Coördinatie is noodzakelijk, maar wat wil Simone? Er moet naar de persoon worden geluisterd en een vertrouwd persoon aan haar zijde hebben, zodat de coördinatie is wat zij wil. Dit doet de vraag rijzen naar de plaats van de gebruiker. Het woord van de gebruiker wordt nog te vaak als waardeloos beschouwd. En afhankelijk van de wensen van de gebruiker moeten we kijken welke mogelijkheden er zijn en of de gebruiker de financiële middelen heeft om van die mogelijkheden gebruik te maken.

Ook moet worden erkend dat coördinatie niet gemakkelijk is. Dit doet de vraag naar de beschikbaarheid rijzen: kiezen voor een verpleegster bijvoorbeeld is een stabiel persoon die niet altijd beschikbaar zal zijn, een coördinatiecentrum heeft meer beschikbaarheid maar het is niet altijd dezelfde persoon, het is een team dat rouleert. Een CSSI zoals Medikureghem is multicultureel en vertrouwt op mantelzorgers die ervoor zorgen dat de persoon omringd wordt om eenzaamheid te voorkomen. Wanneer de persoon alleen is, zijn andere oplossingen mogelijk (bijvoorbeeld kangoeroewoningen).

## Obstakels en oplossingen

### Gemeenschappelijk voor alle groepen

- *De rol van mantelzorgers*

### Voortbouwen op informele netwerken, buurtnetwerken en mensen met elkaar verbinden

- Eén persoon (een mantelzorger, een referentiepersoon) of meerdere mensen (netwerk van ouderen, vrijwilligers) als referentie hebben :
  - o Om een tussenpersoon te vinden op wie een beroep kan worden gedaan om de coördinatie rond de persoon op te zetten.
  - o Om te anticiperen op toekomstige behoeften en preventie mogelijk te maken.
  - o Om het isolement te doorbreken en de emotionele en relationele aspecten te herstellen.
  - o Om aan de bel te trekken wanneer een oudere niet meer gezien wordt in de sociale en gezondheidsvoorzieningen waar hij regelmatig gebruik van maakt.
- Legitimer het informele, geef ze een kader zodat ze kunnen ingrijpen:
  - o zij moeten worden betaald en ondersteund (opleiding, overdracht van vaardigheden, psychologische ondersteuning)
  - o geef ze sleutelementen zodat ze weten hoe ze op het juiste moment moeten ingrijpen.
- *Verbetering van de bestaande*

### Voortbouwen op wat al bestaat

- Coördinatiecentra, casemanagers, P3's, praktijken zoals binomes bij Dyonisos, ondersteunings- en zorgnetwerken, bestaande burgerstructuren, RAQ's, buurthuizen, CAP's, CASG's en andere gemeenschapsdiensten.
  - OCMW en gemeentelijke diensten in de CSSI hebben. Open loketten, antennes buiten de muren van publieke structuren.
  - Maatschappelijk werkers doen al coördinatie. Bij Entraide des Marolles bijvoorbeeld bestaat dit soort coördinatie
  - De Maisons Médicales zijn plaatsen waar men contacten kan hebben met verschillende sociale-gezondheidsberoepen en wekelijkse bijeenkomsten.
- *Coördinatie/overleg tussen diensten*

### Obstakels

- Debat over de rol van de huisarts: voor sommigen kan hij de actoren coördineren, voor anderen is dit niet zijn rol (hij wordt niet betaald voor deze tijd).
- De « cliniques de concertation » bestaan niet meer.
- Momenteel is er niemand die de leiding heeft om de coördinatie voor de noodsituatie tot stand te brengen.
- Iedereen wijst erop dat er veel diensten zijn en dat deze niet gecoördineerd zijn. Een coördinator/referent die begint met het inventariseren van wat er bestaat en een netwerk van actoren staat centraal om de actoren te coördineren en de continuïteit van de zorg te waarborgen.
- De vrees dat als OCMW's of Maisons médicales de coördinatie moeten doen, zij dat niet zullen kunnen, omdat zij nu al overstelpt zijn.

### Mogelijke oplossingen

- Organisatie en goede communicatie tussen netwerken en professionals om ervoor te zorgen dat de doelstellingen van de zorg daadwerkelijk worden bereikt.
- Weet wie wat doet in het netwerk. Elke afdeling moet zijn grenzen en zijn opdracht kennen.
- De diensten die met de meest precaire groepen te maken hebben, moeten samenkomen.
- Meer gebruik maken van apothekers die medicijnen aan huis kunnen afleveren, alarm slaan bij bijvoorbeeld geweld en ook aan preventie doen door de band die zij met mensen leggen.
- Vergeet niet dat er goede hulpmiddelen zijn om de raadpleging op afstand te doen en minder tijd te verliezen.
- Maak een plaats op het niveau van de zorgzone vrij voor overleg. Beter als de professionals het niet zelf hoeven te organiseren. Eén persoon zou kunnen komen en organiseren (datum, plaats, animatie...). Deze vaardigheden zijn nodig in VTE's die in de zorgzones zullen worden aangeworven. Een betrokken persoon drukt op een rode knop, waarna de zorgzone de raadpleging organiseert (behoefte aan vaardigheden en instrumenten).
- Ander overleg tussen de zorgzones (of interzorgzone) dat niet rond de patiënt, maar als werkgroep plaatsvindt.
- Oprichting van "plaatselijke coördinatiecentra" om zorgwekkende situaties op te vangen. In deze centra zouden hotlines zijn, een gratis nummer zoals tijdens Covid19.

- We moeten een functieprofiel ontwikkelen (met de verplichting om de medische taal en de gevolgen van een pathologie te begrijpen) en praten over een sociaal-gezondheidscoördinator (en niet alleen gericht op de zuiver medische aspecten).
- In plaats van over een functie te spreken, moet de term coördinatieopdracht worden gebruikt. Deze coördinatieopdracht moet worden opgenomen in de opdrachten van de verschillende diensten, zij moet worden gewaardeerd en tot het werk worden gerekend. Bijvoorbeeld: "Case load", iets andere modellen zodat de coördinatie in de werktijd wordt berekend.
- Accreditatie gebruiken om overleg aan te moedigen (zie vorige FG).
- Voorafgaande coördinatie hebben in soortgelijke gevallen als die van Simone
- Psychologen rechtstreeks in de thuiszorgcentra laten werken en ervoor zorgen dat zij toezicht kunnen blijven houden wanneer zij in een multidisciplinair team werken.
- Opleiding en kennis :
  - o Artsen opleiden in het functioneren van andere sociale- en gezondheidswerkers.
  - o Werknemers trainen om meer empathie en een meer holistische kijk op de persoon te hebben.
  - o Bijeenkomsten hebben waar professionals elkaar kunnen ontmoeten en leren over wat andere diensten doen en een netwerk creëren.
  - o Informatiebijeenkomsten voor mensen over de verschillende soorten hulp, want mond-tot-mondreclame werkt heel goed.
  - o Voorbeeld van een "Equity Health Lab": een volksgezondheidsproject waarbij studenten zich onderdompelen in een netwerk om te begrijpen hoe elk project werkt.
- *Continuïteit van zorg na ziekenhuisontslag*

### Obstakels

- De continuïteit van de zorg is zeer slecht georganiseerd, terwijl we weten dat 99% van de gehospitaliseerde ouderen hun autonomie zullen verliezen.
- De sociale assistenten van ziekenhuizen worden vaak te laat ingelicht wanneer een patiënt wordt ontslagen. Het is moeilijk te voorspellen wanneer de dokter groen licht geeft.
- Patiënten bellen als ze in het ziekenhuis zijn en dan komen ze niet, dus wie is verantwoordelijk? We moeten zorgen voor een follow-up achteraf.
- De PSSI heeft geen betrekking op ziekenhuizen -> dus hoe zit het met een mogelijke uitvoering van ontslagprotocollen of andere instrumenten.
- Sinds het begin van het ziekenhuis intrede, moet een dossier worden aangelegd met de situatie van de patiënt.
- Ziekenhuizen voor zeer kansarme mensen bieden geen vervoermiddelen om de patiënt naar huis te brengen, zelfs wanneer zijn mobiliteit in het gedrang komt.

### Mogelijke oplossingen

- Zet iets op om sociale en gezondheidsverantwoordelijkheid in het ziekenhuis aan te moedigen.
- Het aantal sociale assistenten in ziekenhuizen verhogen om de overgang te waarborgen.
- Gele doos in koelkasten: persoonsgegevens, contactpersonen, sociale en gezondheidsinformatie. Ouderen hebben een lunchbox en een sticker voor hulpverleners waarop de aanwezigheid van deze box staat aangegeven. Gegevens ingevuld door de persoon en zijn huisarts.
- Cijfers hebben over het aantal te beheren ziekenhuisontslagen per dag om het gebrek aan middelen aan te tonen.

- Voorbeeld uit Zweden: het is de rol van de verpleegkundigen om na te denken over de volgende stap wanneer zij de patiënt ondervragen en verzorgen. Het is de rol van de verpleegkundige om het gebrek aan autonomie vast te stellen, aangezien zij degene is die dagelijks voor de patiënt zorgt. Dan neemt de verpleegster contact op met de coördinator of maatschappelijk werker van het ziekenhuis.
- Organiseer een consultatie bij ontslag en als er geen oplossing wordt gevonden, moet het ziekenhuis de persoon houden.
- *De vaardigheden van de patiënt integreren*
  - Houd rekening met het woord van de patiënten, de ervaringen van de patiënten, die veel kennis vergaren.
  - De patiënt zelf zou een van de partners rond de tafel moeten zijn in een coördinatie.
  - Betrek de patiënt en zijn of haar expertise bij de reflectie om de diensten te verbeteren.
  - Integreer de patiënt in de besluitvormingsgroep van de zorgzone door hem een status te geven. Hij zou de woordvoerder zijn van een patiëntenfederatie die alle patiëntenverenigingen zou samenbrengen.

#### **Door sommige groepen genoemd**

- *Identificeren van de bestaande / wijzen op lacunes en storingen*

#### Belemmeringen/gebrek aan

- De vrijheid om diensten te creëren en te gebruiken maakt het systeem moeilijk te begrijpen.
- Gebrek aan stroomlijning, waarom de informatie niet op dezelfde website zetten bijvoorbeeld.
- Gebrek aan zichtbaarheid van de coördinatiecentra.

#### Mogelijke oplossingen

- Breng in kaart wat al bestaat om het niet te dupliceren.
- IT-instrumenten kunnen helpen om uit te zoeken wie ter plaatse actief is. Zipster is opgericht door het Vlaams Gewest voor eerstelijnsdiensten. Er is ook Zorgzoeker en Sam. Er is ook Brussel Sociaal en het platform van het netwerk voor geestelijke gezondheid, maar het IT-instrument mag niet overbodig zijn.
- Belangstelling voor het vaststellen van lacunes om deze op zorgzoneniveau op te vullen.
- *Delen van gegevens*

#### **Gebruik bestaande netwerken:**

- Ehealth (Hub, Abrumet in Brussel)
  - o Uitbreiden tot andere informatie (bv. social mapping)
  - o Ook een dossier voor de sociale sector, niet alleen op initiatief van de medische sector.
  - o Alleen relevante informatie hebben (geen persoonlijke aantekeningen)
  - o toestemming van de gebruiker hebben voor het dossier en voor wie toegang heeft tot wat
  - o Laat de gebruiker zelf wat informatie invullen

- Vrije keuze door de patiënt van zijn dienstverleners en hun zichtbaarheid of niet op het platform
- Famidesk: netwerkboekje rond een persoon, puur sociaal. De patiënt geeft zelf toegang (of niet) tot de informatie en er wordt een e-mail naar deze persoon gestuurd. Het probleem is de hoeveelheid ontvangen e-mails. Aanbieders moeten niet overstelpt worden met informatie.
- Zelfs als er een gedeeld dossier is, moet er een beheerder zijn die de informatie sorteert en het gedeeld dossier beheert. Wie zou die beheerder zijn?
- Forfait prijs voor het opzetten en beheren van een gedeeld dossier (maar vraag naar opvolging omdat de Maisons médicales verzadigd zijn)
- Honorarium voor de dienst. De samenstelling en het beheer van het globaal medisch dossier (DMG) worden vergoed per jaar (20 tot 25€/jaar of meer voor chronische ziekten). Breid dit principe uit. Er is ook een globaal dossier voor apotheken (1 referentie-apotheek) met een vergoeding voor het dossier.
- Er is ook behoefte aan oplossingen die door de gebruikers/patiënten kunnen worden betaald. Er kan iets worden opgezet, maar de patiënt/gebruiker moet nog steeds voor de dienst kunnen betalen.
- Gegevens over patiënten hebben die worden gedeeld, maar we moeten werken aan de kwestie van toegang en wie er toegang toe krijgt (GDPR). Iedereen zal hier heel anders over denken. Bij de coördinatie van de zorg zal bijvoorbeeld de overdracht van informatie tussen gezondheidswerkers en artsen ter discussie staan.
- *Aanbod per zorgzone*
  - Organisatie van diensten - denk eerder in termen van soorten publiek dan van diensten, aangezien het mogelijk is om bijvoorbeeld 2 diensten voor geestelijke gezondheidszorg dicht bij elkaar te hebben, maar met een verschillend publiek.
  - Bij de ontwikkeling van de zorgzones is er behoefte aan voor de meest kwetsbaren toegankelijke geestelijke gezondheidsdiensten. De laagdrempelige sector slaagt er niet in gebruikers naar geestelijke gezondheidsdiensten over te hevelen wegens verzadiging en gebrek aan financiële toegankelijkheid.
  - Een Maison médicale per district (en dus ook in de zorgwoestijnen) - om het aanbod op de verschillende zorgzones in evenwicht te brengen.
  - Ook Community Health Workers (CHW) aannemen in de TVE-pools: gezondheidsbevorderaars in de wijken, die outreachend te werk gaan, maatschappelijk werkers op straat.
  - Harmonisatie van OCMW's, in het PSSI is hierin voorzien, maar het vereist de goede wil van de gemeenten.
- *Het geval van de geïntegreerde sociale en gezondheidscentra (CSSI)*
  - Coördinatie wordt vergemakkelijkt door geografische nabijheid. Dit maakt het mogelijk de persoon rechtstreeks naar een dienst te verwijzen. Anderzijds lost het het probleem van de toegankelijkheid/verzekerbaarheid voor bepaalde groepen niet op.
  - De CSSI zou een laagdrempelige opvangplaats kunnen zijn (een kwalitatieve opvang van de persoon), geïnspireerd op bijvoorbeeld wat er bij Transit gebeurt.
  - Profiteer van de evaluaties van andere projecten (antennes 107, CLSS, seniorprojecten).
  - Zie het als een experiment dat tijd kost
  - Allereerst moet de overheid een analyse maken van de op de zorgzone aanwezige en ontbrekende diensten en van de problemen en behoeften op het gebied van levens-/sociale

en gezondheidsdeterminanten. De CSSI mag geen ideologie zijn die losstaat van de werkelijkheid. Ook de mutualiteiten spelen een rol in deze analyse.

Out of scope :

- *Mobiliteitsproblemen*
  - Mobiliteitsprobleem voor professionals in Brussel.
  - Probleem van territoriale bevoegdheden (bv. ontwikkeling van stoepen)
  - Mobiliteit van ouderen
    - o Het organiseren van vervoer en het doorgeven van informatie omdat het mensen isoleert
    - o Coördinatie tussen zorg thuis en zorg die de persoon tegelijkertijd buitenshuis en alleen moet doen
- *Financiering en gebrek aan middelen*
  - Gebrek aan structurele middelen en verzadiging van de diensten.
  - Gebrek aan middelen leidt tot verminderde beschikbaarheid, absentieïsme neemt toe.
  - Tijdgebrek betekent gebrek aan preventie, maar ook gebrek aan genegenheid. Er is geen tijd voor de persoon zelf.
  - Duurzaamheid van de financiering. Bijvoorbeeld: RAQ's zijn een nabije schakel, maar zij zijn afhankelijk van kortetermijnsubsidies en hebben daarom geen langetermijnvisie.
  - GGC werkt te veel op projectbasis, diensten worden in concurrentie gebracht en zij moeten tijd besteden aan het beantwoorden van de vraag naar projecten.
  - De combinatie van tijdgebrek en werklozen die mensen zouden kunnen begeleiden?
- *Andere opmerkingen*
  - Artsen die parttime geconventionneerd zijn, het kost meer voor de gebruiker, en de persoon beseft het pas wanneer hij moet betalen.
  - De kwestie van de forfait prijs en onzekerheid: daklozen en migranten zonder papieren passen niet in het systeem van de forfait prijs en worden via het OCMW gefactureerd - dit is een andere logica en als gevolg daarvan zijn sommige medische centra terughoudend om deze mensen te aanvaarden om binnen het systeem van de forfait prijs te blijven. Mensen moeten automatisch geregistreerd worden bij CAMII. Er zou automatisch gefactureerd worden. Als we een impact willen hebben, moeten we hiernaar handelen, want anders zijn we aan het prutsen. Hoe meer mensen in moeilijkheden zijn, hoe meer stappen ze moeten nemen.

Volgend Focus Group: 20.01, 12-14u – Herberg Sleepweel, dambordstraat 23, 1000 Brussel - lunch ter plaatse

We zullen u een samenvatting geven van de punten die tijdens de vorige 3 sessies zijn besproken, die we samen zullen bespreken, aanpassen en valideren.

## Compte-rendu Ouest – groupe B – FG3

Date : 14/12/2022      Lieu : Sleep Well Hotel, rue du Damier 23

Wenst u dit verslag in het Nederlands te krijgen, contacteer: [kboussart@cbcs.irisnet.be](mailto:kboussart@cbcs.irisnet.be)

8 Participants

Animateur : Marion Bottero, Crébis - Prise de notes : Evelyne Wetz, CBCS

### Agenda du jour

- Vignette organisation intégrée
- Tour de table problèmes évoqués par la vignette
- Pistes de solutions

### Retour sur le compte-rendu précédent et communication e-mail

- Pas de commentaires des participants

### Comment la question de l'organisation intégrée a été abordée

La question de l'organisation intégrée a été abordée d'abord sous l'angle de coordination des soins autour de l'utilisateur et de concertation entre acteurs. Les participants proposent de développer un profil de coordinateur social-santé présent systématiquement dans les structures. Plus qu'une fonction, c'est une mission de coordination qui devrait entrer dans les missions des différents services. Il est nécessaire de prendre en compte le projet de vie de la personne et de lui laisser une place dans ces concertations. (Exemple des Centres Social-Santé Intégré : coordination facilitée par la proximité géographique des services. Exemple de consultations externes notamment à Brusano.)

En termes de coordination entre services, le problème de la continuité des soins après un séjour à l'hôpital est ressorti. Avec pour propositions : augmenter les effectifs d'assistants sociaux dans les hôpitaux ; organiser une concertation sur la sortie et si pas de solution, possibilité pour l'hôpital de garder la personne. (Exemple de la suède : c'est le rôle des infirmières de penser la suite dès la prise en charge du patient à l'hôpital, et de faire le lien avec les AS.)

Plus largement, les participants proposent, pour contrer le problème d'accessibilité des services et de mobilité des personnes : administrations communales utilisées comme point d'accroche, avoir du CPAS et de la commune dans les CSSI, ouvrir des guichet et antennes en dehors des murs des structures politiques, CASG comme porte d'entrée pour réorienter les personnes. Il faudrait également penser autre chose qu'un système de forfait pour les personnes sans abri ou sans papiers. Et avoir une association à contacter, un numéro vert, si on voit une personne dans une situation complexe.

Tous s'accordent pour une systématisation et un échange des données, avec une place centrale du patient dans la gestion du dossier, mais avec des visions très différentes sur quoi et avec qui partager

ces données (RGPD). Logiques différentes entre hospitalier et ambulatoire : difficulté à trouver un terrain d'entente et donc de construire des collaborations.

Concernant la programmation par bassin, les participants proposent de mettre en place une Maison Médicale par quartier afin d'équilibrer l'offre et de faciliter la coordination. Pour l'organisation des services, il faut penser en termes de types de publics plutôt que de services (par exemple, possible d'avoir deux services de santé mentale très proches mais avec différents publics).

## Vignette

Les participants trouvent d'une manière générale que la vignette est réaliste. Elle met en évidence la difficulté du maintien à domicile pour les personnes âgées et la difficulté de garder un fil rouge entre les différents intervenants (continuité des soins) et le manque d'anticipation de la perte d'autonomie d'une personne (au sens large, perte de mémoire, mobilité...). C'est d'autant plus vrai suite à une hospitalisation. Le passage entre l'hôpital et le retour à la maison est rarement optimal. Débat sur les délais d'hospitalisation à ne pas dépasser dans les hôpitaux et la logique financière derrière. Pénalité par rapport aux lits. Si pas d'entourage qui puisse aider, la personne se retrouve seule.

Il y a tout de même des incohérences pointées. La personne se retrouve seule pour faire ses courses etc. et puis dès le moment où une concertation est mise en place par le médecin généraliste, une flopée d'intervenants entre en compte (ils sont d'ailleurs beaucoup trop nombreux pour que la concertation soit efficace).

## Freins et pistes de solutions

### Communs à tous les groupes

- *Rôle des aidants-proches*

### S'appuyer sur les réseaux informels, réseaux de voisinage et mettre les gens en lien

- Avoir une (un aidant-proche, une personne de confiance) ou plusieurs personnes (réseau de personnes âgées, bénévoles) de référence pour :
  - trouver un intermédiaire qui pourrait être sollicité pour mettre en place une coordination autour de la personne.
  - anticiper sur les besoins futurs et permettre la prévention.
  - rompre l'isolement et remettre de l'affectif et du relationnel.
  - tirer la sonnette d'alarme lorsqu'on ne voit plus une personne âgée dans les lieux social-santé qu'elle fréquente régulièrement.
- Légitimer l'informel, leur donner un cadre afin qu'ils puissent intervenir :
  - il faut les rémunérer et les soutenir (formation, transfert de compétences, soutien psychologique)
  - leur donner des éléments clés afin qu'ils sachent intervenir au bon moment.
- *Valoriser l'existant, s'appuyer sur l'existant*

- Centres de coordination, case managers, P3, les pratiques telles que le travail en binôme chez Dyonisos, les réseaux d'aides et de soins, les structures citoyennes qui existent, les RAQ, les maisons de quartiers, les CAP, les CASG et autres services de proximité.
  - Avoir des services du CPAS et de la commune dans les CSSI. Ouvrir des guichets, antennes en dehors des murs des structures publiques.
  - Les assistants sociaux font déjà un travail de coordination. Exemple à l'entraide des Marolles où ce genre de coordination existe
  - Maisons médicales ce sont de lieux où l'on peut avoir des contacts avec différents métiers social-santé et des réunions hebdomadaires.
- *Coordination/concertation entre services*

### Freins

- Débat autour de la place du médecin généraliste : pour certains, il peut coordonner les acteurs, pour d'autres, ce n'est pas son rôle (il n'est d'ailleurs pas payé pour ce temps-là).
- Les cliniques de concertation n'existent plus.
- À l'heure actuelle il n'y a pas de responsable pour mettre en place une coordination avant d'être dans l'urgence.
- Tout le monde relève qu'il y a énormément de services et qu'ils ne sont pas coordonnés. Un coordinateur/un référent qui commence à établir un état des lieux de ce qui existe et un maillage des acteurs est central pour coordonner les acteurs et assurer la continuité des soins.
- Crainte que si les CPAS ou les Maisons médicales doivent s'occuper de la coordination, ils n'y arriveront pas, car ils sont déjà dépassés maintenant.

### Piste de solutions

- Organisation et bonne communication entre réseaux et professionnels pour être sûr que les objectifs du soin soient vraiment atteints.
- Savoir qui fait quoi dans le réseau. Chaque service doit connaître ses limites et sa mission.
- Les services qui s'occupent des publics plus précarisés devraient se mettre ensemble.
- Profiter plus des pharmaciens qui peuvent livrer au domicile les médicaments, tirer la sonnette d'alarme dans des cas de violence par exemple et faire aussi de la prévention grâce au lien qu'ils établissent avec les personnes.
- Ne pas oublier qu'il existe de bons outils pour aussi faire la concertation à distance et perdre moins de temps.
- Réserver un lieu au niveau du bassin dédié à la concertation. Mieux si les professionnels ne doivent pas eux même organiser ça. Une personne pourrait venir et organiser (date, lieu, animation...). Besoin de ces compétences dans ETP qui vont être embauchés dans les bassins. Une personne inquiète appuie sur un bouton rouge, puis le bassin organise concertation (besoin compétences et outils).
- Autres concertations bassin (ou inter-bassins) qui ne se feraient pas autour du patient mais comme un groupe de travail.
- Créer des « centres de coordination locaux » pour réceptionner les situations inquiétantes. Dans ces centres il y a aurait des lignes directes, un numéro vert comme celui créé pendant la pandémie de la Covid19.

- Il faut développer un profil de fonction (avec l'obligation de comprendre le langage médical et les conséquences d'une pathologie) et parler de coordinateur social-santé (et pas uniquement centré sur les aspects purement médicaux).
- Plutôt que de parler de fonction, il faudrait utiliser le terme de mission de coordination. Cette mission de coordination devrait entrer dans les missions des différents services, elle doit être valorisée et que ce soit comptabilisé comme faisant partie du travail. Ex. : « Case load » modèles un peu différents pour que la coordination soit prise en charge dans le temps de travail.
- Utiliser l'accréditation pour inciter à la concertation (cf. un précédent FG).
- Avoir des coordinations au préalable dans les cas similaires à celui de Simone
- Avoir des psy dans les centres d'aide et de soins à domicile directement tout en veillant qu'ils puissent continuer à avoir une supervision lorsqu'ils travaillent dans une équipe multidisciplinaire.
- Formations et connaissance :
  - o Former les médecins sur le fonctionnement des autres travailleurs social-santé.
  - o Former les travailleurs afin qu'ils puissent avoir plus d'empathie et une vision plus holistique de la personne.
  - o Faire de réunions où les professionnels peuvent se rencontrer et se renseigner sur ce que font les autres services et créer un réseau.
  - o Avoir des séances d'informations pour les personnes sur les différents types d'aides, car le bouche à oreille fonctionne plutôt bien.
  - o Exemple de « Equity health lab » : projet de santé publique où les étudiants font des immersions dans un réseau afin de comprendre comment chaque projet fonctionne.
- *Continuité des soins après sortie d'hôpital*

### Freins

- Continuité des soins très mal organisée alors que, pour les personnes âgées, on sait que 99% des personnes âgées hospitalisées auront une perte d'autonomie.
- Les AS des hôpitaux sont prévenues souvent trop tard lors d'une sortie d'un patient. Difficile d'anticiper le moment où le docteur donnera le feu vert.
- Les patients appellent lorsqu'ils sont à l'hôpital et puis ils ne viennent pas, du coup qui est responsable ? Il faudrait s'assurer qu'il y ait un suivi après.
- Le PSSI ne concerne pas les hôpitaux -> du coup quid d'une possible mise en place des protocoles de sortie ou autres outils.
- Manque d'anticipation, il faut absolument prévenir les services à l'avance. Il faudrait depuis la rentrée à l'hôpital faire un dossier avec la situation du patient.
- L'hôpital pour des publics fortement précarisés ne propose aucun moyen de transport pour faire rentrer le patient chez lui, même lorsque sa mobilité est compromise.

### Pistes de solutions

- Mettre quelque chose en place afin d'inciter la responsabilité sociale-santé de l'hôpital.
- Augmenter les effectifs des AS en hôpitaux pour assurer la transition.
- Boîte jaune dans les frigos : données personnelles, personnes de contact, informations social et santé. Personnes âgées ont boîte à tartines et autocollant pour les urgentistes qui indique la présence de cette boîte. Données complétées par la personne et son généraliste.

- Avoir des chiffres sur le nombre de sorties d'hôpital à gérer par jour pour prouver le manque de moyens
- Exemple de la Suède : c'est le rôle des infirmières de penser à la suite au moment de questionner et prendre soin du patient. C'est à l'infirmière de constater le manque d'autonomie car c'est elle qui s'occupe du patient au quotidien. Ensuite, l'infirmière contacte le coordinateur ou l'assistant social de l'hôpital.
- Organiser une concertation sur la sortie et si pas de solution, l'hôpital doit garder la personne.
- *Intégrer les savoir-faire du patient*
  - Prendre en considération la parole des patients, les expériences des patients qui cumulent beaucoup de savoirs.
  - Le patient même doit être un des partenaires autour de la table lors d'une coordination.
  - Inclure le patient et son expertise dans la réflexion pour améliorer les services.
  - Intégrer le patient dans le groupe décisionnel du bassin en leur donnant un statut. Il serait le porte-parole d'une fédération des patients qui regrouperait toutes les associations de patients.

### Évoqués par certains groupes

- *Répertorier l'existant/faire remonter les lacunes et dysfonctionnements*

#### Freins/Lacunes

- La liberté de création de services et de leur utilisation rend le système peu lisible.
- Manque de rationalisation, pourquoi ne pas regrouper les informations sur le même site internet par exemple.
- Manque de visibilité des centres de coordination.

#### Pistes de solutions

- Cartographier ce qui existe déjà afin de ne pas le dupliquer.
- Des outils informatiques peuvent aider à savoir qui agit sur le terrain. Zipster a été mis en place par la région flamande pour les services de première ligne. Il y a aussi zorgzoeker et Sam (?). Il y a aussi Bruxelles social et la plateforme du réseau de santé mentale, toutefois l'outil informatique ne doit pas être redondant.
- Intérêt de répertorier les lacunes afin de les combler au niveau du bassin.
- *Partage des données*

#### Utiliser les réseaux existants :

- Ehealth (Hub, Abrumet à Bruxelles)
  - Étendre à d'autres infos (ex : cartographie sociale)
  - Avoir un dossier aussi pour le social, pas juste initié par le médical
  - N'avoir que des infos pertinentes (pas de notes personnelles)
  - Avoir le consentement de l'utilisateur pour le dossier et pour qui a accès à quoi
  - Permettre à l'utilisateur lui-même de remplir certaines infos

- Liberté de choix par le patient de ses prestataires et de leur visibilité ou non sur la plateforme
- Famidesk : carnet de liaison pour réseau autour d'une personne, purement social. Patient donne lui-même accès (ou non) aux infos et e-mail est généré vers cette personne. Le problème c'est la quantité de mails reçus. Il ne faut pas que les prestataires soient submergés d'infos.
- Même s'il y a un dossier partagé, il faut un gestionnaire qui fasse le tri des infos et qui gère le dossier partagé. Qui serait ce gestionnaire ?
- Forfait pour mettre en place et gérer un dossier partagé (mais question de suivi car maisons médicales sont saturées)
- A l'acte. Constitution et gestion du dossier médical global (DMG) est rémunéré 1/an (20 à 25€/an ou plus pour maladie chronique). Étendre ce principe. Il y a aussi un dossier global pour les pharmacies (1 pharma de référence) avec une rémunération pour le dossier.
- Il faut aussi des solutions payables par les usagers/patients. On peut mettre quelque chose en place mais le patient/usager doit encore pouvoir payer le service.
- Avoir des données sur les patients qui soient partagées mais il faut travailler la question de l'accès et les personnes qui vont y accéder (GDPR). Chacun va avoir des visions très différentes de ces questions. Dans la coordination des soins, le passage d'infos entre AS et médecins par exemple va faire débat.
- *Offre par bassin*
  - Organisation des services – penser en termes de types de publics plutôt que de services car il est possible d'avoir 2 services de santé mentale par exemple très proches mais avec un public différent.
  - Sur le développement des bassins, il faut des SSM accessibles aux plus précarisés. Le secteur bas seuil ne parvient pas à relayer des usagers vers des services de SM car saturés et pas d'accessibilité financière.
  - Avoir une maison médicale par quartier (et donc également dans les déserts de soin) – équilibrer l'offre sur les différents bassins.
  - Embaucher aussi dans les ETP des bassins des Community Health Workers (CHW) : facilitateurs en santé dans les quartiers, qui font de l'outreach, travailleurs sociaux de rue.
  - Harmonisation de CPAS, dans le PSSI cela est prévu mais cela demande la bonne volonté des communes.
- *Le cas des Centres Social-Santé Intégrés*
  - Coordination facilitée par la proximité géographique. Cela permet d'orienter la personne directement vers un service. En revanche, cela ne résout pas le problème d'accessibilité/assurabilité pour certains publics.
  - CSSI pourrait être un lieu d'accueil bas seuil (un accueil qualitatif de la personne) en s'inspirant, par exemple, de ce qui est fait chez Transit.
  - Profiter des évaluations d'autres projets (antennes 107, CLSS, projets seniors)
  - Concevoir cela comme une expérimentation qui prend le temps
  - Il faut d'abord que le pouvoir public fasse une analyse des services présents et absents sur le territoire et des problématiques et besoins en matière des domaines de vie / déterminants sociaux-santé. Les CSSI ne doivent pas être une idéologie détachée de la réalité. Les mutuelles ont aussi un rôle dans cette analyse.

Dépassent du cadre :

- *Problèmes liés à la mobilité*
  - Problème de mobilité pour les professionnels à Bruxelles.
  - Problème de compétences territoriales (ex : aménagement des trottoirs)
  - Mobilité des personnes âgées
    - Organiser le transport et faire passer l'information parce que cela isole les gens
    - Coordination entre les soins à domicile et les soins que la personne doit faire en parallèle à l'extérieur et où elle se retrouve seule
- *Financements et manques de moyens*
  - Manque de moyens structurels et saturation des services.
  - Manque de moyens engendre une réduction de la disponibilité, un absentéisme croissant.
  - Manque de temps implique manque de prévention mais aussi manque d'affectif. On ne prend pas le temps pour la personne elle-même.
  - Pérenniser les financements. Ex : les RAQ sont un lien de proximité mais ils dépendent de subsides de courte durée et n'ont donc pas de vue à long terme.
  - COCOM fonctionne trop par projets, les services sont mis en concurrence et ils doivent consacrer du temps de travail pour répondre à l'appel à projet.
  - Combiner manque de temps et personnes au chômage qui pourraient accompagner les personnes ?
- *Autres remarques*
  - Médecins qui peuvent être conventionnés mi-temps, du coup ils font payer plus cher et la personne le découvre lorsqu'elle doit payer.
  - Question du forfait et de la précarité : les gens sans abris, sans papiers ne rentrent pas dans le système du forfait et passent par un système de facturation à l'acte via le CPAS – c'est une autre logique et du coup, certaines maisons médicales sont réfractaires à ces publics pour rester dans la logique forfait. Il faudrait que les gens aient une inscription automatique à la CAMII. Il y aurait une facturation automatique. Si on veut un impact, il faut agir sur cela parce que sinon on bricole. Plus les gens sont en difficulté, plus il y a de démarches à faire.

**Prochain Focus Group : 20.01.2023, 12-14h, Auberge Sleepwell, rue du damier 23, 1000 Bruxelles, lunch fourni**

Nous vous présenterons un résumé des points abordés lors des 3 séances précédentes, que nous discuterons, modifierons et validerons ensemble.

## Compte-rendu Sud – FG3 – ORGANISATION INTEGRÉE

Date : 13/12/2022      Lieu : Silversquare, avenue Louise

Wenst u dit verslag in het Nederlands te krijgen, contacteer: [kboussart@cbcs.irisnet.be](mailto:kboussart@cbcs.irisnet.be)

### 11 Participants :

Animatrice : Marion Bottero, Crebis - Prise de notes : Karine Boussart, CBCS

### Agenda du jour

- Thème organisation intégrée
- Lecture vignette, Simone
- Tour de table 1 : Compléter la vignette
- Tour de table 2 : Problèmes que soulève la vignette et pistes de solution

### Retour sur le compte-rendu

Le compte-rendu ne reprend pas suffisamment les points suivants évoqués à notre focus-group

- Manque de moyens structurels
- La coordination ne doit pas rajouter une couche à la lasagne existante

### Comment la question de l'organisation social-santé intégrée a été abordée

Il a principalement été question de la coordination des équipes de soins pour entourer la personne. Il est difficile d'entrer en contact avec les médecins généralistes et encore plus avec les médecins en hôpital, surtout pour les professionnels hors santé. Les services de coordination qui existent sur Bruxelles (5 services) se heurtent également à cette difficulté et quand le contact est établi, il faut encore arriver à trouver un moment dans les agendas pour la coordination. Parfois cela se fait par téléphone 1-à-1 plutôt qu'en réunion de coordination. Les services de revalidation pour les sorties d'hôpital n'acceptent quasi plus personne, seulement des cas post-op lourds. Et puis la revalidation occasionne des frais pour le patient, qu'il ne peut pas toujours prendre en charge.

Par rapport à l'existant : il faut noter que les services sont débordés, les hôpitaux aussi sont sous-financés. Il faut utiliser l'existant et le renforcer.

La question de la communication d'informations s'est également posée. Comment savoir quels soins la personne reçoit, quel est son réseau. Ce sont des infos importantes pour les urgences mais aussi pour les entrées/sorties d'hôpital. La boîte jaune (boîte à tartine rangée au frigo) a été lancée à Auderghem, Boitsfort, Woluwé, Schaerbeek. Les infos contenues dans cette boîte sont complétées par la personne ou son médecin et contiennent les infos sociales et santé importantes.

La communication d'information peut également se faire par un dossier. Comment s'appuyer sur par exemple e-health (hub, Abrumet à Bruxelles) pour y inclure des infos sociales aussi, pour veiller à ce que seulement les infos pertinentes s'y trouvent et s'assurer de l'accord du patient pour la constitution de ce dossier partagé et des professionnels avec qui l'info est partagée. Les services

santé partagent peu ou pas d'informations pour respecter les règles RGPD. Famidesk est aussi mentionné. Et se pose alors la question de qui « centralise » le dossier. Il faut une personne, un référent qui gère le dossier. Un lieu à forfait (comme ça c'est inclus dans le forfait, mais ce n'est pas parce que c'est dans le forfait que c'est exécuté, services saturés), les centres de coordination existants (mais quid si patient préfère autre chose), une personne de confiance du patient qui elle serait en lien avec les centres de coordination ?

La question du financement se pose. Il faut prendre le temps. On est efficace quand on prend le temps, c'est un investissement qui permet notamment de prévenir des situations complexes. Mais comment avoir ce temps rémunéré : au forfait ? comme un acte ? le temps de coordination pour le dossier médical global et dossier pharma global est rémunéré. Étendre cette pratique ?

### Vignette

La vignette est assez représentative. Elle met en évidence le manque de prévention. Personne ne propose d'accompagnement physique et la coordination vient trop tard. La coordination peut aussi être oppressante pour le patient s'il y a trop de monde. Ce n'est pas nécessaire de rassembler tout le monde, il faut un référent. Le référent fait fil, suit le patient/usager, a et prend le temps et l'accompagne d'un monde (hôpital) à l'autre (retour chez soi).

Le travailleur social est absent et la famille aussi, même s'ils sont loin il est possible de les impliquer. La famille joue souvent un rôle d'accompagnant et est un maillon d'inégalité. La question d'un logement approprié n'est pas posée. La vignette ne parle que du fonctionnel. Le relationnel, l'importance de l'entourage et de l'affectif n'y sont pas évoqués. Les besoins et souhaits de Simone elle-même non plus d'ailleurs et pourtant c'est de là qu'il faut partir. La vignette illustre aussi la transition difficile et sans coordination entre hôpital et retour chez soi. Et pourtant, Simone a de la chance d'être entourée comme cela. Mettre en place une coordination prend du temps, certains services ne sont mis en place que 3 semaines après la sortie.

### Freins et pistes de solutions relevés

#### Communs à tous les groupes

- *Rôle des aidants-proches*

#### S'appuyer sur les réseaux informels, réseaux de voisinage et mettre les gens en lien

- Avoir une (un aidant-proche, une personne de confiance) ou plusieurs personnes (réseau de personnes âgées, bénévoles) de référence pour :
  - trouver un intermédiaire qui pourrait être sollicité pour mettre en place une coordination autour de la personne.
  - anticiper sur les besoins futurs et permettre la prévention.
  - rompre l'isolement et remettre de l'affectif et du relationnel.
  - tirer la sonnette d'alarme lorsqu'on ne voit plus une personne âgée dans les lieux social-santé qu'elle fréquente régulièrement.
- Légitimer l'informel, leur donner un cadre afin qu'ils puissent intervenir :
  - il faut les rémunérer et les soutenir (formation, transfert de compétences, soutien psychologique)
  - leur donner des éléments clés afin qu'ils sachent intervenir au bon moment.

- *Valoriser l'existant, s'appuyer sur l'existant*
  - Centres de coordination, case managers, P3, les pratiques telles que le travail en binôme chez Dyonisos, les réseaux d'aides et de soins, les structures citoyennes qui existent, les RAQ, les maisons de quartiers, les CAP, les CASG et autres services de proximité.
  - Avoir des services du CPAS et de la commune dans les CSSI. Ouvrir des guichets, antennes en dehors des murs des structures publiques.
  - Les assistants sociaux font déjà un travail de coordination. Exemple à l'entraide des Marolles où ce genre de coordination existe
  - Maisons médicales : ce sont de lieux où l'on peut avoir des contacts avec différents métiers social-santé et des réunions hebdomadaires.
- *Coordination/concertation entre services*

### Freins

- Débat autour de la place du médecin généraliste : pour certains, il peut coordonner les acteurs, pour d'autres, ce n'est pas son rôle (il n'est d'ailleurs pas payé pour ce temps-là).
- Les cliniques de concertation n'existent plus.
- À l'heure actuelle il n'y a pas de responsable pour mettre en place une coordination avant d'être dans l'urgence.
- Tout le monde relève qu'il y a énormément de services et qu'ils ne sont pas coordonnés. Un coordinateur/un référent qui commence à établir un état des lieux de ce qui existe et un maillage des acteurs est central pour coordonner les acteurs et assurer la continuité des soins.
- Crainte que si les CPAS ou les Maisons médicales doivent s'occuper de la coordination, ils n'y arriveront pas, car ils sont déjà dépassés maintenant.

### Piste de solutions

- Organisation et bonne communication entre réseaux et professionnels pour être sûr que les objectifs du soin soient vraiment atteints.
- Savoir qui fait quoi dans le réseau. Chaque service doit connaître ses limites et sa mission.
- Les services qui s'occupent des publics plus précarisés devraient se mettre ensemble.
- Profiter plus des pharmaciens qui peuvent livrer au domicile les médicaments, tirer la sonnette d'alarme dans des cas de violence par exemple et faire aussi de la prévention grâce au lien qu'ils établissent avec les personnes.
- Ne pas oublier qu'il existe de bons outils pour aussi faire la concertation à distance et perdre moins de temps.
- Réserver un lieu au niveau du bassin dédié à la concertation. Mieux si les professionnels ne doivent pas eux même organiser ça. Une personne pourrait venir et organiser (date, lieu, animation...). Besoin de ces compétences dans ETP qui vont être embauchés dans les bassins. Une personne inquiète appuie sur un bouton rouge, puis le bassin organise concertation (besoin compétences et outils).
- Autres concertations bassin (ou inter-bassins) qui ne se feraient pas autour du patient mais comme un groupe de travail.
- Créer des « centres de coordination locaux » pour réceptionner les situations inquiétantes. Dans ces centres il y a aurait des lignes directes, un numéro vert comme celui créé pendant la pandémie de la Covid19.

- Il faut développer un profil de fonction (avec l'obligation de comprendre le langage médical et les conséquences d'une pathologie) et parler de coordinateur social-santé (et pas uniquement centré sur les aspects purement médicaux).
- Plutôt que de parler de fonction, il faudrait utiliser le terme de mission de coordination. Cette mission de coordination devrait entrer dans les missions des différents services, elle doit être valorisée et que ce soit comptabilisé comme faisant partie du travail. Ex. : « Case load » modèles un peu différents pour que la coordination soit prise en charge dans le temps de travail.
- Utiliser l'accréditation pour inciter à la concertation (cf. un précédent FG).
- Avoir des coordinations au préalable dans les cas similaires à celui de Simone
- Avoir des psy dans les centres d'aide et de soins à domicile directement tout en veillant qu'ils puissent continuer à avoir une supervision lorsqu'ils travaillent dans une équipe multidisciplinaire.
- Formations et connaissance :
  - o Former les médecins sur le fonctionnement des autres travailleurs social-santé.
  - o Former les travailleurs afin qu'ils puissent avoir plus d'empathie et une vision plus holistique de la personne.
  - o Faire de réunions où les professionnels peuvent se rencontrer et se renseigner sur ce que font les autres services et créer un réseau.
  - o Avoir des séances d'informations pour les personnes sur les différents types d'aides, car le bouche à oreille fonctionne plutôt bien.
  - o Exemple de « Equity health lab » : projet de santé publique où les étudiants font des immersions dans un réseau afin de comprendre comment chaque projet fonctionne.
- *Continuité des soins après sortie d'hôpital*

### Freins

- Continuité des soins très mal organisée alors que, pour les personnes âgées, on sait que 99% des personnes âgées hospitalisées auront une perte d'autonomie.
- Les AS des hôpitaux sont prévenues souvent trop tard lors d'une sortie d'un patient. Difficile d'anticiper le moment où le docteur donnera le feu vert.
- Les patients appellent lorsqu'ils sont à l'hôpital et puis ils ne viennent pas, du coup qui est responsable ? Il faudrait s'assurer qu'il y ait un suivi après.
- Le PSSI ne concerne pas les hôpitaux -> du coup quid d'une possible mise en place des protocoles de sortie ou autres outils.
- Manque d'anticipation, il faut absolument prévenir les services à l'avance. Il faudrait depuis la rentrée à l'hôpital faire un dossier avec la situation du patient.
- L'hôpital pour des publics fortement précarisés ne propose aucun moyen de transport pour faire rentrer le patient chez lui, même lorsque sa mobilité est compromise.

### Pistes de solutions

- Mettre quelque chose en place afin d'inciter la responsabilité sociale-santé de l'hôpital.
- Augmenter les effectifs des AS en hôpitaux pour assurer la transition.
- Boîte jaune dans les frigos : données personnelles, personnes de contact, informations social et santé. Personnes âgées ont boîte à tartines et autocollant pour les urgentistes qui indique la présence de cette boîte. Données complétées par la personne et son généraliste.

- Avoir des chiffres sur le nombre de sorties d'hôpital à gérer par jour pour prouver le manque de moyens
- Exemple de la Suède : c'est le rôle des infirmières de penser à la suite au moment de questionner et prendre soin du patient. C'est à l'infirmière de constater le manque d'autonomie car c'est elle qui s'occupe du patient au quotidien. Ensuite, l'infirmière contacte le coordinateur ou l'assistant social de l'hôpital.
- Organiser une concertation sur la sortie et si pas de solution, l'hôpital doit garder la personne.
- *Intégrer les savoir-faire du patient*
  - Prendre en considération la parole des patients, les expériences des patients qui cumulent beaucoup de savoirs.
  - Le patient même doit être un des partenaires autour de la table lors d'une coordination.
  - Inclure le patient et son expertise dans la réflexion pour améliorer les services.
  - Intégrer le patient dans le groupe décisionnel du bassin en leur donnant un statut. Il serait le porte-parole d'une fédération des patients qui regrouperait toutes les associations de patients.

### Évoqués par certains groupes

- *Répertorier l'existant/faire remonter les lacunes et dysfonctionnements*

#### Freins/Lacunes

- La liberté de création de services et de leur utilisation rend le système peu lisible.
- Manque de rationalisation, pourquoi ne pas regrouper les informations sur le même site internet par exemple.
- Manque de visibilité des centres de coordination.

#### Pistes de solutions

- Cartographier ce qui existe déjà afin de ne pas le dupliquer.
- Des outils informatiques peuvent aider à savoir qui agit sur le terrain. Zipster a été mis en place par la région flamande pour les services de première ligne. Il y a aussi zorgzoeker et Sam (?). Il y a aussi Bruxelles social et la plateforme du réseau de santé mentale, toutefois l'outil informatique ne doit pas être redondant.
- Intérêt de répertorier les lacunes afin de les combler au niveau du bassin.
- *Partage des données*

#### Utiliser les réseaux existants :

- Ehealth (Hub, Abrumet à Bruxelles)
  - Étendre à d'autres infos (ex : cartographie sociale)
  - Avoir un dossier aussi pour le social, pas juste initié par le médical
  - N'avoir que des infos pertinentes (pas de notes personnelles)
  - Avoir le consentement de l'utilisateur pour le dossier et pour qui a accès à quoi
  - Permettre à l'utilisateur lui-même de remplir certaines infos

- Liberté de choix par le patient de ses prestataires et de leur visibilité ou non sur la plateforme
- Famidesk : carnet de liaison pour réseau autour d'une personne, purement social. Patient donne lui-même accès (ou non) aux infos et e-mail est généré vers cette personne. Le problème c'est la quantité de mails reçus. Il ne faut pas que les prestataires soient submergés d'infos.
- Même s'il y a un dossier partagé, il faut un gestionnaire qui fasse le tri des infos et qui gère le dossier partagé. Qui serait ce gestionnaire ?
- Forfait pour mettre en place et gérer un dossier partagé (mais question de suivi car maisons médicales sont saturées)
- A l'acte. Constitution et gestion du dossier médical global (DMG) est rémunéré 1/an (20 à 25€/an ou plus pour maladie chronique). Étendre ce principe. Il y a aussi un dossier global pour les pharmacies (1 pharma de référence) avec une rémunération pour le dossier.
- Il faut aussi des solutions payables par les usagers/patients. On peut mettre quelque chose en place mais le patient/usager doit encore pouvoir payer le service.
- Avoir des données sur les patients qui soient partagées mais il faut travailler la question de l'accès et les personnes qui vont y accéder (GDPR). Chacun va avoir des visions très différentes de ces questions. Dans la coordination des soins, le passage d'infos entre AS et médecins par exemple va faire débat.
- *Offre par bassin*
  - Organisation des services – penser en termes de types de publics plutôt que de services car il est possible d'avoir 2 services de santé mentale par exemple très proches mais avec un public différent.
  - Sur le développement des bassins, il faut des SSM accessibles aux plus précarisés. Le secteur bas seuil ne parvient pas à relayer des usagers vers des services de SM car saturés et pas d'accessibilité financière.
  - Avoir une maison médicale par quartier (et donc également dans les déserts de soin) – équilibrer l'offre sur les différents bassins.
  - Embaucher aussi dans les ETP des bassins des Community Health Workers (CHW) : facilitateurs en santé dans les quartiers, qui font de l'outreach, travailleurs sociaux de rue.
  - Harmonisation de CPAS, dans le PSSI cela est prévu mais cela demande la bonne volonté des communes.
- *Le cas des Centres Social-Santé Intégrés*
  - Coordination facilitée par la proximité géographique. Cela permet d'orienter la personne directement vers un service. En revanche, cela ne résout pas le problème d'accessibilité/assurabilité pour certains publics.
  - CSSI pourrait être un lieu d'accueil bas seuil (un accueil qualitatif de la personne) en s'inspirant, par exemple, de ce qui est fait chez Transit.
  - Profiter des évaluations d'autres projets (antennes 107, CLSS, projets seniors)
  - Concevoir cela comme une expérimentation qui prend le temps
  - Il faut d'abord que le pouvoir public fasse une analyse des services présents et absents sur le territoire et des problématiques et besoins en matière des domaines de vie / déterminants sociaux-santé. Les CSSI ne doivent pas être une idéologie détachée de la réalité. Les mutuelles ont aussi un rôle dans cette analyse.

Dépassent du cadre :

- *Problèmes liés à la mobilité*
  - Problème de mobilité pour les professionnels à Bruxelles.
  - Problème de compétences territoriales (ex : aménagement des trottoirs)
  - Mobilité des personnes âgées
    - Organiser le transport et faire passer l'information parce que cela isole les gens
    - Coordination entre les soins à domicile et les soins que la personne doit faire en parallèle à l'extérieur et où elle se retrouve seule
- *Financements et manques de moyens*
  - Manque de moyens structurels et saturation des services.
  - Manque de moyens engendre une réduction de la disponibilité, un absentéisme croissant.
  - Manque de temps implique manque de prévention mais aussi manque d'affectif. On ne prend pas le temps pour la personne elle-même.
  - Pérenniser les financements. Ex : les RAQ sont un lien de proximité mais ils dépendent de subsides de courte durée et n'ont donc pas de vue à long terme.
  - COCOM fonctionne trop par projets, les services sont mis en concurrence et ils doivent consacrer du temps de travail pour répondre à l'appel à projet.
  - Combiner manque de temps et personnes au chômage qui pourraient accompagner les personnes ?
- *Autres remarques*
  - Médecins qui peuvent être conventionnés mi-temps, du coup ils font payer plus cher et la personne le découvre lorsqu'elle doit payer.
  - Question du forfait et de la précarité : les gens sans abris, sans papiers ne rentrent pas dans le système du forfait et passent par un système de facturation à l'acte via le CPAS – c'est une autre logique et du coup, certaines maisons médicales sont réfractaires à ces publics pour rester dans la logique forfait. Il faudrait que les gens aient une inscription automatique à la CAMII. Il y aurait une facturation automatique. Si on veut un impact, il faut agir sur cela parce que sinon on bricole. Plus les gens sont en difficulté, plus il y a de démarches à faire.

Prochain Focus Group : 17.01, 12-14h, Silversquare, avenue Louise 523, 1050 Bxl,  
lunch fourni

Il s'agira d'une restitution de ce qui a été dit dans les FG précédents en vue de la préparation du rapport.

## Compte-rendu Sud-Est – FG3 – Organisation intégrée

Date : 08/12/2022      Lieu : CCCO, Avenue du Chant d'Oiseau

Wenst u dit verslag in het Nederlands te krijgen, contacteer: [kboussart@cbcs.irisnet.be](mailto:kboussart@cbcs.irisnet.be)

### 8 Participants

Animatrice : Marion Bottero, Crébis - Prise de notes : Valentina Marziali, Crébis

### Agenda du jour

- Lecture vignette Continuité, Martin
- Tour de table 1 : amélioration vignette
- Tour de table 2 : problèmes que soulève la vignette et pistes de solution

### Retour sur le compte-rendu précédent

Regret que ce qui est dit pendant le FG n'est pas repris complètement dans le compte-rendu. Préférence à avoir en plus un compte-rendu de ce qui est dit seulement dans le FG Sud-Est en détail plutôt que connaître seulement ce qui est commun aux six FG. Aussi beaucoup trop d'informations, du coup c'est difficile d'avoir le temps de lire en entier.

### Comment la question de l'organisation social-santé intégrée a été abordée

Il a été d'abord question de comprendre qui va tirer la sonnette d'alarme pour des cas comme celui de Simone, avant que la personne ne soit au stade ultime et il faudra (dans le meilleur de cas) mettre en place une coordination des soins dans l'urgence. Cette idée de devoir réaliser un suivi défaillant et dans l'urgence se retrouve aussi dans certaines sorties d'hôpital (comme, par exemple, sortie du vendredi soir). Dans une organisation social-santé intégrée des aides et des soins, la sortie d'hôpital devrait être préparée en amont. D'habitude le médecin décide la sortie du patient à la dernière minute sans que la personne n'ait même pas pu voir l'AS de l'hôpital. Toutefois, certains éléments peuvent être enregistrés et préparés à l'avance, comme savoir que la personne habite au troisième étage sans ascenseur ou bien qu'elle aura besoin d'un kiné, etc., etc. Bref, l'anamnèse social-santé devrait être préparée depuis l'entrée en hôpital. La situation est encore plus compliquée avec les patients qui sortent de psychiatrie, où c'est très difficiles pour les travailleurs qui devront suivre la personne en dehors de l'hôpital avoir accès à la moindre information à cause du secret médical.

Ensuite, il y a eu une discussion sur le terme « intégration » même, car pour certains participants ce terme n'a pas du sens. C'est un mot qui viens des politiques, il faudrait plutôt parler de travail en réseau. Les soins intégrée, mais par qui et comment ? Pas clair comme terme, car l' « intégration » fait plus référence à la culture plutôt qu'aux soins. Aussi certains ne parvient pas à saisir la différence entre continuité et intégration. Enfin, les aides et les soins intégrées devraient faire référence à un suivis multidisciplinaire, une prise en charge de manière cohérent avec la personne au tour de la table aussi. La personne ne doit pas être au centre, mais avec les autres professionnels avec son projet de vie, ses choix. La discussion se clôture en précisant que le suivi multidisciplinaire facilite la continuité de soins, mais elle ne la garantie pas.

Puis, la question des formations des travailleurs social-santé s'est également posée. En générale pour améliorer l'intégration il faudrait agir au niveau des formations car il y a des grosses lacunes sur des choses de base comme la langue, la communication mais aussi il y a un problème de perception et d'empathie vis-à-vis du patient. Ce sont des métiers essentiels, il faut des personnes compétentes et il faut être exigeant à partir des formations. En même temps, il faudrait valoriser ces métiers et les payer plus. Les formations devraient aussi concerner les médecins car ils ont clairement une méconnaissance des autres métiers social-santé. Certaines prescription ne tiennent pas compte de la réalité, comme par exemple demander à une infirmière de passer trois fois par jour chez la personne pour mettre des gouttes oculaire. Il ressort aussi juste concernant les médecins qu'ils devraient respecter les tarifs INAMI tout le temps lorsqu'ils sont conventionnés. Il faudrait du coup les payer plus et les soulager d'un point de vue administratif, car c'est très compliqué de les avoir au tour de la table d'une coordination étant donnée leur charge de travail.

Enfin, il y a une discussion sur la place du patient et comment il peut aider à l'amélioration des services. Pour profiter des connaissances et des savoir-faire des patients et des personnes invalides il faudrait les intégrer dans le groupe décisionnel du bassin. Il serait le porte-parole des associations des patients et des fédérations des patients, mais pour réaliser cela il est nécessaire de lui reconnaître un statut et le payer pour le travail fourni.

D'autres sujets qui ont été touché en surface :

- renforcer le secteur de la santé mentale qu'il soit mobile ou pas, intégrer des psy dans les différents services tout en veillant qu'ils puissent toujours profiter d'une supervision.
- la question de la mobilité, car il devient impossible pour les travailleurs social-santé de se garer lorsqu'ils doivent se rendre chez le patient pour des soins.
- une discussion sur les six équivalent temps-pleins prévus dans le cadre du PSSI.
- des problèmes d'accès aux services : difficulté de faire prendre en charge des patients en crise, les mutuelles qui ne vont plus chez la personne depuis le Covid.
- le manque de communication entre services, la difficulté de savoir ce dont a besoin la personne.
- où s'arrêtent les frontières des bassins.

Quid de savoir comment inclure les hôpitaux dans des changements vu qu'ils dépendent du fédérale.

## Vignette

La vignette n'est pas perçue comme réaliste, tout le monde trouve peu probable que la situation de Simone soit réglée tout à coup, avant il y a personne qui s'occupe d'elle alors qu'après il y a 20 professionnels autour de la table. Aussi difficile de réagir lorsqu'ils manquent des détails importants pour comprendre la situation globale de la protagoniste de la vignette. Rien n'est dit à propos de la volonté de Simone. Le gériatre qui se déplace c'est du jamais vu. La sortie d'hôpital sans suivi est, par contre, réaliste par la majorité de participants.

## Freins et pistes de solutions relevés

### Communs à tous les groupes

- *Rôle des aidants-proches*

### S'appuyer sur les réseaux informels, réseaux de voisinage et mettre les gens en lien

- Avoir une (un aidant-proche, une personne de confiance) ou plusieurs personnes (réseau de personnes âgées, bénévoles ) de référence pour :
  - o trouver un intermédiaire qui pourrait être sollicité pour mettre en place une coordination autour de la personne.
  - o anticiper sur les besoins futurs et permettre la prévention.
  - o rompre l'isolement et remettre de l'affectif et du relationnel.
  - o tirer la sonnette d'alarme lorsqu'on ne voit plus une personne âgée dans les lieux social-santé qu'elle fréquente régulièrement.
- Légitimer l'informel, leur donner un cadre afin qu'ils puissent intervenir :
  - o il faut les rémunérer et les soutenir (formation, transfert de compétences, soutien psychologique)
  - o leur donner des éléments clés afin qu'ils sachent intervenir au bon moment.
- *Valoriser l'existant, s'appuyer sur l'existant*
  - Centres de coordination, case managers, P3, les pratiques telles que le travail en binôme chez Dyonisos, les réseaux d'aides et de soins, les structures citoyennes qui existent, les RAQ, les maisons de quartiers, les CAP, les CASG et autres services de proximité.
  - Avoir des services du CPAS et de la commune dans les CSSI. Ouvrir des guichets, antennes en dehors des murs des structures publiques.
  - Les assistants sociaux font déjà un travail de coordination. Exemple à l'entraide des Marolles où ce genre de coordination existe
  - Maisons médicales ce sont de lieux où l'on peut avoir des contacts avec différents métiers social-santé et des réunions hebdomadaires.
- *Coordination/concertation entre services*

### Freins

- Débat autour de la place du médecin généraliste : pour certains, il peut coordonner les acteurs, pour d'autres, ce n'est pas son rôle (il n'est d'ailleurs pas payé pour ce temps-là).
- Les cliniques de concertation n'existent plus.

- À l'heure actuelle il n'y a pas de responsable pour mettre en place une coordination avant d'être dans l'urgence.
- Tout le monde relève qu'il y a énormément de services et qu'ils ne sont pas coordonnés. Un coordinateur/un référent qui commence à établir un état des lieux de ce qui existe et un maillage des acteurs est central pour coordonner les acteurs et assurer la continuité des soins.
- Crainte que si les CPAS ou les Maisons médicales doivent s'occuper de la coordination, ils n'y arriveront pas, car ils sont déjà dépassés maintenant.

#### Piste de solutions

- Organisation et bonne communication entre réseaux et professionnels pour être sûr que les objectifs du soin soient vraiment atteints.
- Savoir qui fait quoi dans le réseau. Chaque service doit connaître ses limites et sa mission.
- Les services qui s'occupent des publics plus précarisés devraient se mettre ensemble.
- Profiter plus des pharmaciens qui peuvent livrer au domicile les médicaments, tirer la sonnette d'alarme dans des cas de violence par exemple et faire aussi de la prévention grâce au lien qu'ils établissent avec les personnes.
- Ne pas oublier qu'il existe de bons outils pour aussi faire la concertation à distance et perdre moins de temps.
- Réserver un lieu au niveau du bassin dédié à la concertation. Mieux si les professionnels ne doivent pas eux même organiser ça. Une personne pourrait venir et organiser (date, lieu, animation...). Besoin de ces compétences dans ETP qui vont être embauchés dans les bassins. Une personne inquiète appuie sur un bouton rouge, puis le bassin organise concertation (besoin compétences et outils).
- Autres concertations bassin (ou inter-bassins) qui ne se feraient pas autour du patient mais comme un groupe de travail.
- Créer des « centres de coordination locaux » pour réceptionner les situations inquiétantes. Dans ces centres il y a aurait des lignes directes, un numéro vert comme celui créé pendant la pandémie de la Covid19.
- Il faut développer un profil de fonction (avec l'obligation de comprendre le langage médical et les conséquences d'une pathologie) et parler de coordinateur social-santé (et pas uniquement centré sur les aspects purement médicaux).
- Plutôt que de parler de fonction, il faudrait utiliser le terme de mission de coordination. Cette mission de coordination devrait entrer dans les missions des différents services, elle doit être valorisée et que ce soit comptabilisé comme faisant partie du travail. Ex. : « Case load » modèles un peu différents pour que la coordination soit prise en charge dans le temps de travail.
- Utiliser l'accréditation pour inciter à la concertation (cf. un précédent FG).
- Avoir des coordinations au préalable dans les cas similaires à celui de Simone
- Avoir des psy dans les centres d'aide et de soins à domicile directement tout en veillant qu'ils puissent continuer à avoir une supervision lorsqu'ils travaillent dans une équipe multidisciplinaire.
- Formations et connaissance :
  - o Former les médecins sur le fonctionnement des autres travailleurs social-santé.
  - o Former les travailleurs afin qu'ils puissent avoir plus d'empathie et une vision plus holistique de la personne.

- Faire de réunions où les professionnels peuvent se rencontrer et se renseigner sur ce que font les autres services et créer un réseau.
- Avoir des séances d'informations pour les personnes sur les différents types d'aides, car le bouche à oreille fonctionne plutôt bien.
- Exemple de « Equity health lab » : projet de santé publique où les étudiants font des immersions dans un réseau afin de comprendre comment chaque projet fonctionne.
- *Continuité des soins après sortie d'hôpital*

### Freins

- Continuité des soins très mal organisée alors que, pour les personnes âgées, on sait que 99% des personnes âgées hospitalisées auront une perte d'autonomie.
- Les AS des hôpitaux sont prévenues souvent trop tard lors d'une sortie d'un patient. Difficile d'anticiper le moment où le docteur donnera le feu vert.
- Les patients appellent lorsqu'ils sont à l'hôpital et puis ils ne viennent pas, du coup qui est responsable ? Il faudrait s'assurer qu'il y ait un suivi après.
- Le PSSI ne concerne pas les hôpitaux -> du coup quid d'une possible mise en place des protocoles de sortie ou autres outils.
- Manque d'anticipation, il faut absolument prévenir les services à l'avance. Il faudrait depuis la rentrée à l'hôpital faire un dossier avec la situation du patient.
- L'hôpital pour des publics fortement précarisés ne propose aucun moyen de transport pour faire rentrer le patient chez lui, même lorsque sa mobilité est compromise.

### Pistes de solutions

- Mettre quelque chose en place afin d'inciter la responsabilité sociale-santé de l'hôpital.
- Augmenter les effectifs des AS en hôpitaux pour assurer la transition.
- Boîte jaune dans les frigos : données personnelles, personnes de contact, informations sociales et santé. Personnes âgées ont boîte à tartines et autocollant pour les urgentistes qui indique la présence de cette boîte. Données complétées par la personne et son généraliste.
- Avoir des chiffres sur le nombre de sorties d'hôpital à gérer par jour pour prouver le manque de moyens
- Exemple de la Suède : c'est le rôle des infirmières de penser à la suite au moment de questionner et prendre soin du patient. C'est à l'infirmière de constater le manque d'autonomie car c'est elle qui s'occupe du patient au quotidien. Ensuite, l'infirmière contacte le coordinateur ou l'assistant social de l'hôpital.
- Organiser une concertation sur la sortie et si pas de solution, l'hôpital doit garder la personne.
- *Intégrer les savoir-faire du patient*
  - Prendre en considération la parole des patients, les expériences des patients qui cumulent beaucoup de savoirs.
  - Le patient même doit être un des partenaires autour de la table lors d'une coordination.
  - Inclure le patient et son expertise dans la réflexion pour améliorer les services.
  - Intégrer le patient dans le groupe décisionnel du bassin en leur donnant un statut. Il serait le porte-parole d'une fédération des patients qui regrouperait toutes les associations de patients.

## Évoqués par certains groupes

- *Répertoire l'existant/faire remonter les lacunes et dysfonctionnements*

### Freins/Lacunes

- La liberté de création de services et de leur utilisation rend le système peu lisible.
- Manque de rationalisation, pourquoi ne pas regrouper les informations sur le même site internet par exemple.
- Manque de visibilité des centres de coordination.

### Pistes de solutions

- Cartographier ce qui existe déjà afin de ne pas le dupliquer.
- Des outils informatiques peuvent aider à savoir qui agit sur le terrain. Zipster a été mis en place par la région flamande pour les services de première ligne. Il y a aussi zorgzoeker et Sam (?). Il y a aussi Bruxelles social et la plateforme du réseau de santé mentale, toutefois l'outil informatique ne doit pas être redondant.
- Intérêt de répertorier les lacunes afin de les combler au niveau du bassin.

- *Partage des données*

### Utiliser les réseaux existants :

- Ehealth (Hub, Abrumet à Bruxelles)
  - o Étendre à d'autres infos (ex : cartographie sociale)
  - o Avoir un dossier aussi pour le social, pas juste initié par le médical
  - o N'avoir que des infos pertinentes (pas de notes personnelles)
  - o Avoir le consentement de l'utilisateur pour le dossier et pour qui a accès à quoi
  - o Permettre à l'utilisateur lui-même de remplir certaines infos
  - o Liberté de choix par le patient de ses prestataires et de leur visibilité ou non sur la plateforme
- Famidesk : carnet de liaison pour réseau autour d'une personne, purement social. Patient donne lui-même accès (ou non) aux infos et e-mail est généré vers cette personne. Le problème c'est la quantité de mails reçus. Il ne faut pas que les prestataires soient submergés d'infos.
- Même s'il y a un dossier partagé, il faut un gestionnaire qui fasse le tri des infos et qui gère le dossier partagé. Qui serait ce gestionnaire ?
- Forfait pour mettre en place et gérer un dossier partagé (mais question de suivi car maisons médicales sont saturées)
- A l'acte. Constitution et gestion du dossier médical global (DMG) est rémunéré 1/an (20 à 25€/an ou plus pour maladie chronique). Étendre ce principe. Il y a aussi un dossier global pour les pharmacies (1 pharma de référence) avec une rémunération pour le dossier.
- Il faut aussi des solutions payables par les usagers/patients. On peut mettre quelque chose en place mais le patient/usager doit encore pouvoir payer le service.
- Avoir des données sur les patients qui soient partagées mais il faut travailler la question de l'accès et les personnes qui vont y accéder (GDPR). Chacun va avoir des visions très différentes de ces questions. Dans la coordination des soins, le passage d'infos entre AS et médecins par exemple va faire débat.

- *Offre par bassin*
  - Organisation des services – penser en termes de types de publics plutôt que de services car il est possible d’avoir 2 services de santé mentale par exemple très proches mais avec un public différent.
  - Sur le développement des bassins, il faut des SSM accessibles aux plus précarisés. Le secteur bas seuil ne parvient pas à relayer des usagers vers des services de SM car saturés et pas d’accessibilité financière.
  - Avoir une maison médicale par quartier (et donc également dans les déserts de soin) – équilibrer l’offre sur les différents bassin.
  - Embaucher aussi dans les ETP des bassins des Community Health Workers (CHW) : facilitateurs en santé dans les quartiers, qui font de l’outreach, travailleurs sociaux de rue.
  - Harmonisation de CPAS, dans le PSSI cela est prévu mais cela demande la bonne volonté des communes.
  
- *Le cas des Centres Social-Santé Intégrés*
  - Coordination facilitée par la proximité géographique. Cela permet d’orienter la personne directement vers un service. En revanche, cela ne résout pas le problème d’accessibilité/assurabilité pour certains publics.
  - CSSI pourrait être un lieu d’accueil bas seuil (un accueil qualitatif de la personne) en s’inspirant, par exemple, de ce qui est fait chez Transit.
  - Profiter des évaluations d’autres projets (antennes 107, CLSS, projets seniors)
  - Concevoir cela comme une expérimentation qui prend le temps
  - Il faut d’abord que le pouvoir public fasse une analyse des services présents et absents sur le territoire et des problématiques et besoins en matière des domaines de vie / déterminants sociaux-santé. Les CSSI ne doivent pas être une idéologie détachée de la réalité. Les mutuelles ont aussi un rôle dans cette analyse.

Dépassent du cadre :

- *Problèmes liés à la mobilité*
  - Problème de mobilité pour les professionnels à Bruxelles.
  - Problème de compétences territoriales (ex : aménagement des trottoirs)
  - Mobilité des personnes âgées
    - Organiser le transport et faire passer l’information parce que cela isole les gens
    - Coordination entre les soins à domicile et les soins que la personne doit faire en parallèle à l’extérieur et où elle se retrouve seule
- *Financements et manques de moyens*
  - Manque de moyens structurels et saturation des services.
  - Manque de moyens engendre une réduction de la disponibilité, un absentéisme croissant.
  - Manque de temps implique manque de prévention mais aussi manque d’affectif. On ne prend pas le temps pour la personne elle-même.
  - Pérenniser les financements. Ex : les RAQ sont un lien de proximité mais ils dépendent de subsides de courte durée et n’ont donc pas de vue à long terme.
  - COCOM fonctionne trop par projets, les services sont mis en concurrence et ils doivent consacrer du temps de travail pour répondre à l’appel à projet.
  - Combiner manque de temps et personnes au chômage qui pourraient accompagner les personnes ?

- *Autres remarques*
  - Médecins qui peuvent être conventionnés mi-temps, du coup ils font payer plus cher et la personne le découvre lorsqu'elle doit payer.
  - Question du forfait et de la précarité : les gens sans abris, sans papiers ne rentrent pas dans le système du forfait et passent par un système de facturation à l'acte via le CPAS – c'est une autre logique et du coup, certaines maisons médicales sont réfractaires à ces publics pour rester dans la logique forfait. Il faudrait que les gens aient une inscription automatique à la CAMII. Il y aurait une facturation automatique. Si on veut un impact, il faut agir sur cela parce que sinon on bricole. Plus les gens sont en difficulté, plus il y a de démarches à faire.

### Prochain Focus Group

- le 12 janvier 2023
- au CCCO, Avenue du Chant d'Oiseau, 40
- lunch fourni

Nous vous présenterons un résumé des points abordés lors des 3 séances précédentes, que nous discuterons, modifierons et validerons ensemble.

## Gezamenlijk FG-verslag januari

Dit verslag bevat de punten die tijdens de presentatie in de vijf zorgzones aan de orde zijn gesteld. We willen jullie bedanken voor de zeer rijke interacties.

De volgende punten moeten in het verslag duidelijk gemaakt worden:

### In het algemeen :

- De sector is terughoudend. Grote ontevredenheid, zelfs woede, vanuit de sector:
  - i. Over de manier waarop de politiek wordt bedreven, d.w.z. besluiten nemen en vervolgens overleggen (professionals en gebruikers blijven zitten met besluiten die al genomen zijn). Het gevoel deel te moeten nemen aan het overleg, terwijl alles al besloten is. Beleid moet van onderaf beginnen en niet andersom. De aanpak is zeer top-down. In het overleg worden veel dingen gezegd en naar voren gebracht door professionals in het veld en gebruikers, maar er wordt daar meestal geen rekening mee gehouden (financiering, valorisatie, verbetering van het onthaal, enz.)
  - ii. Over de PSSI en de territorialisering zelf: de sector heeft nergens om gevraagd en de politici leggen het ons op
  - iii. Het gevoel is dat we nog een extra laag creëren, we stapelen lagen op lagen die een al onleesbaar systeem nog compliceren.
  - iv. Het gebrek aan transparantie en uitleg over de uitvoering van de PSSI "niemand vertelt ons iets".
  - v. Over de toewijzing van middelen :
    - geld wordt aan onderzoek besteed terwijl er geld nodig is voor het veld
    - hoe zullen de budgetten op zorgzoneniveau worden herverdeeld? Welke speelruimte is er met betrekking tot de toegewezen budgetten?
    - vrees dat de werknemers in het vzw-zorgzone of in de vijf vzw's van de zorgzones zouden kunnen beslissen over de herverdeling van de budgetten, maar normaliter zal dit niet het geval zijn -> dit soort beslissingen wordt genomen door een daartoe gelegitimeerd orgaan.
    - Een vzw-zorgzone om de actoren te coördineren heeft geen zin. In plaats van VTE's voor coördinatie zijn structurele middelen nodig voor veldwerkers.
  - vi. De prioriteit is de verzadiging te verlichten, een oplossing daarvoor vinden
- Angsten en risico's op hetzelfde niveau zetten als de toegevoegde waarde van de zorgzones.
  - i. De voor- en nadelen van zorgzones en territorialisering gelijkschakelen. Als we het aan het begin alleen over angsten en risico's hebben en het verslag er vervolgens niet meer over heeft en eindigt met de toegevoegde waarde van de zorgzone, is het onevenwichtig.
  - ii. Gewicht geven aan de aandachtspunten in het verslag. Maak vooral duidelijk dat de prioriteit ligt bij het nemen van maatregelen om de financiering stabiel te maken, want anders zullen de diensten altijd verzadigd zijn.
- Qua zorgzones en afstemming van de verschillende niveaus, is het noodzakelijk om :
  - i. banden en samenhang te hebben tussen wat wordt gescheiden (in zorgzones) en samengebracht (op regionaal niveau); informatie centraliseren en niet opsplitsen, anders gaat er informatie verloren

- ii. de interzorgzoneproblematiek te benadrukken en te voorkomen dat de verantwoordelijkheid in één zorgzone blijft ten koste van de solidariteit tussen de zorgzones (verzadigd zorgzone vs. Onverzadigd zorgzone)
  - iii. ervoor te zorgen dat de veldwerkers het begrijpen en ermee kunnen omgaan.
  - iv. verduidelijking van de rol van OCMW's en CLSS (Contrat Local Social Santé) en de gevolgen van de territorialisering voor de actoren. Als het zorgzoneniveau zinvol is, wat zijn dan de gevolgen voor de bestaande actoren en hun organisatie (bv. heeft de sociale coördinatie van de OCMW's nog zin op dit niveau?).
  - v. op de hoogte zijn van de netwerken en diensten die in heel Brussel actief zijn
  - vi. wat is het nut van zorgzones? We moeten de tijd nemen om de betekenis van dit niveau uit te leggen, want momenteel is het niet duidelijk. Wat is echt relevant op dit niveau? Misschien is het interessant om feedback te krijgen over de cijfers die wij naar het niveau van de zorgzone sturen. Ook zou de onderlinge kennis op zorgzoneniveau kunnen worden gevoed via vijf sleutelmomenten, één voor elke zorgzone. Ten slotte zou de zorgzone een plaats kunnen zijn om solidariteitsbanden te ontwikkelen
  - vii. zich altijd afvragen op welk niveau het zinvol is, moet de dienst 1 (regio), 5 (zorgzones), 19 (gemeenten), 44 (wijkgroepering) zijn.
  - viii. vergeet niet dat de vijf zorgzones niet homogeen zijn, zelfs binnen eenzelfde zorgzone zijn er veel verschillen.
  - ix. vergeet de globale samenhang voor Brussel niet! De juiste keuzes maken voor de samenleving als geheel (formeel en informeel, sociaal en gezondheid, cocof, cocom, vg, vgc)
- Verduidelijking van de rol van de OCMW's in de nieuwe organisatie.
    - i. Zou het mogelijk zijn het gewicht van de politiek ten minste op zorgzoneniveau te beperken? Kunnen we deze bureaucratische structuren die alles blokkeren vermijden?
    - ii. Welke rol spelen de OCMW's op zorgzoneniveau? Welk evenwicht moet worden gevonden tussen het gewicht van de associatieve actoren en het gewicht en de verantwoordelijkheid van de publieke actoren zoals de OCMW's?
    - iii. Serieus overwegen om de OCMW's te hervormen en te harmoniseren
    - iv. De medische functies zijn onvoldoende vertegenwoordigd in de sociale coördinatie van de OCMW's.
  - Denk aan de banden met ziekenhuizen. Momenteel is er te weinig aandacht voor de functie en de plaats van ziekenhuizen. Er is sprake van contacten, maar niet van enige vorm van vertegenwoordiging op het niveau van de zorgzone. Dat is nodig omdat er in Brussel een tekort is aan huisartsen, zodat mensen eerst naar de spoeddienst gaan. Er zijn veel ziekenhuizen en die hebben veel kennis en geld.
  - Kwesties toevoegen die buiten de bevoegdheid van Maron vallen, maar die van invloed zijn op de sociale en gezondheidssituatie in Brussel, zoals huisvesting, onderwijs en justitie.
  - De veranderateliers brachten niet genoeg actoren bijeen om de sociale en gezondheidssector representatief te maken. Afwezigheid van enkele belangrijke actoren (bv. CLSS, RAQ, OCMW, ziekenhuizen, vzw's actief met gezinsproblemen en alleenstaand ouderschap).
  - Maak duidelijk dat we het bestaande moeten financieren! Nieuwe mensen aannemen die niets van de sector weten en ze onder en boven ons katapulteren helpt niet! Deze chaos heeft gevolgen voor de gebruikers, die links en rechts moeten rennen zonder ooit rekening te houden met hun ervaring.
  - Zorgen voor een evenwichtige vertegenwoordiging van maatschappij en gezondheid:
    - i. Spreek niet van patiënten maar van gebruikers/begunstigden/burgers-gebruikers

- ii. Vergeet niet de samenwerking met andere beroepen in de sociale en zorg te vermelden: apothekers, animatoren, straathoekwerkers, enz.
- iii. De ontmoeting tussen de sociale en de gezondheidssector stimuleren om tot een werkelijk geïntegreerde aanpak te komen.
- Bij de ontwikkeling van proefprojecten rekening houden met al het werk en de investeringen van de sociaal- en zorgwerkers. In het geval van de RAQ's (Relais Action de Quartier) bijvoorbeeld staken de werknemers veel energie in de opleiding van de nieuwe werknemers, maar niemand erkende dit werk.
- Zorg ervoor in het verslag niet te veel voorstellen staan. Wat de coördinatie betreft is het bijvoorbeeld onmogelijk om genoeg geld te hebben voor de ontwikkeling van een 24-uurs dienst, een dispensarium en ook nog andere zaken. Als we te veel sporen naar voren schuiven, vrees dat de politicus iets secundairs zal kiezen om te laten zien dat hij rekening houdt met het veld. We moeten prioriteit geven aan specifieke gebieden.
- Voor het vervolg van de veranderateliers:
  - i. ervoor zorgen dat het efficiënt is en niet te lang duurt (de praktijkgemeenschap van Brusano loopt nog en kost bijvoorbeeld al tijd)
  - ii. arbitrerend tussen werk per zorgzone of per thema (bijvoorbeeld een uniek telnummer) door de zorgzones te mengen.
- De gebruikte acroniemen verklaren

### **Specifieke aanvullingen op de presentatie**

- Kennis: iedereen heeft stats voor zijn eigen belangenbehartiging, maar de stats worden niet gedeeld. De informatie is niet altijd gestructureerd, en zeker niet op dezelfde manier gestructureerd. beschikken over een databank met ruwe gegevens waar iedereen de gegevens naar believen uit kan halen en exploiteren.
- Interkennis :
  - i. Er zijn al heel wat praktijkuitwisselingen. De zorgzone zou misschien kunnen ondersteunen door een plaats beschikbaar te stellen.
  - ii. Vergaderingen tussen ziekenhuizen en de eerste lijn bevorderen
- Het is niet aan de zorgzone om het aanbod te herverdelen, maar aan het beleid of de regio
- De regio kan doelstellingen hebben die de zorgzone overneemt, maar de zorgzone moet ook zijn eigen doelstellingen kunnen bepalen
- Referentie coördinator: geef aan wat het is, wie het is. Pas op voor verwarring : ref coördinator kan als Brusano gezien worden. Verduidelijken of ziekenhuizen coördinatoren moeten hebben. Twee coördinatoren samen is ingewikkeld.
- Is gedeelde verantwoordelijkheid een verantwoordelijkheid van de bevolking? Gedeelde verantwoordelijkheid betekent dat de professionals samen kunnen inspelen op de behoeften van de bevolking in hun zorgzone, maar er moet uiteraard een politieke verantwoordelijkheid zijn om de nodige middelen ter beschikking te stellen.
- One-stop shop: pas op voor concurrentie. Dit is DE les van de eerste ervaring van het CLSS. En wat zouden deze missies zijn naast de bestaande CAP's en CASG's? Het CSSI is niet het enige model. Wij moeten ervoor zorgen dat deze one-stop shops een menselijke schaal hebben (maximaal 30-40 werknemers). In ieder geval zouden de bestaande structuren gebaat zijn bij versterking met sociaal assistenten en psychologen om deze one-stop shops te leiden, in plaats van nieuwe te creëren. Door de werknemers op dezelfde plaats te hebben, kunnen informele momenten worden uitgewisseld.

- Gedeeld bestand: grote bezorgdheid hierover. Hoe kunnen we echt zeker zijn van de toestemming van de gebruiker? Aan de andere kant is er op Vlaams niveau al een gedeeld farmaceutisch dossier en levert dit meer voordelen dan nadelen op. Het helpt echt de patiënt en de zorgverlener. (MS Solipost : kluis waar de burger de toegang tot zijn dossier beheert). Thuisverpleegkundigen schreeuwen om informatie. Gedeeld medisch dossier, maar goed uitgelegd aan de patiënt. Mogelijke beveiliging: sms'jes die naar de patiënt worden gestuurd telkens als zijn dossier wordt geraadpleegd. Empowerment is belangrijk: de patiënt moet kunnen zien en beslissen wie toegang heeft en zijn gedeelde dossier zelf beheren.
- Faciliteer de administratie: zorg ervoor dat de identiteit van de verenigingen niet wordt ondermijnd. Het is aan eenieder om zijn eigen administratie naar eigen goeddunken samen te stellen, dit maakt deel uit van zijn keuzevrijheid. Maar administratie vergemakkelijken kan nuttig zijn.
- Een laagdrempelige opvang, wat is de plaats van de 0,5 lijn in de nieuwe organisatie?
- Het unieke telefoonnummer moet :
  - i. 24/7 beschikbaar zijn (aangezien van de coördinatiecentra wordt verwacht dat ze 24/7 beschikbaar zijn, moeten ze ook 24/7 kunnen bellen)
  - ii. Neutraal zijn (een lijst van mogelijkheden aanbieden en de keuze niet al sturen wanneer er verschillende diensten beschikbaar zijn)
- Preventie en opleiding :
  - o Voor sommigen mag de functie "preventie en opleiding" niet op het niveau van de zorgzone voorkomen. Dit zijn acties die op het niveau van de regio moeten worden overwogen.
  - o Voor anderen heeft de opleidingsfunctie haar volledige bestaansreden op het niveau van de zorgzone, met name om te beschikken over praktische informatie over de praktische werking van de sector. Maar ook preventie als geheel om specifieke acties voor doelgroepen voor de zorgzone te laten vaststellen.
  - o We moeten werken aan de aantrekkelijkheid van sociaal en gezondheidswerk. Dit is een echte uitdaging, want momenteel is het erg moeilijk om nieuwe mensen te werven en ze vervolgens te behouden.
  - o Denk ook aan training om samen te werken.
  - o Opleiding van ziekenhuizen over eerstelijnszorg zodat zij het systeem en de waarde van samenwerking beter begrijpen.
  - o Betere opleiding van werknemers inzake toegang (bv. Dringende Medische Hulp)
  - o Voorschools onderwijs, gezondheidsgeletterdheid.
  - o Opleiding in het herkennen en valoriseren van de stem van de gebruiker
  - o Empowerment van de gebruiker, zelfbeschikking door de gebruiker (geen paternalistische benadering), dit gaat verder dan de patiënt centraal stellen. De patiënt beslist zelf.
  - o Ga uit van de behoeften van de patiënt (vraag) en niet van het aanbod, het is niet de verantwoordelijkheid van de patiënt om zich aan te passen aan het aanbod, maar de verantwoordelijkheid van het aanbod om zich aan te passen aan de patiënt.
- Kennisoverdracht van de 2e lijn naar de 1e: het moet een kennisoverdracht in twee richtingen zijn (tweezijdige pijl).
- De kwestie van mensen die systematisch door verschillende diensten worden geweigerd, in het verslag zichtbaarder maken. Deze kwestie zou beter kunnen worden belicht in het hoofdstuk over de herverdeling van het aanbod, door te wijzen op de tekortkomingen en/of disfuncties op het niveau van de zorgzone. Maar ook in de preventiefunctie, op het niveau van bewustmakingscampagnes -> destigmatisering van bepaalde doelgroepen. Ook in peer-to-

peer training -> kennis delen. Er zou ook sprake zijn van een wachtendienst die door verschillende diensten op het niveau van de zorgzone wordt gegarandeerd, maar hierover bestaat geen consensus.

- Wat de informele sector betreft:
  - o Geef aan wat het is
  - o Goed om het informele te erkennen door ervoor te betalen (mantelzorgers naar behoren betalen) en het te ondersteunen, maar het misschien niet formaliseren in de vorm van een contract.
  - o Ervaringsdeskundigen behoren niet tot het informeel, ze maken deel uit van het formele netwerk!
  - o Grote aarzeling om het informele in een gids op te nemen of te contractualiseren omdat het minder toegankelijk zou worden. We moeten het informele laten waar ze is.
- We moeten meer vraagtekens zetten bij de relaties van macht en overheersing en bij de mentale voorstellingen. Denk aan de mens van het begin tot het einde van het leven. Ook om mensen niet op een dichotome manier te zien: gebruiker of professional, men kan beide zijn en vele andere dingen tegelijk.
- Informatie moet voor iedereen toegankelijk zijn, niet alleen voor professionals.
- De dispensaria moeten, naast hulp met medicijnen (voor mensen die wachten op revalidatie), ook een plaats zijn waar verpleegkundige zorg kan worden verleend (bijvoorbeeld wondverzorging). Dit zou de verpleegkundigen ontlasten van bepaalde, niet altijd noodzakelijke, reizen naar huis.
- Het is jammer dat het enquête binnen de veranderateliers, dat ook op gebruikers is gericht, alleen digitaal is. Zo worden bepaalde groepen, zoals geïsoleerde ouderen, niet bereikt.
- De psychologische eerste lijn versterken en gratis maken (momenteel is het erg moeilijk om beschikbare psychologen te vinden).
- Het idee van een numerus clausus voor huisartsen moet worden heroverwogen aangezien er een tekort is aan huisartsen
- Vergeet niet dat de actoren stimulansen tot samenwerking nodig hebben die hen dwingen hun sector te verlaten, anders zal de overgangsfase veel te lang duren.
- De groep van onafhankelijke zorgverleners zoals apothekers en anderen moet in aanmerking worden genomen. Ze kunnen meedoen.
- Andere actoren zoals de politie (bv. Transit) opnemen in de vijf operationele eenheden op zorgzoneniveau om na te denken over territoriale problemen en samen oplossingen te vinden.

Mogelijke topics waar in het vervolg samen aan gewerkt kan worden

- Elke x, vergaderingen op het niveau van de zorgzone houden waar elke professional met probleemgevallen komt. Misschien is het haalbaarder op het niveau van de wijkgroepering, of zelfs de wijk. Hoe organiseer je dit soort bijeenkomsten? Er moet iets geïnstitutionaliseerd zijn, dat regelmatig plaatsvindt. Ronde tafels georganiseerd volgens verschillende thema's? Een soort algemene vergadering één of twee keer per jaar? Bijvoorbeeld: evenement georganiseerd door antropologen (UNIZO), waarbij de deelnemers de andere aanwezige deskundigen konden ontmoeten op basis van de vragen die zij vooraf hadden gesteld (een soort speeddating). Ga voor het oplossen van problematische gevallen in de richting van eenvoudiger vormen van overleg die reeds tussen verenigingen bestaan. Dit kan gemakkelijk worden bereikt door menselijke en fysieke steun te verlenen aan de meest kwetsbare burgers (maar pas op, het is niet gemakkelijk iemand te vinden die tijd kan vrijmaken voor dit soort

follow-up in diensten die al verzadigd zijn). Deze bijeenkomsten moeten worden erkend en geaccrediteerd om deelname aan te moedigen.

- Een visualisatie hebben (een platform) op het sociale en gezondheidsnetwerk dat in Brussel bestaat, dat vollediger en gemakkelijker te gebruiken is om informatie te vinden. Maar daarnaast moet er een gedeelde verantwoordelijkheid zijn, zodat de diensten, zodra de informatie is gelokaliseerd, de mensen die zijn doorverwezen ook echt ontvangen.
- Denk na over hoe om te gaan met mobiele mensen die niet noodzakelijk aan een zorgzone gebonden zijn -> voorstellen: heb een "referentiezorgzone" (dit zou de zorgzone zijn waar de vereniging is die een vertrouwensband met de persoon heeft opgebouwd) maar pas op dat de zorgzone West, de referentiezorgzone wordt voor veel mobiele mensen. Denk aan deze situatie in een interzorgzonestructuur die rekening houdt met de te ontwikkelen banden tussen de vijf zorgzones. Denk ten slotte na over hoe de budgetten in de verschillende zorgzones kunnen worden herverdeeld, rekening houdend met het mobiele publiek (dit lijkt zeer complex om vast te stellen, in het bestuur zijn er vele niveaus, we kunnen niet alleen in termen van het grondgebied denken). Heb je een zesde virtuele zorgzone? Het publiek zal altijd naar de zorgzone gaan waar er diensten zijn die beter bereikbaar zijn.
- Richt u tot de reeds bestaande en goed functionerende verenigingen. De werking van de CLSS optimaliseren, ze versterken, of althans die welke goed werken. Herinvesteren van bestaande plaatsen. Het CLSS Anneessens heeft bijvoorbeeld een instrument bedacht om de toegankelijkheid te verbeteren -> pictogrammen "hier kunt u naar binnen" en dan komt het publiek binnen om alle informatie op buurtniveau te krijgen over sociale en gezondheidsdiensten, een soort one-stop-shop op buurtniveau. Misschien eerst in kaart brengen wat er is.
- Nadenken over en beschikken over een gemeenschappelijke terminologie om zijn eigen functies als vereniging, duidelijker te maken, zowel voor andere professionals als voor gebruikers. Moeten we specificaties hebben volgens hoe we onszelf noemen? Is een dergelijke standaardisatie mogelijk? Het is een culturele verandering, hard, maar misschien haalbaar.
- Een enkele, gebruiksvriendelijke register. Hierover bestaat geen consensus. Waarom niet, in plaats van het financieren en stabiliseren van mensen die al lang in de sector werken. Een levend geheugen. Echter niet voor iedereen toegankelijk en zal er op een dag onvermijdelijk niet meer zijn. Welk instrument zou het dus mogelijk maken om verder te gaan dan het louter individuele (levend geheugen) en de moeilijk te gebruiken register (Sociaal Brussel)?
- Beter in kaart brengen op het niveau van de zorgzone, niet alleen van de actoren die er werken, Nederlands- en Franstaligen, wie wat doet, maar ook van de reeds bestaande initiatieven, bruggen, opleidingen, contactpersonen (met een groot personeelsverloop) enz. En ook om alle reeds bestaande multidisciplinaire overleggen op een rijtje te zetten om beter samen te werken en te coördineren wat er bestaat, maar ook om beter te zien wat er ontbreekt, welk overleg er zou moeten komen.
- Feedback krijgen van de 107 projecten over wat zij hebben gedaan en hoe.
- De politici vragen wat zij als vanzelfsprekend beschouwen en waarin het zinvol is te investeren, in de hoop dat zij echt rekening houden met onze voorstellen. En geef ons tijd om eraan te werken.

## Compte-rendu commun FG janvier

Ce compte-rendu reprend les points qui nous ont été remontés lors de la présentation donnée dans les cinq bassins. Merci à vous pour les interactions très riches.

Nous devons bien faire remonter dans le rapport, les points suivants :

### De manière générale :

- Secteur est réfractaire. Grosse insatisfaction, voire même colère, du secteur :
  - i. Sur la manière de faire du politique, c'est-à-dire décider et puis consulter (les professionnels et les usagers sont coincés sur des décisions qui sont déjà prises). Sensation de devoir participer à des consultations juste pour la forme, alors que tout a été déjà décidé. Le politique doit partir de la base et pas l'inverse. L'approche est très descendante. Dans les consultations, beaucoup de choses sont dites et remontées par les professionnels de terrain et les usagers mais elles ne sont pas prises en compte (financement, valorisation, amélioration accueil, ...)
  - ii. Sur le PSSI et la territorialisation elle-même : le secteur n'a rien demandé et le politique nous l'impose
  - iii. Sensation que, encore une fois, nous sommes dans des couches qui se superposent et viennent compliquer un système déjà illisible.
  - iv. Le manque de transparence et d'explications sur la mise en place du PSSI « personne ne nous dit rien ».
  - v. Sur l'allocation des moyens :
    - argent dépensé pour de la recherche alors qu'on a besoin de sous pour le terrain
    - comment seront redistribués les budgets au niveau du bassin ? Quelle marge de manœuvre existe par rapport aux budgets qui seront alloués ?
    - crainte que les travailleurs engagés dans l'ASBL bassin ou les cinq ASBL bassin puissent décider comment redistribuer les budgets, mais normalement cela ne sera pas le cas -> ce genre de décisions seront prises par une instance légitimée pour cela.
    - Une asbl bassin pour coordonner les acteurs n'a pas de sens. Au lieu d'ETP pour la coordination, il faut des moyens structurels pour les travailleurs de terrain.
  - vi. La priorité est de désengorger les services, trouver une solution à la saturation
- Mettre les craintes et risques liés aux bassins au même niveau que la valeur ajoutée.
  - i. Mettre à niveau égal les avantages et les inconvénients des bassins et de la territorialisation. Si on parle des craintes et risques seulement au début et puis que le rapport n'en parle plus et finit par la valeur ajoutée du bassin, c'est déséquilibré.
  - ii. Donner beaucoup de poids aux points d'attention dans le rapport. Surtout bien préciser que la priorité c'est d'agir sur les financements, de les rendre stables, car sinon les services seront toujours saturés.
- Bassins et articulation des niveaux, il faut :
  - i. du lien et de la cohérence entre ce qui est séparé (en bassins) et rassemblé (au niveau régional); centraliser les informations et ne pas morceler sinon on perd les informations

- ii. mettre en avant la question inter-bassin et éviter de figer la responsabilité dans un bassin au détriment de la solidarité inter-bassin (bassin saturé vs bassin non-saturé)
- iii. s'assurer que les opérateurs du terrain comprennent et s'y retrouvent.
- iv. clarifier le rôle des CPAS et CLSS (Contrat Local Social Santé) et les répercussions de la territorialisation sur les acteurs. Si le niveau bassin a du sens, quelles sont les conséquences sur les acteurs existants et leur organisation (ex : coordination sociale des CPAS encore utile à ce niveau ?)
- v. être attentif aux réseaux et services opérant sur tout Bruxelles
- vi. quel est l'intérêt d'avoir des bassins ? Il faudrait prendre le temps d'expliquer le sens de ce niveau, car actuellement cela n'est pas clair. Qu'est-ce qui est vraiment pertinent à ce niveau. Peut-être serait-il intéressant d'avoir un retour des chiffres que nous envoyons au niveau du bassin. Aussi l'interconnaissance pourrait être alimentée au niveau du bassin grâce à cinq moments clés, un pour chaque bassin. Enfin, le bassin pourrait être un lieu où développer des liens de solidarité
- vii. à chaque fois, bien s'interroger à quel niveau cela fait sens, le service doit-il être 1 (Région), 5 (bassins), 19 (communes), 44 (groupement de quartiers)
- viii. Ne pas oublier que les cinq bassins ne sont pas homogènes, à l'intérieur d'un bassin même il existe de nombreuses différences.
- ix. Ne pas oublier la cohérence globale pour Bruxelles ! Faire les bons choix pour la société dans son ensemble (formel et informel, social et santé, cocof, cocom, vg, vgc)
- Clarifier le rôle des CPAS dans la nouvelle organisation
  - i. Serait-t-il possible de limiter le poids du politique au moins au niveau du bassin ? Il faut toujours passer par les CPAS, peut-t-on éviter ces structures bureaucratiques qui bloquent tout ?
  - ii. Quels rôles jouent les CPAS au niveau du bassin ? Quel équilibre trouver entre le poids des acteurs associatifs et le poids et la responsabilité des acteurs publics comme les CPAS ?
  - iii. Réfléchir sérieusement à une réforme des CPAS et leur harmonisation
  - iv. Les fonctions médicales ne sont pas suffisamment représentées aux coordinations sociales des CPAS.
- Réfléchir aux liens avec les hôpitaux. Pour l'instant il n'y pas suffisamment d'attention pour la fonction et la place des hôpitaux. On parle des contacts, mais pas d'une sorte de représentation au niveau du bassin. C'est pourtant nécessaire car à Bxl les médecins généralistes manquent, du coup les personnes vont en premier aux urgences. Il y a beaucoup d'hôpitaux ils ont beaucoup de connaissances et de financement.
- Rajouter les thématiques en-dehors des compétences Maron mais qui impactent la situation social-santé à Bruxelles comme logement, enseignement, justice.
- Les Ateliers du changement n'ont pas permis de rassembler suffisamment d'acteurs pour une représentativité du secteur social-santé. Absence de certains acteurs importants (ex : CLSS, RAQ, CPAS, hôpitaux, problèmes familiaux et monoparentalité).
- Bien préciser qu'il faut financer l'existant ! Engager des nouvelles personnes qui ne savent rien du secteur et les catapulte au-dessous et au-dessus de nous ça n'aide en rien! Ce chaos se répercute sur les usagers qu'on fait courir à droite et à gauche sans jamais tenir compte de leur expérience.
- Veiller à une représentation équilibrée du social et de la santé :
  - i. Ne pas parler de patient mais d'utilisateur/bénéficiaire/citoyen-utilisateur
  - ii. Ne pas oublier de mentionner les collaborations avec d'autres métiers du social-santé : pharmaciens, animateurs, éducateurs etc.

- iii. Stimuler la rencontre des mondes social et santé pour avoir une véritable approche intégrée.
- Tenir compte de tout le travail et l'investissement des travailleurs social-santé lorsque des projets pilotes sont développés. Par exemple, pour les RAQ, les travailleurs ont mis un énergie folle pour former les nouveaux engagés, mais personne n'a reconnu ce travail.
- Attention de ne pas donner trop de propositions dans le rapport. Par exemple, pour ce qui concerne la coordination il est impossible d'avoir assez d'argent pour développer une garde 24h/7, un dispensaire et d'autres choses encore. Peur que si l'on met en avant trop des pistes, le politique va choisir quelque chose de secondaire juste pour montrer qu'il tient compte du terrain. Nous avons intérêt à prioriser des pistes bien précises.
- Pour la suite des ateliers :
  - i. veiller à ce que ce soit efficace et ne prenne pas trop de temps (la communauté de pratiques de Brusano est toujours en cours et prend déjà du temps par exemple)
  - ii. arbitrer entre un travail par bassin ou un travail par thématique (ex : n° tel unique) en mélangeant les bassins.
- Attention aux acronymes utilisés -> bien préciser leur signification.

### Ajouts spécifiques faits à la présentation

- Connaissance : chacun a des stat pour son propre plaidoyer mais les stats ne sont pas partagées. Les infos ne sont pas toujours structurées, et certainement pas structurées de la même manière. Avoir une base de données avec des données brutes où chacun peut extraire et exploiter comme il souhaite les données.
- Interconnaissance :
  - i. il y a déjà pas mal d'échanges de pratiques existantes. Le bassin pourrait peut-être soutenir en mettant un lieu à disposition.
  - ii. Favoriser des rencontres entre hôpital et 1è ligne
- Ce n'est pas au bassin de redistribuer l'offre mais plutôt au politique ou à la région
- La région peut avoir des objectifs que le bassin se réapproprie mais le bassin doit aussi pouvoir déterminer ses propres objectifs
- Coordi de ref : préciser c'est quoi, c'est qui. Attention à confusion où coordi de référence est perçu comme Brusano. Clarifier si hôpitaux doivent avoir coordi. Deux coordi ensemble c'est un peu compliqué.
- La responsabilité partagée, c'est la responsabilité populationnelle ? La responsabilité partagée c'est que les prestataires puissent répondre ensemble aux besoins de la population de leur bassin mais il faut évidemment une responsabilité au niveau politique pour donner les moyens nécessaires.
- Guichet unique : attention à ne pas mettre en concurrence. C'est LA leçon de la première expérience des CLSS. Et puis ce serait quoi ces missions à côté des CAP et CASG existants ? Les CSSI ne sont pas le seul modèle. Il faut veiller à ce que ces guichets uniques soient à taille humaine (30-40 travailleurs max). En tout cas, les structures existantes gagneraient à être renforcées avec des AS et des psy pour faire ces guichets uniques plutôt que créer des nouveaux. Avoir les travailleurs sur un même lieu permet l'échange dans des moments informels.
- Dossier partagé : grande inquiétude à ce sujet. Comment s'assurer véritablement du consentement de l'utilisateur ? cela remet en question le secret professionnel. D'un autre côté, au niveau flamand, déjà dossier pharma partagé et donne plus d'avantages que d'inconvénients. Aide vraiment le patient et le prestataire. (MS Solipost : coffre-fort où

- citoyen gère l'accès à son dossier). Les infirmières à domicile pleurent pour avoir des infos. Dossier médical partagé mais bien expliqué au patient. Garde-fou possible : sms envoyé au patient chaque fois que son dossier est consulté. L'empowerment est important : au patient de voir et décider qui a accès et de gérer son dossier partagé.
- Faciliter l'admin : attention à ne pas saper l'identité des asbl. A chacun de faire son admin comme il l'entend, c'est partie de la liberté de choix. Mais faciliter l'administratif peut être utile.
  - Un accueil bas seuil, quelle est la place de la ligne 0,5 dans la nouvelle organisation ?
  - N° tel unique doit :
    - i. Être disponible 24/7 (puisqu'on attend des centres de coordi une permanence 24/7, il faut qu'ils puissent appeler 24/7 aussi)
    - ii. Être neutre (proposer une liste des possibilités et pas déjà orienter le choix quand plusieurs services sont disponibles)
  - Prévention et formation :
    - o Pour certains, la fonction « prévention et formation » ne devrait pas apparaître au niveau du bassin. Ce sont des actions qui devraient être pensées au niveau de la Région.
    - o Pour d'autres, la fonction formation a toute sa raison d'être au niveau du bassin, notamment pour avoir des informations pratiques sur comment fonctionne le secteur pratiquement. Mais aussi la prévention dans son ensemble pour avoir des actions spécifiques pour des groupes-cibles définies pour le bassin.
    - o Il faudrait travailler au niveau de l'attractivité du travail social-santé. C'est un vrai enjeu, car actuellement c'est très difficile de recruter des nouvelles personnes et ensuite de les garder.
    - o Aussi réfléchir à une formation pour travailler ensemble.
    - o Formation des hôpitaux sur les soins de 1<sup>è</sup> ligne pour qu'ils aient une meilleure compréhension du système et de l'intérêt à collaborer
    - o Meilleure formation des travailleurs sur l'accès (ex : AMU)
    - o Formation dès l'enfance, littératie santé.
    - o Formation à la reconnaissance et la valorisation de la parole de l'utilisateur
    - o Empowerment de l'utilisateur, auto-détermination par l'utilisateur (pas d'approche paternaliste), cela va plus loin que mettre le patient au centre. Le patient décide pour lui-même.
    - o Partir des besoins du patient (de la demande) et pas de l'offre, ce n'est pas au patient de s'adapter à l'offre mais bien à l'offre de s'adapter au patient.
  - Transfert de connaissances de la 2<sup>è</sup> ligne vers 1<sup>è</sup> : ça doit être un transfert de connaissances dans les deux sens (flèche bidirectionnelle).
  - Rendre plus visible dans le rapport la thématique des publics qui sont systématiquement refusés par plusieurs services. Cette thématique pourrait être mieux soulignée à la fois dans la partie qui traite de la redistribution de l'offre, en faisant remonter les manquements et/ou les dysfonctions au niveau du bassin. Mais aussi elle pourrait apparaître dans le pôle prévention au niveau de campagnes de sensibilisation -> déstigmatisation de certains publics. Aussi dans les formations entre pairs -> partager des savoir-faire. Il y aurait aussi l'idée d'un service de garde garanti par différents services au niveau du bassin, mais attention pas de consensus sur ce point.
  - Pour ce qui concerne l'informel :
    - o Préciser de quoi il s'agit

- Ok reconnaître l'informel en le payant (rémunérer correctement les aidants-proches) et en le soutenant, mais peut-être pas formaliser cela sous forme de contrat
- Les pair-aidants c'est pas de l'informel, ils font partie intégrante du réseau formel !
- Grand malaise à intégrer l'informel dans un répertoire ou à le contractualiser parce que le rendrait moins accessible. Il faut laisser l'informer où il est.
- Il faudrait questionner plus les rapports de force et de domination ainsi que les représentations mentales. Penser l'être humain du début de la vie jusqu'à la fin de la vie. Aussi ne pas voir les personnes de façon dichotomique : usager ou professionnel, on peut être les deux et beaucoup d'autres choses en même temps.
- L'information doit être accessible à tout le monde, pas juste aux professionnels.
- Les dispensaires au-delà de dépanner au niveau des médicaments (dans le cas de personnes qui attendent d'être remises en ordre de mutuelle), devraient aussi être un lieu où dispenser des soins infirmiers (soin des plaies par exemple). Cela déchargerait les infirmières de certains déplacements à domicile qui ne sont pas toujours nécessaires.
- C'est dommage que le dernier outil d'enquête des Ateliers du changement qui s'adresse aussi aux usagers soit juste digital. De cette manière on passe à côté de certains publics comme entre autres les personnes âgées isolées.
- Renforcer la première ligne psychologique et la rendre gratuite (à l'heure actuelle il est très difficile de trouver des psychologues disponibles).
- Il faudrait revoir l'idée de numerus clausus pour les médecins généralistes puisqu'il y a pénurie
- Ne pas oublier que les acteurs ont besoin d'incitants pour collaborer, qui les obligent à sortir de leur secteur sinon la phase transitoire va durer beaucoup trop longtemps.
- Il faut prendre en compte le groupe de prestataires de soins indépendants comme les pharmaciens entre autres. Ils peuvent participer.
- Penser à inclure aussi d'autres acteurs comme la police (Ex. : Transit) dans les cinq unités opérationnelles au niveau du bassin pour réfléchir aux problématiques territoriales et trouver des solutions ensemble.

#### Pistes à travailler ensemble par la suite :

- Avoir des moments de rencontre au niveau du bassin tous les x où chaque professionnel vient avec des cas problématiques. Peut-être cela serait-il plus faisable au niveau du groupement de quartiers, voire quartier. Comment organiser ces types de rencontres ? Il faudrait quelque chose d'institutionnalisé, qui a lieu de manière régulière. Des tables rondes organisées selon des thématiques différentes ? Des espèces d'états généraux une ou deux fois par an ? (Ex. : événement organisé par les anthropologues (UNIZO), les participants pouvaient rencontrer les autres experts présents en fonction des questions qu'ils avaient posées en amont (une sorte de speed dating). Pour résoudre des cas problématiques, aller plutôt vers des formes plus simples de concertation qui existent déjà entre associations. Cela serait facilement réalisable grâce à un accompagnement humain et physique des publics plus fragilisés (mais attention, pas facile d'avoir quelqu'un qui puisse dégager du temps pour ce genre de suivi dans des services déjà saturés). Ces rencontres doivent être reconnues et accréditées pour inciter la participation.
- Avoir un visuel (une plateforme) sur le réseau social-santé qui existe à Bxl plus complet et facile d'usage pour repérer l'info. Mais en plus il faudrait une responsabilité partagée qui fait qu'après avoir repéré l'info, les services reçoivent vraiment les personnes réorientées.
- Penser à comment prendre en charge les publics mobiles qui ne se rattachent pas forcément à un bassin -> propositions : avoir un « bassin de référence » (ce serait celui où il y a l'association qui a établi un lien de confiance avec la personne) mais attention au fait que le

bassin ouest deviendrait le bassin de référence de beaucoup de personnes mobiles. Sinon, réfléchir à ce genre de situation dans une structure interbassins qui tiendrait compte des liens à développer entre les cinq bassins. Enfin, réfléchir à comment redistribuer les budgets dans les différents bassins tenant compte aussi des publics mobiles (cela semble être très complexe à établir, dans la gouvernance il y a plein de niveaux, on ne peut pas juste réfléchir en tenant compte du territoire). Avoir un sixième bassin virtuel ? Les publics iront toujours dans le bassin où il y a les services avec une meilleure accessibilité.

- Se tourner vers les associations qui existent déjà et fonctionnent bien. Optimiser le fonctionnement des CLSS, les renforcer en tous cas ceux qui fonctionnent bien. Réinvestir des lieux existants. Par exemple le CLSS d'Anneessens a pensé à un outil pour améliorer l'accessibilité -> des pictogrammes « ici vous pouvez rentrer » et alors les publics entrent pour avoir toutes les informations au niveau du quartier pour ce qui concerne les services social-santé, une sorte de guichet unique au niveau du quartier. Peut-être commencer en réalisant la cartographie de ce qui existe.
- Réfléchir et avoir une terminologie commune pour rendre plus clair les fonctions de son association, à la fois aux autres professionnels et pour les usagers. Avoir un cahier des charges en fonction de comment l'on s'appelle ? Est-ce envisageable une telle standardisation ? C'est de l'ordre du changement culturel, du coup dur, mais envisageable peut-être.
- Avoir un répertoire unique facile à utiliser. Il n'y pas de consensus sur ce point. Pourquoi pas, plutôt que financer et stabiliser les personnes qui travaillent depuis longtemps dans le secteur. Il s'agit d'une mémoire vivante qui n'est pas froide comme un répertoire. Toutefois, cette mémoire vivante n'est pas accessible à tout un chacun et forcément un jour ne sera plus là. Du coup, quel outil permettrait de dépasser le pur individuel (mémoire vivante) et le mastodonte difficile à utiliser (Brussel social).
- Mieux cartographier au niveau du bassin non seulement les acteurs qui y travaillent, néerlandophones et francophones, qui fait quoi, mais aussi les initiatives, les ponts, les formations qui existent déjà, les personnes de contact (avec une forte rotation de personnel) etc. Et aussi répertorier toutes les concertations multidisciplinaires qui existent déjà pour mieux travailler ensemble et coordonner ce qui existe mais aussi mieux voir ce qui manque, quelle concertation mettre en place.
- Avoir un retour de la part des projets 107 sur ce qu'ils ont fait et comment.
- Demander plutôt au politique ce qui est de l'ordre de l'acquis pour eux et sur quoi il y a du sens de s'investir en espérant qu'ils tiennent vraiment compte de nos propositions. Nous donner aussi le temps pour y travailler.

## Participation Portes Ouvertes et Focus Groups

### Portes ouvertes

209 personnes se sont inscrites aux portes ouvertes organisées sur les cinq bassins. Les différents secteurs et métiers du social santé ont participé (santé somatique, social, santé mentale, promotion de la santé et prévention, etc.), et tant des professionnels de terrain que des directeurs de structures ou structures d'appui et coordinateurs.

### Focus Groups

#### Nombre de participants

Sud	Sud-Est	Nord	Nord-Est	Ouest
26	14	15	22	41

Certaines personnes ont participé aux focus groups de plusieurs bassins. En supprimant ces « doublons », on compte un total de 108 participants à au moins un focus group.

#### Services et fonctions

Pour six participants, nous n'avons pas d'informations sur le service pour lequel ils travaillent. Pour le reste des participants, ils proviennent d'associations actives en social-santé, de maisons médicales (8), de CPAS (5), de deux hôpitaux, de réseaux de pharmaciens, de réseaux d'entraide, de services d'appui, de mutuelles (2), de centres de coordination de soins à domicile, de fédérations de services social-santé (2) et d'une fédération de patients.

Pour 24 participants, nous n'avons pas d'informations sur la fonction qu'ils exercent.

Les fonctions les plus représentées étaient celles de coordinateurs/trices (26) et de directeurs/trices (20). Ensuite viennent les chargés de projet et missions (12). 19 travailleurs de terrain ont participé aux focus groups dont en ordre décroissant : médecins généralistes, psychologues et psychiatres, assistants sociaux, ergothérapeutes, infirmières, pharmaciens, agents en santé communautaire. On retrouve aussi un patient et quelques fonctions de support comme professeur, juriste, conseiller stratégique ou accompagnateur de réseau.

## Présentations extérieures Ateliers du changement/PSSI

Type de présentation	Nom de la structure	Date de l'intervention	Retours
Séance d'information	Cabinet	04/10/2022	
Séance d'information	IFA	05/10/2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incohérence au niveau timing entre un Décret Ordonnance Conjoint qui sera réécrit en janvier et le rapport des Ateliers du Changement qui sera remis en mars. À quoi servira l'input du rapport ?</li> <li>- Biais dans notre rapport : les acteurs qui sont le plus en difficulté n'ont pas le temps de participer. Biais énorme pour tirer les enseignements et avoir des actions. Proposition : voir certains acteurs nécessaires en marge des ADC mais ne peut pas voir tout le monde. IFA peut dire qui il faudrait absolument voir à leur sens. Aussi mentionner ce biais dans le rapport.</li> <li>- Envoyer le pdf des panneaux des portes ouvertes aux membres IFA pour que puissent partir de ces panneaux et avoir une discussion avec leurs membres et nous revenir</li> </ul>
PSSI + Atelier du changement	ONE	11/10/2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Déplore que les compétences sociales de la FWB n'ont pas été associées à la concertation préalable</li> <li>- Plus de difficulté avec la gouvernance qu'avec le cadre structurant</li> <li>- Questionne la différence culturelle avec les intervenants flamands</li> </ul>
Séance d'information	La ligue de santé-mentale	17/10/2022	<p style="text-align: center;">Psychologue et psychiatres de plusieurs associations</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nous avons fait notre présentation après celle du PSSI réalisé par le Cabinet (mécontentement pour le manque de reconnaissance du statut de psychiatre)</li> <li>- Questionnements sur l'intérêt de participer aux ADC. Ils ont déjà intégré une fonctionnement en réseau dans leur pratique, ils discutent de ces thématiques depuis longtemps.</li> <li>- Suite à la présentation, certains psychologues ont participé aux dernières portes ouvertes et ils se sont inscrits au focus group.</li> </ul>
Réunion d'info	La luss	16/11/22	<p style="text-align: center;">Luss et plusieurs asso de patients présents</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Crainte que usagers ne soient pas écoutés,</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faut aussi penser à sport et loisirs qui ont un rôle essentiel en prévention et doivent être intégrés aux registres</li> <li>- Rendre compréhensible, utiliser Falc (facile à lire et comprendre)</li> <li>- Lieu de partage des bons exemples</li> <li>- Crainte : rajouter une couche</li> <li>- Important : modifier mindset, aussi chez les patients eux-mêmes qui soient « empowered »</li> <li>- Enquête digitale : langage clair et max 10 minutes</li> <li>- Faire passer l'enquête par les communes, réseau aidants-proches, mutuelles, journal communal</li> </ul>
Conseil consultatif	Conseil consultatif, hébergement	24/11/2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Présentation PSSI</li> <li>- Attention au public mobile</li> </ul>
Table ronde, colloque	Plateforme santé mentale	07/12/2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Attention aux cases. Certains publics ne rentrent pas dedans ou ne veulent pas. Garder une forme de liberté.</li> <li>- Public éloigné des soins : même s'il est bien orienté, ça ne marche pas.</li> <li>- Besoin d'accueillir avant de diriger vers d'autres services. Ecouter ce que la personne a à dire.</li> <li>- Discontinuité : pas forcément lorsqu'on change de territoire mais juste lorsqu'on change de statut et donc de structure.</li> <li>- La question du territoire pose déjà problème maintenant</li> <li>- Public plus précaire, moins de facilités pour bouger</li> <li>- Développer les connaissances et relations entre services NL et FR</li> <li>- Mutualiser pour ne pas refaire ce qui est fait</li> </ul>
Colloque, atelier	Plateforme santé mentale	08/12/2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Présentation panneaux + 3 témoignages (entraide Marolle, Hermesplus, l'Adret)</li> <li>- Avoir un centre multidisciplinaire participe à la déstigmatisation : je peux m'y rendre juste pour consulter un généraliste ou alors pour consulter un service psy</li> <li>- Il faut du temps pour se rencontrer : déjà avoir le temps et ensuite trouver un moment dans les agendas</li> <li>- Les acteurs doivent être responsables de ce qui se passe dans le quartier</li> <li>- Le social-santé intégré permet la continuité et la continuité c'est essentiel, relier amont et aval des ruptures c'est nécessaire</li> <li>- Accessibilité est aussi une question de mobilité, une forme de réponse ce sont les PPL, psy de première ligne</li> <li>- Il faut aussi des moyens pour renforcer les services,</li> <li>- Il faut s'inspirer des évaluations des coordinations sociales et des CLSS pour faire mieux</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les bassins doivent créer des points d'interaction, des lieux d'échanges d'info, une structure qui lie le terrain, le politique, l'utilisateur.</li> <li>- Quid de la formation à ces nouvelles pratiques dans les écoles ?</li> <li>- Comment organiser et garantir la participation des usagers, notamment dans les asbl bassins et nous les acteurs nous devons y être mais devons aussi trouver le temps</li> <li>- Les zones d'intervention des acteurs ne concordent pas avec les territoires dessinés par le politique.</li> </ul>
Séance d'information	Ars Collaborandi	19/12/2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Des sujets comme les dossiers partagés sont discutés depuis bien longtemps en Flandre. 2024 : digitalisation des dossiers zorg.</li> <li>- Intégrer aussi les inputs de Brussels Takes care au rapport.</li> <li>- Travailler en appui du PSSI et des ateliers du changement</li> <li>- Différence de définition 1èL en Flandre = thuis of thuisvervangend et pour côté francophone = ambulatoire</li> </ul>

## **Propositions à d'autres niveaux que le bassin**

Durant les discussions qui ont eu lieu lors des focus groups, d'autres niveaux que le bassin ont été envisagés pour présenter ou résoudre les problèmes rencontrés par les professionnels. Sans être exhaustive, la liste qui suit met en avant les propositions les plus fréquentes.

- **Faciliter la prise de rendez-vous**

Les délais d'attente pour prendre un rendez-vous pour les usagers dans certains services (CPAS, mutuelles, syndicat,...) sont devenus très problématiques. Les professionnels perdent beaucoup de temps dans ces prises de rendez-vous. Il est urgent de réfléchir à des solutions et outils qui faciliteraient cette prise de rendez-vous au niveau local et régional.

- **Prendre en charge le back office et l'organisation et le suivi de rencontres**

Tout ce qui est de l'ordre du back-office (charge administrative et organisation logistique de rencontres) pèse beaucoup sur les services social-santé cela au niveau du bassin comme au niveau plus local. Il serait, ainsi, de grand soutien pour les services de prévoir des lieux et des personnes où adresser des questions administratives et demander l'exécution de certaines tâches administratives et logistiques.

- **Sortir hors des murs : marchés, activités, lieux culturels, infobus**

Des exemples intéressants et novateurs qui ont normalement lieu au niveau du quartier ont été relatés lors de focus groups (par exemple, place à nos droits sur la place E. Bockstael). Il s'agit de toutes sortes d'événements qui poussent les professionnels à sortir de leur services pour aller sur les marchés et les places publiques, de rayonner avec des "infobus", etc. Cela permet de toucher des publics qui, tout en ayant droit à recourir à ces services, ne s'y rendent pas. Par ailleurs, ce genre d'événement permet d'agir sur deux éléments en une fois, à savoir le recours au droit des usagers, mais aussi l'interconnaissance entre professionnels social-santé des services qui se trouvent sur un même territoire. Il serait certainement intéressant de développer ce genre d'événements au niveau des quartiers.

- **Enclencher des mécanismes de prévention**

Pouvoir avoir des protocoles de sortie d'hôpital ou de prison au niveau du bassin permettrait idéalement d'anticiper les problèmes de prise en charge, dès leur sortie, de certains publics seuls et/ou qui cumulent les précarités. Et c'est aussi anticiper pour agir avant de tomber dans l'urgence. La question s'est posée avant tout pour les personnes âgées seules dont la situation pourrait se détériorer assez vite. Qui serait en charge de tirer la sonnette d'alarme avant que la situation ne s'aggrave? Comment anticiper et enclencher des mécanismes de prévention le plus tôt possible? Les personnes avec qui l'utilisateur a tissé des liens de confiance (les proches, l'assistante sociale, les pair-aidants ou autres) seraient les mieux placées pour anticiper les problèmes. Toutefois, il faudrait prévoir une formalisation des procédures ainsi qu'une reconnaissance de leurs engagements.

- **Gérer l'offre sur le territoire**

La gestion de l'offre peut se faire au niveau du bassin mais aussi au niveau du quartier. Il s'agirait de comprendre au niveau du quartier les fonctions qui manquent, celles qui existent mais qu'il faut renforcer et comment pérenniser les fonctions qui comptent. Pour faire cela, les professionnels peuvent s'appuyer sur les notifications des dysfonctionnements répétés de certains services, les diagnostics qui existent et se font au niveau local et en réaliser de nouveaux lorsque cela est nécessaire.

Portes ouvertes – Opendeurendag - 11/10

Vous avez participé à/aux activité(s) suivante(s)	U hebt deelgenomen aan de volgende activiteit(en)
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Visite accompagnée - rondleiding</li> <li>○ Lunch réseau - netwerklunch</li> <li>○ Vous êtes passé durant la journée - je passeerde gedurende de dag</li> </ul>	
Cette activité a-t-elle répondu à vos attentes ? Pourquoi ?	Voldeed deze activiteit aan uw verwachtingen? Waarom ?
<p style="text-align: right;"><i>JA, veel info, veel tijd om casus te bespreken. Goed voorbereid.</i></p>	
Qu'avez-vous apprécié ?	Wat vond u goed?
<p style="text-align: center;"><i>VEERZAAM LUNCH zeer zinvol om iedereen standpunt te horen.</i></p>	
Quelles seraient vos attentes pour le prochain cycle des ateliers du changement ?	Wat zouden uw verwachtingen zijn voor de volgende ronde van de veranderateliers ?
<p style="text-align: center;"><i>FOCUS op 2 à 3 concrete prioriteiten zoals nu met de 3 casussen.</i></p>	
Un autre commentaire ?	Andere commentaar?
<p><i>Om het 'netwerken' te faciliteren per zone/wijk evt. postcodes waar men actief is op maankollege vermelden.</i></p>	
<p>Nous vous remercions pour votre présence et votre participation ! Ce formulaire peut être déposé dans la boîte prévue à cet effet ou être transmis par mail/courrier.</p>	<p>Wij danken u voor uw aanwezigheid en deelname! Dit formulier kan in de bus worden gedeponneerd of per post/mail worden toegezonden</p>

Portes ouvertes – Opendeurendag - 11/10

Vous avez participé à/aux activité(s) suivante(s)	U hebt deelgenomen aan de volgende activiteit(en)
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Visite accompagnée - rondleiding</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Lunch réseau – netwerklunch <i>Focus group</i></li> <li><input type="radio"/> Vous êtes passé durant la journée - je passeerde gedurende de dag</li> </ul>	
Cette activité a-t-elle répondu à vos attentes ? Pourquoi ?	Voldeed deze activiteit aan uw verwachtingen? Waarom ?
Qu'avez-vous apprécié ?	Wat vond u goed?
<i>Echanges pluridisciplinaires</i>	
Quelles seraient vos attentes pour le prochain cycle des ateliers du changement ?	Wat zouden uw verwachtingen zijn voor de volgende ronde van de veranderateliers ?
<i>Plus pratique</i>	
Un autre commentaire ?	Andere commentaar?
/	
<p>Nous vous remercions pour votre présence et votre participation ! Ce formulaire peut être déposé dans la boîte prévue à cet effet ou être transmis par mail/courrier.</p>	<p>Wij danken u voor uw aanwezigheid en deelname! Dit formulier kan in de bus worden gedeponereerd of per post/mail worden toegezonden</p>

Portes ouvertes – Opendeurendag - 11/10

Vous avez participé à/aux activité(s) suivante(s)	U hebt deelgenomen aan de volgende activiteit(en)
<input checked="" type="checkbox"/> Visite accompagnée - rondleiding <input checked="" type="checkbox"/> Lunch réseau – netwerklunch <input type="checkbox"/> Vous êtes passé durant la journée - je passeerde gedurende de dag	
Cette activité a-t-elle répondu à vos attentes ? Pourquoi ?	Voldeed deze activiteit aan uw verwachtingen? Waarom ?
<p style="text-align: center;">Oui. Intéressant de développer des stratégies en lien avec les besoins</p>	
Qu'avez-vous apprécié ?	Wat vond u goed?
<p style="text-align: center;">l'organisation en général, pertinence des infos en matière</p>	
Quelles seraient vos attentes pour le prochain cycle des ateliers du changement ?	Wat zouden uw verwachtingen zijn voor de volgende ronde van de veranderateliers ?
<p style="text-align: center;">/</p>	
Un autre commentaire ?	Andere commentaar?
<p style="text-align: center;">/</p>	
<p>Nous vous remercions pour votre présence et votre participation ! Ce formulaire peut être déposé dans la boîte prévue à cet effet ou être transmis par mail/courrier.</p>	<p>Wij danken u voor uw aanwezigheid en deelname! Dit formulier kan in de bus worden gedeponneerd of per post/mail worden toegezonden</p>

Portes ouvertes – Opendeurendag - 11/10

Vous avez participé à/aux activité(s) suivante(s)	U hebt deelgenomen aan de volgende activiteit(en)
<input checked="" type="checkbox"/> Visite accompagnée - rondleiding <input type="checkbox"/> Lunch réseau – netwerklunch <input type="checkbox"/> Vous êtes passé durant la journée - je passeerde gedurende de dag	
Cette activité a-t-elle répondu à vos attentes ? Pourquoi ?	Voldeed deze activiteit aan uw verwachtingen? Waarom ?
<p><i>Oui car rencontre réflexions</i></p>	
Qu'avez-vous apprécié ?	Wat vond u goed?
<p><i>la présentation de ce qui se préparait à fédéral, à régional. la possibilité de mettre une priorité sur certaines actions</i></p>	
Quelles seraient vos attentes pour le prochain cycle des ateliers du changement ?	Wat zouden uw verwachtingen zijn voor de volgende ronde van de veranderateliers ?
Un autre commentaire ?	Andere commentaar?
<p>Nous vous remercions pour votre présence et votre participation ! Ce formulaire peut être déposé dans la boîte prévue à cet effet ou être transmis par mail/courrier.</p>	<p>Wij danken u voor uw aanwezigheid en deelname! Dit formulier kan in de bus worden gedeponeerd of per post/mail worden toegezonden</p>

Portes ouvertes – Opendeurendag - 11/10

<p><b>Vous avez participé à/aux activité(s) suivante(s)</b></p>	<p><b>U hebt deelgenomen aan de volgende activiteit(en)</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Visite accompagnée - rondleiding</li> <li><input type="radio"/> Lunch réseau – netwerklunch</li> <li><input type="radio"/> Vous êtes passé durant la journée - je passeerde gedurende de dag</li> </ul>	<p><i>Après-midi park outdoor</i></p>
<p><b>Cette activité a-t-elle répondu à vos attentes ? Pourquoi ?</b></p>	<p><b>Voldeed deze activiteit aan uw verwachtingen? Waarom ?</b></p>
<p><i>Oui</i></p>	
<p><b>Qu'avez-vous apprécié ?</b></p>	<p><b>Wat vond u goed?</b></p>
<p><i>rencontre les acteurs locaux pour créer des liens</i></p>	
<p><b>Quelles seraient vos attentes pour le prochain cycle des ateliers du changement ?</b></p>	<p><b>Wat zouden uw verwachtingen zijn voor de volgende ronde van de veranderateliers ?</b></p>
<p><i>Seu des davantage de liens avec d'autres acteurs faire connaître le rôle des associations de patients pour créer des ponts. &amp; la plus value des associations</i></p>	
<p><b>Un autre commentaire ?</b></p>	<p><b>Andere commentaar?</b></p>
<p><i>aux acteurs</i></p>	
<p><b>Nous vous remercions pour votre présence et votre participation !</b> Ce formulaire peut être déposé dans la boîte prévue à cet effet ou être transmis par mail/courrier.</p>	<p><b>Wij danken u voor uw aanwezigheid en deelname!</b> Dit formulier kan in de bus worden gedeponneerd of per post/mail worden toegezonden</p>

Portes ouvertes – Opendeurendag - 11/10

Vous avez participé à/aux activité(s) suivante(s)	U hebt deelgenomen aan de volgende activiteit(en)
<input checked="" type="checkbox"/> Visite accompagnée - rondleiding <input type="checkbox"/> Lunch réseau – netwerklunch <input type="checkbox"/> Vous êtes passé durant la journée - je passeerde gedurende de dag	
Cette activité a-t-elle répondu à vos attentes ? Pourquoi ?	Voldeed deze activiteit aan uw verwachtingen? Waarom ?
Interessantes! Inspirants! Ben mia d'acteur	
Qu'avez-vous apprécié ?	Wat vond u goed?
Le Dynamisme, par leur "sévères" dans la méthodologie	
Quelles seraient vos attentes pour le prochain cycle des ateliers du changement ?	Wat zouden uw verwachtingen zijn voor de volgende ronde van de veranderateliers ?
Entendu la concrétisation	
Un autre commentaire ?	Andere commentaar?
Cool cool cool	
Nous vous remercions pour votre présence et votre participation ! Ce formulaire peut être déposé dans la boîte prévue à cet effet ou être transmis par mail/courrier.	Wij danken u voor uw aanwezigheid en deelname! Dit formulier kan in de bus worden gedeponerd of per post/mail worden toegezonden

Portes ouvertes – Opendeurendag - 11/10

Vous avez participé à/aux activité(s) suivante(s)	U hebt deelgenomen aan de volgende activiteit(en)
<p><input checked="" type="checkbox"/> Visite accompagnée - rondleiding</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Lunch réseau - netwerklunch</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Vous êtes passé durant la journée - je passeerde gedurende de dag</p>	
Cette activité a-t-elle répondu à vos attentes ? Pourquoi ?	Voldeed deze activiteit aan uw verwachtingen? Waarom ?
<p>Oui, un échange riche</p>	
Qu'avez-vous apprécié ?	Wat vond u goed?
<p>les réflexions, des idées</p>	
Quelles seraient vos attentes pour le prochain cycle des ateliers du changement ?	Wat zouden uw verwachtingen zijn voor de volgende ronde van de veranderateliers ?
<p>Mettre en place des outils de travail.</p>	
Un autre commentaire ?	Andere commentaar?
<p>/</p>	
<p>Nous vous remercions pour votre présence et votre participation ! Ce formulaire peut être déposé dans la boîte prévue à cet effet ou être transmis par mail/courrier.</p>	<p>Wij danken u voor uw aanwezigheid en deelname! Dit formulier kan in de bus worden gedeponereerd of per post/mail worden toegezonden</p>

Portes ouvertes – Opendeurendag - 11/10

Vous avez participé à/aux activité(s) suivante(s)	U hebt deelgenomen aan de volgende activiteit(en)
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Visite accompagnée - rondleiding</li> <li><input checked="" type="radio"/> Lunch réseau – netwerklunch</li> <li><input type="radio"/> Vous êtes passé durant la journée - je passeerde gedurende de dag</li> </ul>	
Cette activité a-t-elle répondu à vos attentes ? Pourquoi ?	Voldeed deze activiteit aan uw verwachtingen? Waarom ?
<p>Ik had geen verwachtingen en was aangenaam verrast door de diversiteit rondom de tafel.</p>	
Qu'avez-vous apprécié ?	Wat vond u goed?
<p>De inzichten van verschillende actoren.</p>	
Quelles seraient vos attentes pour le prochain cycle des ateliers du changement ?	Wat zouden uw verwachtingen zijn voor de volgende ronde van de veranderateliers ?
<p>Op voorhand de thema's / eventuele vragen krijgen → Beter aangepaste casussen</p>	
Un autre commentaire ?	Andere commentaar?
<p><i>(Empty space for additional comments)</i></p>	
<p>Nous vous remercions pour votre présence et votre participation ! Ce formulaire peut être déposé dans la boîte prévue à cet effet ou être transmis par mail/courrier.</p>	<p>Wij danken u voor uw aanwezigheid en deelname! Dit formulier kan in de bus worden gedeponneerd of per post/mail worden toegezonden</p>

Portes ouvertes – Opendeurendag - 11/10

Vous avez participé à/aux activité(s) suivante(s)	U hebt deelgenomen aan de volgende activiteit(en)
<input checked="" type="checkbox"/> Visite accompagnée - rondleiding <input type="checkbox"/> Lunch réseau – netwerklunch <input type="checkbox"/> Vous êtes passé durant la journée - je passeerde gedurende de dag	
Cette activité a-t-elle répondu à vos attentes ? Pourquoi ?	Voldeed deze activiteit aan uw verwachtingen? Waarom ?
<p>Au delà même!          Je trouve le projet et sa mise en place très enthousiasmant. Je ne savais pas trop à quoi m'attendre, c'est beaucoup plus clair et ça me donne envie d'y participer</p>	
Qu'avez-vous apprécié ?	Wat vond u goed?
<p>Clarté des posters et des interventions          Côté pragmatique, proche du terrain          L'approche systémique, la mise en réseau          Les rencontres d'autres professionnels</p>	
Quelles seraient vos attentes pour le prochain cycle des ateliers du changement ?	Wat zouden uw verwachtingen zijn voor de volgende ronde van de veranderateliers ?
Un autre commentaire ?	Andere commentaar?
<p>Une dynamique très intéressante, qui s'inscrit bien dans les pb rencontrés en pratique.          Une rationalisation bienvenue également</p>	
<p>Nous vous remercions pour votre présence et votre participation !          Ce formulaire peut être déposé dans la boîte prévue à cet effet ou être transmis par mail/courrier.</p>	<p>Wij danken u voor uw aanwezigheid en deelname!          Dit formulier kan in de bus worden gedeponerd of per post/mail worden toegezonden</p>

Portes ouvertes – Opendeurendag - 11/10

Vous avez participé à/aux activité(s) suivante(s)	U hebt deelgenomen aan de volgende activiteit(en)
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Visite accompagnée - rondleiding</li> <li>○ Lunch réseau – netwerklunch <i>fokus groupe</i></li> <li>○ Vous êtes passé durant la journée - je passeerde gedurende de dag</li> </ul>	
Cette activité a-t-elle répondu à vos attentes ? Pourquoi ?	Voldeed deze activiteit aan uw verwachtingen? Waarom ?
<i>Je me suis pas d'attente particulière</i>	
Qu'avez-vous apprécié ?	Wat vond u goed?
<i>L'échange sur le sujet de l'accès</i>	
Quelles seraient vos attentes pour le prochain cycle des ateliers du changement ?	Wat zouden uw verwachtingen zijn voor de volgende ronde van de veranderateliers ?
<i>Je voudrais que les situations exposées répondent à nos réalités de terrain</i>	
Un autre commentaire ?	Andere commentaar?
<i>Non</i>	
<p>Nous vous remercions pour votre présence et votre participation ! Ce formulaire peut être déposé dans la boîte prévue à cet effet ou être transmis par mail/courrier.</p>	<p>Wij danken u voor uw aanwezigheid en deelname! Dit formulier kan in de bus worden gedeponneerd of per post/mail worden toegezonden</p>

Portes ouvertes – Opendeurendag - 11/10

Vous avez participé à/aux activité(s) suivante(s)	U hebt deelgenomen aan de volgende activiteit(en)
<input checked="" type="checkbox"/> Visite accompagnée - rondleiding <input type="checkbox"/> Lunch réseau – netwerklunch <input type="checkbox"/> Vous êtes passé durant la journée - je passeerde gedurende de dag	
Cette activité a-t-elle répondu à vos attentes ? Pourquoi ?	Voldeed deze activiteit aan uw verwachtingen? Waarom ?
<i>Ja, hoewel ik niet goed mist wat te verwachten, ben ik zeer blij met de info die we kregen</i>	
Qu'avez-vous apprécié ?	Wat vond u goed?
<i>De vrijheid om verschillende meningen met elkaar te delen, gehoord worden</i>	
Quelles seraient vos attentes pour le prochain cycle des ateliers du changement ?	Wat zouden uw verwachtingen zijn voor de volgende ronde van de veranderateliers ?
<i>Evaluer naar meer om meer concrete zaken</i>	
Un autre commentaire ?	Andere commentaar?
<p>Nous vous remercions pour votre présence et votre participation ! Ce formulaire peut être déposé dans la boîte prévue à cet effet ou être transmis par mail/courrier.</p>	<p>Wij danken u voor uw aanwezigheid en deelname! Dit formulier kan in de bus worden gedeponereerd of per post/mail worden toegezonden</p>

Portes ouvertes – Opendeurendag - 11/10

Vous avez participé à/aux activité(s) suivante(s)	U hebt deelgenomen aan de volgende activiteit(en)
<input checked="" type="checkbox"/> Visite accompagnée - rondleiding <input type="checkbox"/> Lunch réseau – netwerklunch <input type="checkbox"/> Vous êtes passé durant la journée - je passeerde gedurende de dag	
Cette activité a-t-elle répondu à vos attentes ? Pourquoi ?	Voldeed deze activiteit aan uw verwachtingen? Waarom ?
<p style="text-align: right;">Ja, voldoende kadering en toch niet te veel 'theorie'</p>	
Qu'avez-vous apprécié ?	Wat vond u goed?
<p style="text-align: right;">de uitwisseling tussen de ≠ deelnemers.</p>	
Quelles seraient vos attentes pour le prochain cycle des ateliers du changement ?	Wat zouden uw verwachtingen zijn voor de volgende ronde van de veranderateliers ?
<p style="text-align: right;">concreter maken of antwoorden zoeken op de ideeën die vandaag gegeven werden</p>	
Un autre commentaire ?	Andere commentaar?
<p style="text-align: right;">ook zelfstandige zoekverkeners (proberen) te betrekken.</p>	
<p>Nous vous remercions pour votre présence et votre participation ! Ce formulaire peut être déposé dans la boîte prévue à cet effet ou être transmis par mail/courrier.</p>	<p>Wij danken u voor uw aanwezigheid en deelname! Dit formulier kan in de bus worden gedeponneerd of per post/mail worden toegezonden</p>

Portes ouvertes – Opendeurendag - 11/10

Vous avez participé à/aux activité(s) suivante(s)	U hebt deelgenomen aan de volgende activiteit(en)
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Visite accompagnée - rondleiding</li> <li>○ Lunch réseau – netwerklunch</li> <li>○ Vous êtes passé durant la journée - je passeerde gedurende de dag</li> </ul>	
Cette activité a-t-elle répondu à vos attentes ? Pourquoi ?	Voldeed deze activiteit aan uw verwachtingen? Waarom ?
<p><i>Oui car ça répond bien à la réalité sur le terrain et qu'il y a des réflexions sur le changement</i></p>	
Qu'avez-vous apprécié ?	Wat vond u goed?
<p><i>Le débat et les échanges</i></p>	
Quelles seraient vos attentes pour le prochain cycle des ateliers du changement ?	Wat zouden uw verwachtingen zijn voor de volgende ronde van de veranderateliers ?
Un autre commentaire ?	Andere commentaar?
<p><b>Nous vous remercions pour votre présence et votre participation !</b> Ce formulaire peut être déposé dans la boîte prévue à cet effet ou être transmis par mail/courrier.</p>	<p><b>Wij danken u voor uw aanwezigheid en deelname!</b> Dit formulier kan in de bus worden gedeponneerd of per post/mail worden toegezonden</p>

Portes ouvertes – Opendeurendag - 11/10

Vous avez participé à/aux activité(s) suivante(s)	U hebt deelgenomen aan de volgende activiteit(en)
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Visite accompagnée - rondleiding</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Lunch réseau – netwerklunch</li> <li><input type="radio"/> Vous êtes passé durant la journée - je passeerde gedurende de dag</li> </ul>	
Cette activité a-t-elle répondu à vos attentes ? Pourquoi ?	Voldeed deze activiteit aan uw verwachtingen? Waarom ?
<p><i>oui, je me rends compte qu'on commence à écouter la voix du patient.</i></p>	
Qu'avez-vous apprécié ?	Wat vond u goed?
<p><i>la bienveillance</i></p>	
Quelles seraient vos attentes pour le prochain cycle des ateliers du changement ?	Wat zouden uw verwachtingen zijn voor de volgende ronde van de veranderateliers ?
<p><i>ne changer rien</i></p>	
Un autre commentaire ?	Andere commentaar?
<p><i>Merçi beaucoup.</i></p>	
<p><b>Nous vous remercions pour votre présence et votre participation !</b> Ce formulaire peut être déposé dans la boîte prévue à cet effet ou être transmis par mail/courrier.</p>	<p><b>Wij danken u voor uw aanwezigheid en deelname!</b> Dit formulier kan in de bus worden gedeponneerd of per post/mail worden toegezonden</p>

Portes ouvertes – Opendeurendag - 11/10

Vous avez participé à/aux activité(s) suivante(s)	U hebt deelgenomen aan de volgende activiteit(en)
<input checked="" type="checkbox"/> Visite accompagnée - rondleiding <input checked="" type="checkbox"/> Lunch réseau – netwerklunch <i>jeans groep</i> <input type="checkbox"/> Vous êtes passé durant la journée - je passeerde gedurende de dag	
Cette activité a-t-elle répondu à vos attentes ? Pourquoi ?	Voldeed deze activiteit aan uw verwachtingen? Waarom ?
<i>Dels → braindoem in WG en rondleiding = interessant.          Net zoals bij veel acties vrees ik dat we de mening van de burger niet voldoende gaan hebben</i>	
Qu'avez-vous apprécié ?	Wat vond u goed?
<i>Braindoem eten / drinken</i>	
Quelles seraient vos attentes pour le prochain cycle des ateliers du changement ?	Wat zouden uw verwachtingen zijn voor de volgende ronde van de veranderateliers ?
<i>Open deur → toch graag wieden om te volgen ..          wat is het nut van de 'open deur'          Dichter bij de burger? Kies 5 locaties in hun midden? lokaal dienstencentrum, woonzorgcentrum, <i>wijkagent,heidscent.</i></i>	
Un autre commentaire ?	Andere commentaar?
<i>Meerlyke opname, veel succes!          Hopelyke kunnen we alle <del>reizen</del> en dezelfde richting <i>lygen</i></i>	
Nous vous remercions pour votre présence et votre participation ! Ce formulaire peut être déposé dans la boîte prévue à cet effet ou être transmis par mail/courrier.	Wij danken u voor uw aanwezigheid en deelname! Dit formulier kan in de bus worden gedeponneerd of per post/mail worden toegezonden



Portes ouvertes – Opendeurendag - 11/10

Vous avez participé à/aux activité(s) suivante(s)	U hebt deelgenomen aan de volgende activiteit(en)
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Visite accompagnée - rondleiding</li> <li>○ Lunch réseau – netwerklunch</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Vous êtes passé durant la journée - je passeerde gedurende de dag</li> </ul>	
Cette activité a-t-elle répondu à vos attentes ? Pourquoi ?	Voldeed deze activiteit aan uw verwachtingen? Waarom ?
<p>ja, er was genoeg uitwisseling</p>	
Qu'avez-vous apprécié ?	Wat vond u goed?
<p>toebet → geeft luim op uitwisseling</p>	
Quelles seraient vos attentes pour le prochain cycle des ateliers du changement ?	Wat zouden uw verwachtingen zijn voor de volgende ronde van de veranderateliers ?
<p>/</p>	
Un autre commentaire ?	Andere commentaar?
<p>/</p>	
<p><b>Nous vous remercions pour votre présence et votre participation !</b> Ce formulaire peut être déposé dans la boîte prévue à cet effet ou être transmis par mail/courrier.</p>	<p><b>Wij danken u voor uw aanwezigheid en deelname!</b> Dit formulier kan in de bus worden gedeponereerd of per post/mail worden toegezonden</p>

Portes ouvertes – Opendeurendag - 11/10

Vous avez participé à/aux activité(s) suivante(s)	U hebt deelgenomen aan de volgende activiteit(en)
<input checked="" type="checkbox"/> Visite accompagnée - rondleiding <input checked="" type="checkbox"/> Lunch réseau – netwerklunch <input type="checkbox"/> Vous êtes passé durant la journée - je passeerde gedurende de dag	
Cette activité a-t-elle répondu à vos attentes ? Pourquoi ?	Voldeed deze activiteit aan uw verwachtingen? Waarom ?
<p>⊕ prendre le temps de se pencher dessus en collectif</p> <p>⊖ sous proupe "les éléments qui alimentent" Bonik? include?</p>	
Qu'avez-vous apprécié ?	Wat vond u goed?
<p>⊕ l'aura le parole à tous et toutes</p>	
Quelles seraient vos attentes pour le prochain cycle des ateliers du changement ?	Wat zouden uw verwachtingen zijn voor de volgende ronde van de veranderateliers ?
<p>mieux comprendre la posture des facilitateurs d'instances "hors le cabinet" "on se sent pas" ... posture pédagogique? +clair</p>	
Un autre commentaire ?	Andere commentaar?
<p>Nous vous remercions pour votre présence et votre participation ! Ce formulaire peut être déposé dans la boîte prévue à cet effet ou être transmis par mail/courrier.</p>	<p>Wij danken u voor uw aanwezigheid en deelname! Dit formulier kan in de bus worden gedeponereerd of per post/mail worden toegezonden</p>

<b>Vous avez participé à/aux activité(s) suivante(s)</b>	<b>U hebt deelgenomen aan de volgende activiteit(en)</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Visite accompagnée - rondleiding <input type="checkbox"/> Lunch réseau - netwerklunch <input type="checkbox"/> Vous êtes passé durant la journée - je passeerde gedurende de dag	
<b>Cette activité a-t-elle répondu à vos attentes ? Pourquoi ?</b>	<b>Voldeed deze activiteit aan uw verwachtingen? Waarom ?</b>
<i>Bonne présentation du projet mais "trop leon pour être vrai"</i>	
<b>Qu'avez-vous apprécié ?</b>	<b>Wat vond u goed?</b>
<b>Quelles seraient vos attentes pour le prochain cycle des ateliers du changement ?</b>	<b>Wat zouden uw verwachtingen zijn voor de volgende ronde van de veranderateliers ?</b>
<b>Un autre commentaire ?</b>	<b>Andere commentaar?</b>
<b>Nous vous remercions pour votre présence et votre participation !</b> Ce formulaire peut être déposé dans la boîte prévue à cet effet ou être transmis par mail/courrier.	<b>Wij danken u voor uw aanwezigheid en deelname!</b> Dit formulier kan in de bus worden gedeponerd of per post/mail worden toegezonden

<b>Vous avez participé à/aux activité(s) suivante(s)</b>	<b>U hebt deelgenomen aan de volgende activiteit(en)</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Visite accompagnée - rondleiding <input checked="" type="checkbox"/> Lunch réseau - netwerklunch <input type="checkbox"/> Vous êtes passé durant la journée - je passeerde gedurende de dag	
<b>Cette activité a-t-elle répondu à vos attentes ? Pourquoi ?</b>	<b>Voldeed deze activiteit aan uw verwachtingen? Waarom ?</b>
<i>oui car les participants</i>	
<b>Qu'avez-vous apprécié ?</b>	<b>Wat vond u goed?</b>
<i>les nombreux échanges sur site</i>	
<b>Quelles seraient vos attentes pour le prochain cycle des ateliers du changement ?</b>	<b>Wat zouden uw verwachtingen zijn voor de volgende ronde van de veranderateliers ?</b>
<i>A /</i>	
<b>Un autre commentaire ?</b>	<b>Andere commentaar?</b>
<i>/</i>	
<b>Nous vous remercions pour votre présence et votre participation ! Ce formulaire peut être déposé dans la boîte prévue à cet effet ou être transmis par mail/courrier.</b>	<b>Wij danken u voor uw aanwezigheid en deelname! Dit formulier kan in de bus worden gedeponneerd of per post/mail worden toegezonden</b>

Portes ouvertes – Opendeurendag - 11/10

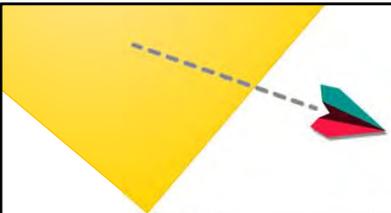
Vous avez participé à/aux activité(s) suivante(s)	U hebt deelgenomen aan de volgende activiteit(en)
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Visite accompagnée - rondleiding</li> <li>○ Lunch réseau – netwerklunch</li> <li>☒ Vous êtes passé durant la journée - je passeerde gedurende de dag</li> </ul>	
Cette activité a-t-elle répondu à vos attentes ? Pourquoi ?	Voldeed deze activiteit aan uw verwachtingen? Waarom ?
<p>ja, er was genoeg uitwisseling</p>	
Qu'avez-vous apprécié ?	Wat vond u goed?
<p>toebet → geeft luim op uitwisseling</p>	
Quelles seraient vos attentes pour le prochain cycle des ateliers du changement ?	Wat zouden uw verwachtingen zijn voor de volgende ronde van de veranderateliers ?
<p>/</p>	
Un autre commentaire ?	Andere commentaar?
<p>/</p>	
<p>Nous vous remercions pour votre présence et votre participation ! Ce formulaire peut être déposé dans la boîte prévue à cet effet ou être transmis par mail/courrier.</p>	<p>Wij danken u voor uw aanwezigheid en deelname! Dit formulier kan in de bus worden gedeponereerd of per post/mail worden toegezonden</p>

Portes ouvertes – Opendeurendag - 11/10

Vous avez participé à/aux activité(s) suivante(s)	U hebt deelgenomen aan de volgende activiteit(en)
<input checked="" type="checkbox"/> Visite accompagnée - rondleiding <input checked="" type="checkbox"/> Lunch réseau – netwerklunch <input type="checkbox"/> Vous êtes passé durant la journée - je passeerde gedurende de dag	
Cette activité a-t-elle répondu à vos attentes ? Pourquoi ?	Voldeed deze activiteit aan uw verwachtingen? Waarom ?
<p>⊕ prendre le temps de se pencher dessus en collectif</p> <p>⊖ sous proupe "les éléments qui alimentent" Bonik? inclusiv?</p>	
Qu'avez-vous apprécié ?	Wat vond u goed?
<p>⊕ l'aura le parole à tous et toutes</p>	
Quelles seraient vos attentes pour le prochain cycle des ateliers du changement ?	Wat zouden uw verwachtingen zijn voor de volgende ronde van de veranderateliers ?
<p>mieux comprendre la posture des facilitateurs d'instances "hors le cabinet" "on se sent pas" ... posture pédagogique? +clair</p>	
Un autre commentaire ?	Andere commentaar?
<p>Nous vous remercions pour votre présence et votre participation ! Ce formulaire peut être déposé dans la boîte prévue à cet effet ou être transmis par mail/courrier.</p>	<p>Wij danken u voor uw aanwezigheid en deelname! Dit formulier kan in de bus worden gedeponneerd of per post/mail worden toegezonden</p>

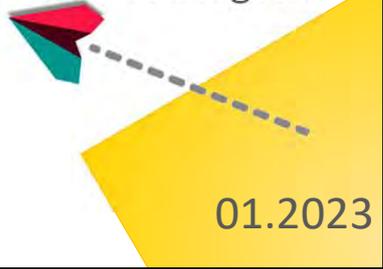
Vous avez participé à/aux activité(s) suivante(s)	U hebt deelgenomen aan de volgende activiteit(en)
<input checked="" type="checkbox"/> Visite accompagnée - rondleiding <input type="checkbox"/> Lunch réseau - netwerklunch <input type="checkbox"/> Vous êtes passé durant la journée - je passeerde gedurende de dag	
Cette activité a-t-elle répondu à vos attentes ? Pourquoi ?	Voldeed deze activiteit aan uw verwachtingen? Waarom ?
<i>Bonne présentation du projet mais "trop leon pour être vrai"</i>	
Qu'avez-vous apprécié ?	Wat vond u goed?
Quelles seraient vos attentes pour le prochain cycle des ateliers du changement ?	Wat zouden uw verwachtingen zijn voor de volgende ronde van de veranderateliers ?
Un autre commentaire ?	Andere commentaar?
<p>Nous vous remercions pour votre présence et votre participation !          Ce formulaire peut être déposé dans la boîte prévue à cet effet ou être transmis par mail/courrier.</p>	<p>Wij danken u voor uw aanwezigheid en deelname!          Dit formulier kan in de bus worden gedeponed of per post/mail worden toegezonden</p>



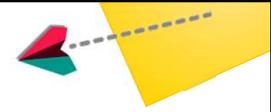


# Verander Atelier du Changement Focus groups

Vers une dynamique collective à l'échelle des bassins  
Op weg naar een collectieve dynamiek op niveau van de zorgzones

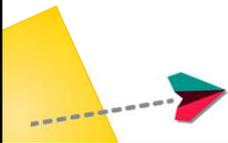


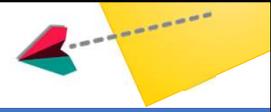
01.2023



## Agenda

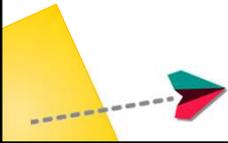
1. Contexte
2. Points d'attention et craintes
3. Points principaux ressortis des FG
  - a. Points principaux
  - b. Les fonctions bassin
  - c. Les autres niveaux
4. Timeline
5. Discussion

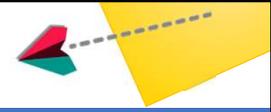




## Contexte (1)

- Première législature (2019-2024) avec compétences social/santé réunies
- Volonté de structurer une offre intégrée social-santé dans Déclaration de Politique Régionale
- Consultation d'acteurs concernés – *Brussels Takes Care*
- Production d'un Plan Social-Santé Intégré (PSSI) (Référentiel + Plan Opérationnel)
- Atelier du Changement
- Groupes de travail « Territoires », gouvernance bassin, CLSS, etc.
- Nouveaux textes législatifs : DOC, Décret Ambulatoire, Ordonnance Première Ligne





## Contexte (2)

- 4 échelles de réorganisation :
  - Groupement de quartiers
  - Commune
  - Bassin
  - Région
- 3 problématiques structurantes :
  - Accès à l'aide et aux soins
  - Continuité de la prise en charge
  - Intégration de l'offre
- 1 niveau à inventer : le bassin





## Contexte (3)

Atelier du Changement :

- 5 journées portes ouvertes
- 5 Focus groups (un par bassin)
- 1 consultation numérique

Un rapport opérationnel qui donne des orientations, qui souligne des points d'attention...

... pour nourrir la réflexion du Cabinet

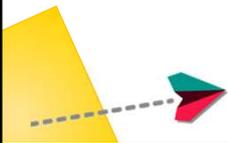
... pour construire des expériences pilotes





## Points d'attention

- Garantir un accueil « physique », humain, avec horaire élargi
- Travail social = accompagnement, pas contrôle
- Conserver liberté de choix et garantir droits du patient
- Lutter contre la saturation
- Pérenniser l'existant et ses financements
- Améliorer les conditions de travail



Figureront dans le rapport et seront remontés au Cabinet.

Financement: notamment subsides à temps et pérennes.

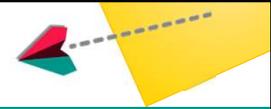
Conditions de travail: aussi mobilité ( ex.: pouvoir se garer facilement lorsque les professionnels se rendent chez l'utilisateur ), valorisation / reconnaissance travailleurs, ligne d'accès tel pour professionnels



## Craintes et risques

- Bassins vont rajouter une couche
- Atteinte à la liberté de choix du patient et des professionnels
- Responsabilité populationnelle ne peut pas devenir responsabilité du terrain
- Invisibiliser les différences au sein d'un bassin, un bassin n'est pas uniforme
- Mise en péril des services de coordination qui travaillent sur les 19 communes
- Avoir plus de coordination sans plus de travailleurs = rallonger les délais ou diminuer qualité
- Scission des services sur les frontières
- Création de ruptures lors du passage d'un bassin à l'autre
- L'échange de données peut conduire à perdre l'anonymat, or c'est essentiel pour accueil bas seuil. Aussi crainte qu'il y ait un traçage des services consommés et des limites à l'utilisation de services





## Points principaux ressortis

- Améliorer l'accueil
- Langues
- Mobilité à Bxl
- Guichet unique
- Compréhension et visibilité de l'offre
- Répertoire acteurs terrain
- N° tel unique et gratuit

Accès

Continuité

Focus  
groups

- Coordination ambu-résidentiel
- Dossier partagé usager
- Liberté d'association
- Liberté du patient/professionnel
- Interconnaissance prof
- Référent/pers de confiance

Organisation intégrée

- Rôle et reconnaissance coordination
- Reconnaissance de l'existant
- Place de l'utilisateur
- Programmation de l'offre
- Appui du réseau informel
- CSSI
- Prévention

8

### ACCES :

- Améliorer l'accueil c'est entre autres prendre en compte la particularité des publics, des heures d'ouverture élargies, éviter la fracture numérique, faciliter la prise de RDV et en limiter les délais
- Guichet unique: avoir un guichet spécifique social-santé, mais aussi promouvoir des lieux neutres (des lieux de liens) pour accueillir tout venant.
- Langues : profiter des médiateurs culturels pour améliorer l'accès aux services, mais aussi formation linguistique des travailleurs.
- Mobilité: à la fois pour les usagers qui doivent aller aux rdv et pour les professionnels qui se rendent chez la personne.
- Compréhension et visibilité de l'offre c'est entre autres comprendre et voir clairement ce qui existe en terme d'offre et inclure les acteurs clés du quartier
- Répertoire acteur terrain
- N° tel unique: avoir une ligne d'accès direct pour les professionnels (pour les syndicats, les mutuelles, les hôpitaux, autres).

### CONTINUITE

- Liberté d'association : C'est un droit, même si des asbl font doublon, pas quotas.

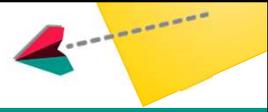
- Liberté du patient de pouvoir voir le professionnel qu'il souhaite. Et pour le travailleur, liberté de choix à la fois de ses patients et des structures avec qui il veut travailler
- Coordination ambu-résidentiel : ex.: créer des protocoles de sorties d'hôpital et de prison, créer un dossier de sortie dès l'entrée en hôpital
- Référent/pers de confiance: avoir une personne de confiance et un accompagnement humain pour publics fragilisés

#### ORGANISATION INTEGREE

- Rôle et reconnaissance coordination c'est entre autres la concertation entre services, la continuité des soins lors de la sortie d'hôpital et la reconnaissance du temps nécessaire pour cette coordination
- Place de l'utilisateur c'est reconnaître le savoir faire du patient et prendre sa voix en compte
- Appui réseau informel c'est par exemple l'appui pour le rôle des aidants proches
- CSSI: profiter des évaluations d'autres projets (antennes 107, CLSS, projets seniors), les concevoir comme des expérimentations sur le long terme, ils pourraient être des lieux d'accueil bas seuil. - Prévention : formations, immersions, stages etc.
- Programmation de l'offre c'est avoir une offre plus cohérente (éviter doublons, plus complémentaires, intégré FR/NL...)

Les points qui ressortent ne sont pas figés, certaines choses font encore débat (ex.: il n'y pas d'accord pour ce qui concerne le dossier partagé sur quel type d'information partager et comment la partager).

Par contre il y a une congruence avec les thématiques traitées pendant les portes ouvertes. Les 3 priorités qui sont ressorties des portes ouvertes le montrent : les bassins doivent pouvoir aider à une programmation et meilleure cohérence de l'offre (programmation), favoriser et organiser la rencontre entre professionnels et en marge des bassins, il faut un financement adéquat.



## Et plus précisément sur les bassins

Bassin = valeur ajoutée pour :

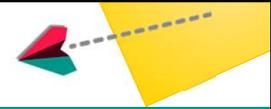
- diffuser/récolter connaissance social-santé (lieu avec diagnostics, veille, ...)
- relai vers le politique (manquements)
- adapter des objectifs régionaux social-santé à la situation du bassin
- formation
- soutien back-office: communication, administration, logistique (organisation concertation)

Tout en :

- S'appuyant sur et s'articulant avec l'existant (CLSS, OSS, centres coordi, réseaux, ...)
- Veillant à une cohérence régionale (dossier partagé, répertoire)



Nous avons réarticulé tout ce qui a été dit dans les focus groups en 4 pôles (voir slide suivante).



## Fonctions bassin

### Prévention

Soutenir les dynamiques locales favorables à la santé

### Connaissance

Centraliser, organiser et mettre à disposition la connaissance sur les besoins et les demandes de la population ainsi que de l'offre existante dans la zone

### Coordination

Organiser l'articulation entre les acteurs intervenant dans les situations complexes et gérer les moyens mis à disposition des acteurs du bassin. En particulier en cas de situation sanitaire exceptionnelle

### Réseau

Soutenir une dynamique de réseau qui favorise l'interconnaissance, la confiance, l'identité collective par rapport au territoire de référence et à sa population et ainsi développer le sentiment de responsabilité collective par rapport à cette population

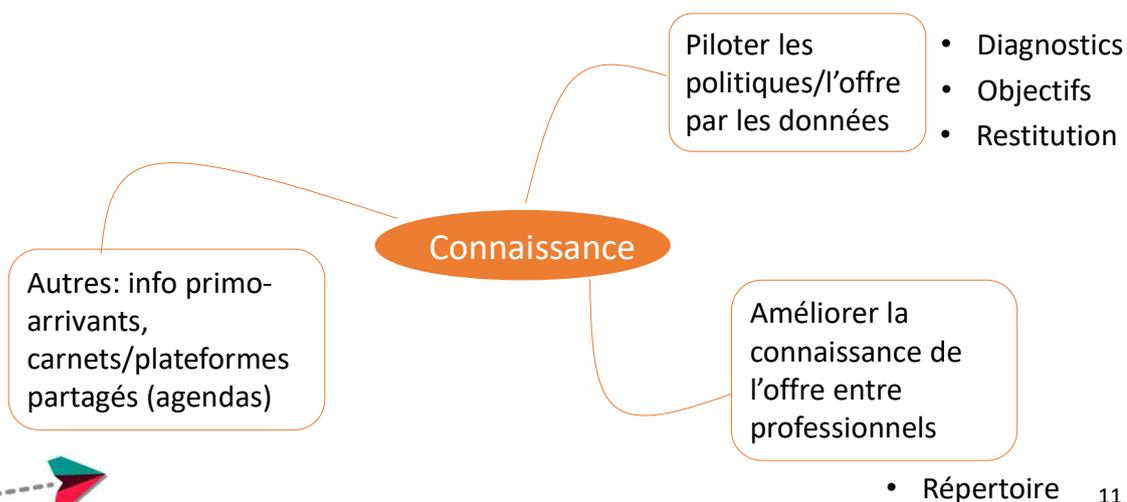
10

Les fonctions qui pourraient être celles des bassins selon les FG rejoignent celles qui ont été mises en avant dans le GT Territoire.

Ce qui est présenté dans les slides qui suivent est ce qui a été évoqué par un focus group, cela ne veut pas dire que tous l'ont évoqué. C'est un relevé de propositions. Tous les participants ne sont pas toujours d'accord. Nous proposons un ensemble de questions ouvertes à travailler sur le terrain. On délimite ensemble une zone de travail, des chantiers à venir, un premier pas dans la mise en place.



## Connaissance



Piloter les politiques, l'offre par les données, entre autres:

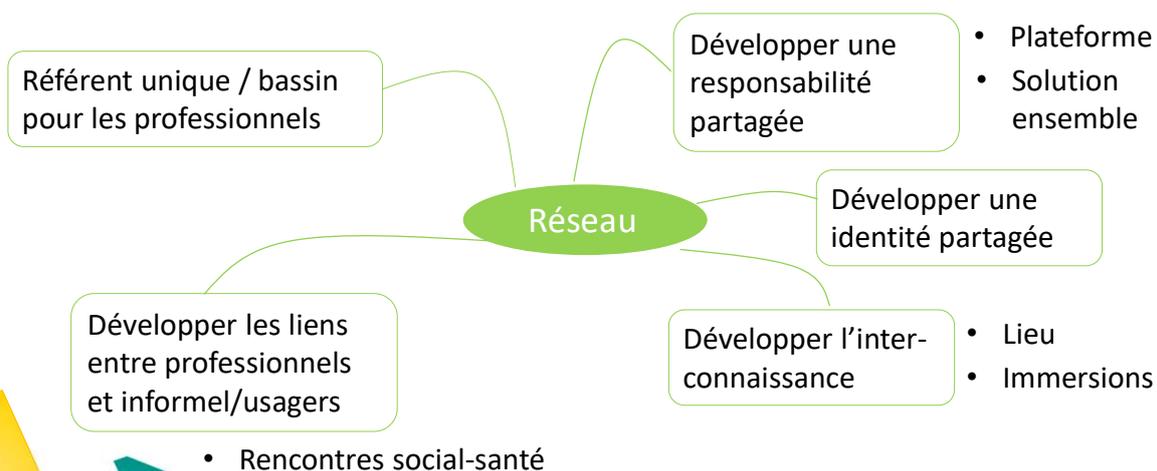
- Partager les **diagnostics** qui sont/seront effectués au niveau du bassin en un même lieu et les rendre accessibles.
- Récolter /Analyser des données pour programmer l'offre
- Quantifier la saturation
- Mais, en même temps s'appuyer sur plus de données qualitatives pour programmer l'offre
- Solliciter les connaissances développés par les RAQ/CHW
- Se fixer des **objectifs** spécifiques au niveau du bassin pour répondre aux objectifs de la région.
- **Recevoir** des chiffres des instances publiques: les professionnels doivent fournir des données aux instances publiques mais ne reçoivent rien en retour -> réaliser des retours vers les professionnels

Améliorer la connaissance de l'offre entre professionnels, entre autres:

- Répertoire unique des services pour les professionnels, mais aussi convivialité (style app) pour les usagers
- Intégrer à ce répertoire les réseaux informels et services des mutualités par exemple
- Mise à jour de ce répertoire



## Réseau



12

Développer une responsabilité partagée, entre autres:

- **Plateforme** de communication entre professionnels (ex: hub-chat entre CPAS)
- Travailler en réseau pour avoir une visibilité sur par exemple les lits ou hébergements disponibles, avoir un cadastre des places disponibles
- Travailler en réseau avec la cartographie sociale d'une personne en besoin.
- Bref trouver des solutions **ensemble**

Développer l'interconnaissance, entre autres:

- **Lieu** pour se connaître entre professionnels, communauté de pratiques, appui méthodo pour partager des expériences
- **Immersion**s trans-sectorielles

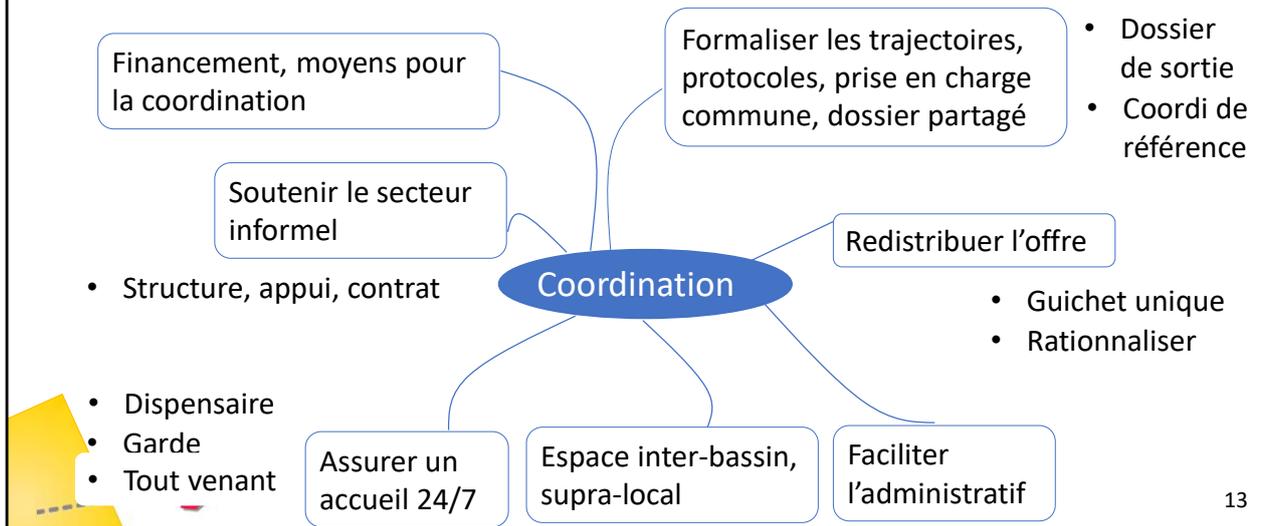
Développer les liens entre professionnels et informel/usagers, entre autres:

- **Rencontres** social-santé entre usagers, informels et professionnels (//salon)
- Connaître et créer des **ponts** entre réseau informel et services professionnels

Réfèrent unique qui soit joignable par tel, qui puisse réorienter



## Coordination



13

Trajectoires et protocoles, entre autres:

- **Dossier** de sortie d'hôpital, de prison qui reprend l'historique des soins (partir de base e-health? élargir?)
- Réorienter et coordonner avec soins à domicile
- Boite jaune, carnet de liaison
- Désigner une personne de **référence** par dossier complexe

Redistribuer l'offre, entre autres:

- Grand **guichet** social-santé où coordonner directement la réponse (ex: CAP, CSSI)
- **Redélimiter** les fonctions de chacun, coordonner FR/NL, rationaliser, redistribuer
- Rassembler autour d'une problématique (ex: Maia en France pour Alzheimer)
- Soutenir l'ambulatoire multi-disciplinaire
- Soutenir les fonctions mobiles de 1<sup>ère</sup> ligne

Faciliter l'administratif, entre autres:

- Appui administratif : bassin organise les rencontres, mails, agendas partagés...

Accueil 24/7, entre autres:

- Lieux de liens

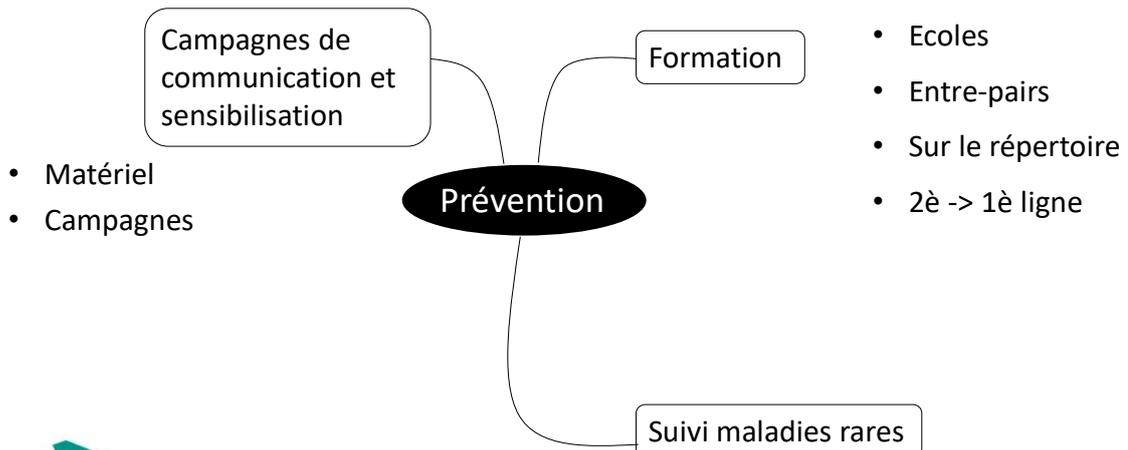
- Accueil **tout venant** avec quelqu'un qui accompagne jusqu'au prochain service
- Permanence/**garde** à l'échelle du bassin
- Organiser et mettre à disposition un **dispensaire** gratuit par bassin
- Partage de compétences (ex: médiateurs culturels)

Soutenir les acteurs informels, entre autres:

- Soutenir le réseau
- Structurer les pair-aidants, proposer un contrat



## Prévention



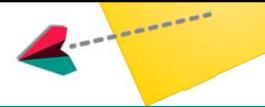
14

Formation (aide à l'organisation, promouvoir incitants à la formation), entre autres:

- Dans les **écoles** travailleurs sociaux, soins (éventuellement via École de formation du secteur public)
- Encourager formations davantage multidisciplinaires
- Entre **pairs**, formations sur le terrain sur comment organiser l'accueil public spécifique et tout-venant (work-load)
- Formations sur le **répertoire** et sa mise à jour (éventuellement via École de formation du secteur public)
- **Transfert** de connaissance de 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup> ligne vers 1<sup>ère</sup> ligne pour agir plus tôt en prévention et dégager capacité 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> ligne

Campagnes de communication, entre autres:

- Concevoir et diffuser du **matériel** de communication sur l'offre
- Organiser de grandes **campagnes** de communication

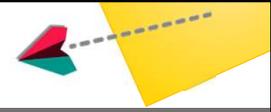


## Ce qui concerne d'autres niveaux que le bassin

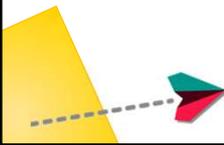
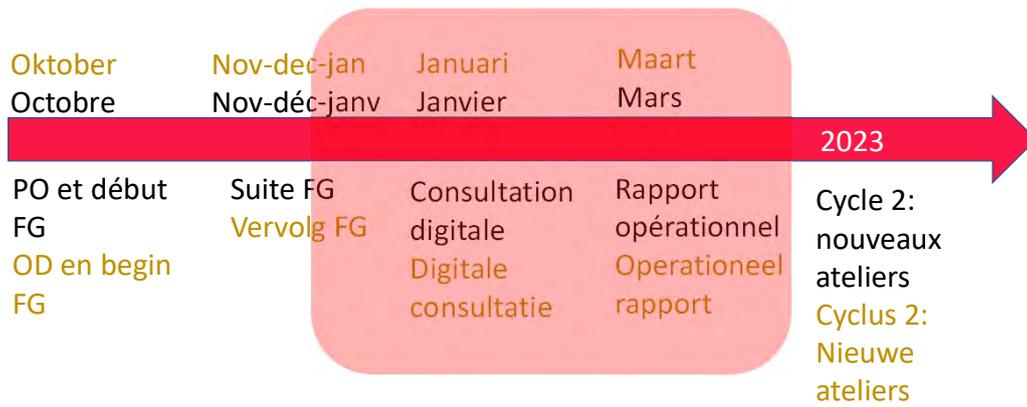
- Rendre les services plus visibles
- Elargir heures d'ouverture et accueil multi-culturel (outreaching langue, Ciré, Bruxelles-accueil, Cetis)
- Fracture numérique, guichets physiques
- Personne de confiance social-santé pour usager, accompagnement physique
- Rôle clé du médecin généraliste
- Dossier usager partagé
- Faciliter la prise de rendez-vous
- Voir si et comment utiliser les points d'accréditation quand participe à concertation (ex: GLEM)
- Num tel unique pour usagers: ex: helpdesk Brusano, 112 social-santé, numéro FdSS
- Ligne d'accès direct hôpitaux et autres pour prof
- Notifier événements indésirables au bassin
- Soutien admin: prise en charge de l'organisation et le suivi de rencontres
- Hors des murs: marchés, activités, lieux culturels, infobus
- Enclencher mécanismes prévention beaucoup plus tôt
- Patient partenaire, expert

15

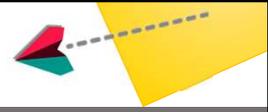
Ces éléments n'entrent pas dans le rôle des bassins, mais une articulation doit être faite du bassin vers le haut (au niveau des politiques, de la région...) et vers le bas (au niveau des quartiers, de la commune).



## Timeline



<https://verander-atelier-changement.brussels/>



## Discussion

1. Vos commentaires et retours
2. L'après-focus group
  - Sur quoi faudrait-il travailler ensemble en premier?
  - A quoi voulez-vous consacrer votre temps après mars?

