

Stratégie wallonne de parcours de vie intégrés pour les personnes en perte d'autonomie

Analyse prospective et stratégique sur les conditions nécessaires pour des parcours de vie intégrés

PREALABLE

La notion de désinstitutionnalisation ou de non-institutionnalisation n'étant pas clairement énoncée dans la littérature (cf. rapport intermédiaire) mais approchée au travers d'interrogations d'intentions, il a été choisi de décaler le point de vue en s'axant sur les parcours de vie des personnes et sur ce qui s'avère facilitant dans la détermination du lieu de vie.

Dès lors, sur base de l'évolution des travaux basés sur les constats académiques et des Membres du présent sous-groupe de travail, il est proposé de traiter des questions de désinstitutionnalisation et de non-institutionnalisation à travers une approche **de parcours de vie intégrés** :

- **selon les lieux et les parcours de vie**
- **en partant des besoins de la personne**
- **en permettant le choix éclairé de la personne**
- **en diversifiant, en renforçant et en faisant évoluer l'offre de services**
- **en considérant les ressources de la personne : familles/amis/voisinages/financières.**

Dans un contexte d'hébergement, le projet de vie individuel doit pouvoir tendre vers un projet de vie collectif selon un équilibre entre ressources de la structure (les travailleurs notamment) et les besoins des résidents.

La notion de choix de vie est, donc, préférée à la notion de critères menant une non-institutionnalisation ou une désinstitutionnalisation.

En outre, ce parcours de vie intégré est à considérer sous deux versants :

- un versant transmural sous l'angle du parcours de vie de l'utilisateur/la personne quel que soit son lieu de vie.
- un versant intra-muros qui se focalise sur chaque institution : domicile, CJ, MR/MRS, IHP/MSP, structures d'hébergement pour personnes en situation de handicap, etc.

Les deux versants étant, bien entendu, interreliés et perméables.

Question de départ des travaux des 3 sous-groupes « *Notion et critères* », « *Accompagnement* » et « *Forces et faiblesses des dispositifs existants* » :

« Quelles sont les conditions nécessaires pour des parcours de vie intégrés permettant à la personne en perte d'autonomie de choisir son lieu de vie ? ».

A. TRAVAUX DES SOUS-GROUPES EN SYNTHÈSE

AXES GENERAUX	OBJECTIFS OPERATIONNELS
1. Permettre à la personne de rester/d'être accompagnée dans son lieu de vie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Permettre (dans une approche préventive) une meilleure identification des besoins de la personne en fonction de son trajet de vie ▪ Diversifier l'offre de solutions qui permettent un accompagnement de qualité des personnes dans un lieu de vie adapté à leurs besoins ▪ Développer l'offre de solutions dans une approche de trajets de vie flexibles ▪ Avoir accès à une offre de transport (médico-sanitaire ou sociale) qualitative accessible temporellement et financièrement. ▪ Permettre l'évolution du secteur institutionnel, garantir le maintien en institution, maintenir l'offre (éviter les exclusions, les ruptures de parcours).
2. Permettre à la personne de quitter son lieu de vie et assurer la transition entre deux lieux de vie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développer une connaissance approfondie et transversale des besoins des bénéficiaires et soutenir les bénéficiaires dans leur transition ▪ Développer des solutions mixtes et flexibles ▪ Garantir une transition de qualité au sein des institutions ▪ Rôle à jouer par les centres de coordination dans la transition des lieux de vie.
3. Respecter la personne dans son lieu de vie/son accompagnement et améliorer la qualité de l'accompagnement (habitudes de vie, vie affective, sexuelle et relationnelle, vie privée, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Favoriser les dispositifs qui permettent de rendre le bénéficiaire acteur de son accompagnement ▪ Réglementer/réorganiser les structures pour assurer que le bénéficiaire soit acteur de son accompagnement ▪ Favoriser la réinsertion sociale des personnes (pour leur permettre de s'insérer dans leur environnement social et culturel) et réactiver le lien social.
4. Développer/identifier les pratiques innovantes en matière d'accompagnement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Favoriser les approches « participatives » et centrées sur les besoins des personnes ▪ Favoriser la création de nouveaux métiers et permettre les évolutions, la mobilité verticale et horizontale des fonctions liées à l'aide et aux soins ▪ Créer des lieux de vie de transition.
5. Créer les conditions d'accès pour un lieu de vie abordable/un accompagnement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Favoriser la transversalité entre les politiques publiques (logement, action sociale et santé, emploi, mobilité...) ▪ Étendre l'accès géographique des dispositifs ayant fait leurs preuves. ▪ Penser à la réorganisation/l'aménagement du territoire afin de faciliter l'accès aux services

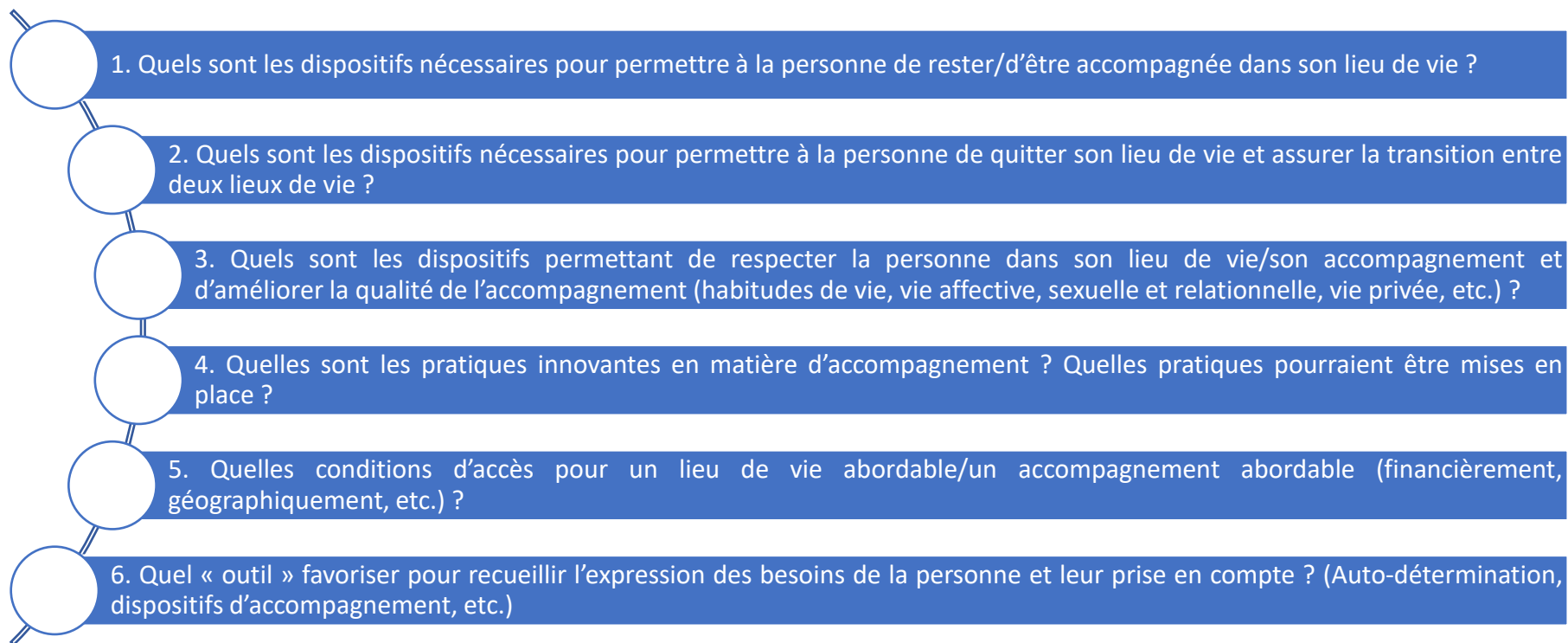
abordable (financièrement, géographiquement, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Au niveau de l'accessibilité financière, entamer une réflexion sur les politiques de prix
6. Développer/identifier les « outils » favorisant le recueil de l'expression des besoins de la personne et leur prise en compte (auto-détermination, dispositifs d'accompagnement, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Favoriser les outils qui permettent de comprendre le trajet de vie de la personne et l'expression de ses besoins de manière récurrente ▪ Impliquer les bénéficiaires et/ou leurs aidants dans les structures décisionnelles.
7. Identifier l'aide à la décision utiliser afin de déterminer l'intensité de soutien nécessaire (prise en considération des facteurs environnementaux) et travailler la prévention	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recourir à des outils d'évaluation pour dimensionner le soutien et l'accompagnement nécessaire ▪ S'assurer d'une certaine harmonisation pour permettre la mobilité et la flexibilité des parcours entre les différents dispositifs ▪ Rendre les outils participatifs pour permettre de déterminer avec la personne et la placer au cœur de ses décisions et projets ▪ Cibler les lieux les plus adéquats pour assurer la prévention.
8. Améliorer la coordination aux niveaux des acteurs et des réseaux concernés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer une coordination multi-niveau et adaptée aux objectifs poursuivis et aux besoins des personnes en fonction de leur zone de vie ▪ Aider à la cohérence et à la continuité de l'aide : éviter la rupture et gagner en transition.
9. Favoriser la situation personnelle des individus au niveau socio-économique, culturel, de santé, etc.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Garantir la transversalité entre les politiques publiques (logement, emploi...) ▪ Soutenir les personnes en tant qu'acteur au sein de la communauté ▪ Promouvoir le rôle de l'AVIQ pour assurer la coordination/la centralisation d'offres plus inclusives.
10. Améliorer la connaissance des dispositifs existants	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mieux connaître et visibiliser les dispositifs existants et identifier les niveaux de compétences (fédéral, régional) afférents.
11. Améliorer les dispositifs existants	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cf. tableau de synthèse point V, A du rapport intermédiaire et annexe 2.
12. Sensibiliser l'environnement de la personne (la famille, par exemple) pour un choix éclairé de lieu de vie/de l'accompagnement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier et cartographier les offres déjà existantes ▪ Développer les campagnes de promotion ▪ Simplifier la recherche d'information/donner un accès direct à l'information (« circuit-court »).


AXES TRANSVERSAUX AUX AXES GENERAUX (cf. point C)	OBJECTIFS OPERATIONNELS
1. Sensibilisation et communication vers le grand public, les médias et les professionnels	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revaloriser/déstigmatiser l'image des institutions, des personnes ▪ Informer et sensibiliser les citoyens à la perte d'autonomie ▪ Revaloriser l'image des dispositifs et des professionnels ▪ Tenir compte des déterminants sociaux de la santé ▪ Sensibiliser les professionnels au sein des institutions.
2. Information et implication des personnes et de leur famille dans les décisions relatives aux soins, à l'aide et à l'accompagnement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Associer les personnes et leur famille aux décisions relatives à la qualité des soins ▪ Impliquer les bénéficiaires et/ou leurs aidants dans les structures décisionnelles des structures ▪ Privilégier les concertations interdisciplinaires en y associant le patient et ses proches/famille (« pair-aidance ») ▪ Informer les patients/les usagers sur leurs droits et obligations et faciliter les voies de recours.
3. Conditions de travail des professionnels et implications sur l'organisation du travail	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Associer les professionnels dans les décisions relatives à la qualité des soins ▪ Via la concertation sociale, améliorer les conditions de travail.
4. Formation des professionnels	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Former les professionnels et encourager le développement de nouvelles méthodes de travail afin de développer les capacités d'autonomie des personnes et favoriser le maintien des compétences ▪ Former les professionnels et leur apporter le soutien nécessaire pour la transition ▪ Rendre les métiers du « care » plus attractifs et faciliter le passage de l'hébergement vers l'ambulatoire.
5. Aspects financiers et budgétaires/droits d'accès liés aux services	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fournir les moyens nécessaires et suffisants pour développer l'offre ▪ Initier un changement de paradigme dans l'octroi des droits d'accès, subventions (porter une attention particulière aux règles de facturations, aux conventions de financement, réfléchir à une articulation plus fluide et cohérente pour favoriser la liaison entre les différents services), promouvoir l'automatisme des droits ▪ Faire évoluer les normes d'agrément et de subventionnement pour favoriser la multidisciplinarité et assurer une meilleure qualité de l'aide et des soins ▪ Réaliser un état des lieux des conditions d'accès aux interventions et aides financières et réviser les conditions d'accès obsolètes ou potentiellement discriminantes.

B. TRAVAUX DES SOUS-GROUPES EN DETAIL

La réflexion des sous-groupes a été menée autour de 11 questions découlant de la question de départ et visant à ouvrir la réflexion sur les conditions nécessaires d'un parcours de vie intégré (en considérant toute politique publique intervenant dans ce parcours).

Un état des lieux des dispositifs existants a, également, été établi (cf. **annexe 2** du rapport intermédiaire).

- 
1. Quels sont les dispositifs nécessaires pour permettre à la personne de rester/d'être accompagnée dans son lieu de vie ?
 2. Quels sont les dispositifs nécessaires pour permettre à la personne de quitter son lieu de vie et assurer la transition entre deux lieux de vie ?
 3. Quels sont les dispositifs permettant de respecter la personne dans son lieu de vie/son accompagnement et d'améliorer la qualité de l'accompagnement (habitudes de vie, vie affective, sexuelle et relationnelle, vie privée, etc.) ?
 4. Quelles sont les pratiques innovantes en matière d'accompagnement ? Quelles pratiques pourraient être mises en place ?
 5. Quelles conditions d'accès pour un lieu de vie abordable/un accompagnement abordable (financièrement, géographiquement, etc.) ?
 6. Quel « outil » favoriser pour recueillir l'expression des besoins de la personne et leur prise en compte ? (Auto-détermination, dispositifs d'accompagnement, etc.)

- 
7. Quel outil d'aide à la décision utiliser afin de déterminer l'intensité de soutien nécessaire (prise en considération des facteurs environnementaux) et travailler la prévention ?
 8. A quel(s) niveau(x) d'acteur(s) et de réseau(x) la coordination devrait-elle être améliorée ?
 9. Comment favoriser la situation personnelle des individus au niveau socio-économique, culturel, de santé, etc. ? Sachant que cela représente autant de freins à un parcours de vie intégré.
 10. Les dispositifs existants sont-ils suffisamment connus ? Si non, lesquels ? Comment y remédier ?
 11. Comment sensibiliser l'environnement de la personne (la famille, par exemple) pour un choix éclairé de lieu de vie/de l'accompagnement ?

QUESTIONS	DISPOSITIFS EXISTANTS PERMETTANT DE REPOINDRE AUX BESOINS IDENTIFIES	PROPOSITIONS D' ACTIONS	DISPOSITIFS A DEVELOPPER
<p>1. Quels sont les dispositifs nécessaires pour permettre à la personne de rester/d'être accompagnée dans son lieu de vie ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'adaptation du lieu de vie : <ul style="list-style-type: none"> ○ services conseil en aménagement et adaptations du domicile pour permettre de mener une ou plusieurs activités dans son environnement naturel ○ l'aide individuelle à l'intégration : intervention dans le coût de diverses aides qui favorisent l'accompagnement à domicile ou l'intégration sociale des personnes en situation de handicap. ▪ Les services d'aide à domicile : <ul style="list-style-type: none"> ○ les centres de coordination des soins à domicile : conseils, informations et mise en œuvre d'aides et de soins visant à permettre de rester à domicile ○ les services intégrés de soins à domicile : veiller au suivi de l'information et de l'encadrement tout au long du processus de soins, aussi bien à l'égard du prestataire de soins qu'à celui du patient et stimuler la collaboration entre ses membres 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans une approche préventive, permettre une meilleure identification des besoins de la personne en fonction de son trajet de vie : <ul style="list-style-type: none"> ○ développer des outils qui permettent d'une part de retracer le parcours du bénéficiaire (déterminants psychosociaux ...) et d'autre part de réaliser une auto-analyse des besoins (usager-personnel-famille) où la parole de l'usager est prioritaire : analyse des capacités/incapacités de la personne (anamnèse, observation, discussions formelles/informelles, entretien avec le psychiatre). ▪ Diversifier l'offre de solutions qui permettent une prise en charge de qualité des personnes dans un lieu de vie adapté à leurs besoins : <ul style="list-style-type: none"> ○ réaliser une analyse de l'offre des soins et des dispositifs d'aide existants ○ développer un réseau diversifié et accessible dans un délai raisonnable (couverture géographique, zones rurales/isolées) ○ rendre accessible des lieux de vie adaptés aux besoins des patients/résidents/bénéficiaires/usagers ○ un réseau de professionnels, d'associations et d'équipes de soins 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utiliser/améliorer (évaluer) les services sociaux des hôpitaux, lien avec les services de 1^{ère} ligne, lien avec le secteur institutionnel ▪ Get up Wallonia : renforcement de l'offre de répit ▪ Les projets introduits dans le cadre du plan de résilience et de relance ont une visée d'accompagnement et de sécurisation du lieu de vie : le projet de téléassistance intuitive vise à analyser les habitudes de vie et pouvoir identifier toute anomalie dans son comportement ; les projets d'habitats groupés solidaires et inclusifs intègrent un aspect de coordination afin d'assurer une dynamique de vie commune et de soutien des habitants dans leur quotidien. Un

	<ul style="list-style-type: none"> ○ les services d'aide aux familles et aînés (SAFA) : intervention au domicile afin de fournir une aide à la vie quotidienne à travers des prestations liées au maintien, au retour à domicile ou à l'accompagnement. ▪ L'assistance : <ul style="list-style-type: none"> ○ les services de garde à domicile : personne formée qui procure une présence rassurante et adaptée pendant plusieurs heures, de jour ou de nuit ○ l'assistance digitale : services de té-vigilance qui permettent de signaler un problème ou d'appeler à l'aide par exemple en cas de chute. ▪ Les services d'aide en milieu de vie : <ul style="list-style-type: none"> ○ soutien à l'autonomie au travers des services d'accompagnement, des services d'aide précoce et d'aide à l'intégration, des services d'aide à la vie journalière, des services d'accompagnement en accueil de type familial ○ les cellules mobiles d'intervention (CMI) qui accompagnent les personnes Double Diagnostic et interviennent 	<p>adapté autour du patient/résidents/bénéficiaires/usagers</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ une prise en charge rapide ambulatoire ou hospitalière en cas de décompensation/aggravation de la perte d'autonomie ○ développer les services de coordination de soins à domicile ○ encourager les activités qui créent du lien social et qui préviennent l'aggravation des problématiques (secteur culturel, tourisme, WADA, loisirs, coaching, action des pouvoirs locaux, etc.). ○ accompagner et encourager le changement et l'évolution des services et institutions dans une optique d'adaptation de l'offre plus inclusive et plus adaptée aux besoins individuels et collectifs ○ renforcer les services de garde à domicile pour mieux répondre à l'ensemble des demandes. ▪ Développer l'offre de solutions dans une approche de trajets de vie flexibles : <ul style="list-style-type: none"> ○ accepter que certaines personnes, dans la société actuelle, ont besoin d'allers-retours tout au long de leur vie. Nous sommes dans une société où l'on bouge de la naissance à la fin de vie. ○ veiller à ce que l'accompagnement soit « aussi court que possible et aussi long que nécessaire » ○ prévoir que l'accompagnement puisse évoluer et/ou fluctuer au fil du temps ○ veiller à la bonne adéquation des outils avec les besoins de la personne (outils 	<p>projet financé par le FSE+ vise à travailler sur ces aspects dans le cadre de projets d'habitats solidaires déjà existants (« Accompagner le vivre ensemble dans les habitats solidaires et inclusifs).</p> ▪ Projet FSE + : <ul style="list-style-type: none"> ○ vie autonome (heures inconfortables des SAFA) ○ prêt et accompagnement pour une meilleure autonomie de vie ○ coaching en activités sociales, utiles et de loisirs ○ évolution du rôle de l'aidant-proche et renforcement de l'offre de répit ○ convergence ○ accompagner le vivre ensemble dans les habitats solidaires et inclusifs.
--	---	--	---

	<p>dans les milieux de vie habituels.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les Services de Santé Mentale : <ul style="list-style-type: none"> ○ un service de santé mentale est une structure ambulatoire qui, par une approche pluridisciplinaire, répond aux difficultés psychiques ou psychologiques de la population du territoire qu'il dessert. • Les centres de réadaptation fonctionnelle : <ul style="list-style-type: none"> ○ assurer le développement maximal des capacités fonctionnelles ou leur récupération après traumatisme, tant chez les enfants que chez les adultes. • La diversification de l'offre : <ul style="list-style-type: none"> ○ les LEN, SLS et IHP, MSP : logement en autonomie individuel ou communautaire, soutien à l'autonomie et accompagnement des personnes dans leur projet de vie. 	<p>collectifs permettent une réponse plus rapide)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ être au clair avec « ce que le service fait » et « ce qu'il ne fait pas », « à qui il s'adresse » et « à qui il ne s'adresse pas » – et pouvoir, le cas échéant, réorienter la personne. Rester « humble » dans ses ambitions ○ éviter néanmoins de sectoriser, garder un maillage, garder l'opportunité pour les services de garder des missions hors agrément ○ établir un référent de soins pour la personne ○ avoir un projet pédagogique et de soins centré sur la personne : son parcours de vie (habitudes, histoire de vie, envies, ...), son parcours de soins et ses besoins socio-relationnels ○ accompagner le changement via des audits, outils de sensibilisation, supervisions ; évolutions réglementaires ; critères d'humanisation de l'habitat dans les appels à projets infrastructures. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avoir accès à une offre de transport (médico-sanitaire ou sociale) qualitative accessible temporellement et financièrement : <ul style="list-style-type: none"> ○ la prise en charge à domicile nécessite aussi des trajets vers des institutions pour des soins plus urgents ou spécialisés ou qui permettent de maintenir des activités sociales, trajets qui ne peuvent pas toujours être assumés par l'entourage des personnes. 	<p>Développer une offre de transport suffisamment réfléchi et coordonné au niveau des pouvoirs publics. Il s'agirait de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ réaliser une analyse de l'offre de transports de patients existante ○ garantir l'accessibilité financière pour les patients, les coûts de transport ne devant pas être un frein pour l'accès
--	--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Permettre l'évolution du secteur institutionnel, garantir le maintien en institution, maintenir l'offre (éviter les exclusions, les ruptures de parcours) : <ul style="list-style-type: none"> ○ accompagner et former les équipes dans ce sens ○ faire évoluer les infrastructures vers des infrastructures plus inclusives, en incluant les besoins des familles. Evoluer vers des solutions modernes et souples, à l'écoute des besoins, avec des accompagnements soutenus 	<p>aux soins de santé pour les patients ; ce qui signifie notamment de limiter les éventuels suppléments</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ garantir la liberté de choix du patient, son bien-être et ses droits conformément à la loi sur les droits du patient, ○ augmenter la transparence pour le patient, ce qui implique la clarté et la prévisibilité des tarifs (fixation de tarifs de référence ou conventionnés), ainsi que la clarté sur les prestations qui peuvent être attendues en contrepartie (accompagnement jusqu'à l'accueil, aller et retour, transport en chaise roulante, engagements sur la ponctualité, la propreté et l'équipement du véhicule...) ○ assurer la qualité du service, en tentant grâce au cadre normatif, de supprimer les désagréments engendrés dans tous les types de transport (ambulance, VSL) par des prestataires de service, qui sont en-dessous du niveau de service ou de sécurité que
--	--	---	---

			<p>le patient est en droit d'attendre</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ veiller également à l'équilibre entre cette qualité de service et l'accessibilité financière pour le patient ○ préserver le rôle essentiel des initiatives de solidarité et les associations de bénévoles en ne les enfermant pas dans des contraintes légales menaçant leur survie.
<p>2. Quels sont les dispositifs nécessaires pour permettre à la personne de quitter son lieu de vie et assurer la transition entre deux lieux de vie ?</p> <p><i>Comment assurer une meilleure prise en charge dans les institutions ?</i></p> <p><i>Comment améliorer l'environnement social des personnes pour garantir la réussite de leur autonomie ?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les services d'aide en milieu de vie : la cellule de référence en matière de handicap et de vieillissement (CRHV) qui vise à préparer l'entrée des usagers vieillissants dans de nouvelles structures plus adaptées à leur âge et à leurs besoins. • Les centres de coordination des soins à domicile : conseils, informations et mise en œuvre d'aides et de soins visant à permettre de rester à domicile • Les LEN, SLS et IHP, MSP : logement en autonomie individuel ou communautaire, soutien à l'autonomie et accompagnement des personnes dans leur projet de vie • Les services « housing first » : accompagnent les sans-abris dans la recherche d'un logement, et 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développer une connaissance approfondie et transversale des besoins des bénéficiaires et soutenir les bénéficiaires dans leur transition : <ul style="list-style-type: none"> ○ disposer d'une analyse objective de ses besoins en matière de soins de santé, financier, relationnel et psychologique => « The right person at the right place ». ○ étayer la personne avec ses fragilités, l'aider à renforcer et diversifier ses ressources, à expérimenter et identifier ce qui la sécurise, cheminer à ses côtés et à son rythme ○ informer la personne de la permanence des échanges entre partenaires ○ convenir avec la personne des modalités de transmission d'informations la concernant ○ autant que possible, introduire la personne qui passe d'un dispositif à l'autre, l'accompagner physiquement si nécessaire. S'assurer du tuilage des interventions. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développer des logements AVJ pour une période d'essai (dispositifs de cumul) (3 mois) ▪ Projets d'habitats solidaires et inclusifs (Plan de relance européen) et accompagner le vivre ensemble au sein des projets d'habitats solidaires et inclusifs (FSE+) ▪ Au sein de la DA, des dispositifs sont en cours afin d'améliorer la transition domicile-MR.S ▪ Mise en place d'un canevas pour le projet de vie institutionnel et le projet de vie spécifique ▪ Opérationnalisation de la démarche d'amélioration continue dans les MR.S

	<p>accompagnement pour assurer le maintien dans un logement.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des lieux de transition, des centres de convalescence • Les soins palliatifs : les équipes de soutien multidisciplinaire en soins palliatifs fournissent, une contribution complémentaire au soutien des patients en soins palliatifs qui veulent passer la dernière phase de leur vie sur leur lieu de vie (domicile, MR-MRS, institution d'hébergement...). • L'inclusion sociale et l'autodétermination : <ul style="list-style-type: none"> ○ transition-insertion (Forme 2 et 3) : transition vers la vie active des élèves en dernière année de scolarité ○ transition 16-25 et Transition école vie active (Forme 1 et 2) : Le projet vise à soutenir les jeunes de 15-25 ans dans leur transition « école-vie active » en les accompagnant dans la construction de leur projet de vie et la mise en place d'un plan de transition école-vie active, individualisé. 	<p>Développer des solutions mixtes et flexibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ développer l'offre existante en tenant compte de l'évolution de la population ○ développer des solutions mixtes en fonction des besoins et demandes des bénéficiaires ○ développer les conventions avec les institutions de soins (hôpitaux psychiatrique, IHP, etc.) ○ éviter la rupture : pour cela diversifier offre sur le territoire pour que la personne puisse avoir le choix de l'accès au soin ○ veiller à ce que les soins, accompagnements et/ou activités proposés s'orientent au moins partiellement vers l'extérieur du service ○ veiller à ce que l'offre de transport soit suffisamment accessible pour permettre des activités ou certains soins à l'extérieur de l'institution. ○ l'intervention des centres de coordination permet : <ul style="list-style-type: none"> ✓ la rencontre, ✓ de rendre à la personne vulnérable sa capacité et son pouvoir d'action ✓ la mise en place de services en lien direct avec ses besoins, ceux des aidants et de l'environnement ○ concertation multidisciplinaire entre services sociaux cliniques/CPAS...et prestataires du domicile ○ intervention des équipes mobiles ○ recentrer le travail sur l'accompagnement à domicile avec pour objectif premier l'autonomie de la 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en place de formations et d'outils pour les projets de vie individualisés ▪ Suivi, soutien et valorisation du déploiement des projets Tubbe dans les MR.S ▪ Coordination des GT « Vieillesse et Qualité de vie » : six projets pilotes « changement de paradigme », mise en place d'une politique de bienveillance, création de 15 espaces communautaires, révision des normes et mise en place d'une campagne de COM. ▪ Continuer de travailler avec les A.S.B.L. qui luttent contre l'âgisme en Wallonie (p.ex., Sequoia, Entrâge, Respect Seniors) ▪ Communiquer de façon positive sur les MR.S (campagne de communication entre l'AVIQ et les Fédérations de MR.S).
--	---	---	--

		<p>personne, ne pas la réifier (changer en chose) en accomplissant les actes de la vie quotidienne à sa place, mais en l'incluant dans tous les actes, aussi minime soit cette participation => temps de présence nécessaire : interdire les prestations de moins d'une heure => augmenter les heures de contingent et mieux financer les services de garde à domicile et les aides-ménagères sociales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Garantir une transition de qualité au sein des institutions : <ul style="list-style-type: none"> ○ un accueil qui tient compte du sentiment de rupture de la personne par rapport à son ancien lieu de vie et qui présente le cadre institutionnel (le ROI, le projet institutionnel...) ○ une connaissance partagée de l'histoire de vie des personnes par le personnel (permettant une plus grande empathie du personnel, et donc des soins relationnels de qualité) ○ un accompagnement personnalisé/adapté aux habitudes de vie, au vécu ainsi qu'aux capacités préservées des personnes ○ un respect de la vie relationnelle, affective et sexuelle : préservation de l'espace privé et de l'intimité des personnes 	<ul style="list-style-type: none"> • Rendre effectif le droit de chacun d'accéder en cas de besoin à des soins palliatifs de qualité peu importe le lieu de vie • Renforcer auprès des intervenants, les formations et coordinations permettant une approche des soins palliatifs axée sur la maîtrise de la douleur, l'éthique et la relation • Développer des équipes d'intervention pluridisciplinaires (hospitalières et dans les coordinations d'aide à domicile) • Prévoir plus de moyens pour les équipes de soins palliatifs et le développement de l'action de celles-ci dans les différents derniers lieux de vie choisis par les
--	--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> ○ un management participatif qui favorise le pouvoir décisionnel des personnes ○ des professionnels formés aux spécificités psychologiques de la personne (permettant de mieux comprendre les comportements/attitudes et de savoir réagir en cas de situations problématiques telles que la présence d'une détresse psychologique (ex : syndrome de glissement chez les aînés) ○ des activités signifiantes (qui répond aux besoins et aux attentes des personnes) ○ des activités citoyennes, intergénérationnelles et ouvertes vers l'extérieur ○ une équipe de soins adaptée et en suffisance avec un équilibre entre les soins médicaux (« cure ») et les soins relationnels (« care ») ○ une tolérance au risque permettant le respect de la liberté et de l'autonomie individuelle ○ un cadre de vie familial et chaleureux (« comme chez soi »). ○ permettre une fin de vie de qualité et respectueuse des dernières volontés ○ des repas équilibrés et variés. 	<p>individus au regard du pic démographique à venir</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informer sur la déclaration anticipée de projet de soin en fin de vie.
<p>3. Quels sont les dispositifs permettant de respecter la personne dans son lieu de vie/son</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les services d'aide en milieu de vie : <ul style="list-style-type: none"> ○ Mouvement « personnes d'abord ». 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Favoriser les dispositifs qui permettent de rendre le bénéficiaire acteur/actrice de son accompagnement : 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Projet FSE+ : <ul style="list-style-type: none"> ○ prêt et accompagnement

<p>accompagnement et d'améliorer la qualité de l'accompagnement (habitudes de vie, vie affective, sexuelle et relationnelle, vie privée, etc.) ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vie sexuelle et affective : <ul style="list-style-type: none"> ○ centre de ressources « Sexualités & Handicaps » : service de documentation, d'information et d'échange autour de la thématique de la vie relationnelle, affective et sexuelle des personnes handicapées, quel que soit l'âge ou la déficience à l'origine du handicap ○ salon Envie d'amour. ▪ Acteur de ses choix : <ul style="list-style-type: none"> ○ projets pédagogiques dans les services ○ MR/MR(S) : Tubbemodellen et management participatif ○ les missions des audits qualités dans les structures « AVIQ » ○ les services d'accompagnements, les LEN, SLS, IHP, MSP services de soutien à l'emploi et à l'inclusion sociale qui accompagnent la personne dans la définition de son projet de vie ○ l'intégration des proches dans le réseau de la personne : les projets de soutien à la transition, projets autour des aidants proches, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ la personne doit rester « Acteur/actrice » de ses choix. Il est nécessaire de l'accompagner dans la compréhension des choix possibles en l'écoutant et en l'impliquant dans les décisions qui la concerne ○ les projets de vie individualisés ○ responsabiliser la personne (se soucier de la bonne compréhension des choix et de sa liberté) ○ respecter les choix de la personne et l'informer au mieux de l'offre disponible ○ une connaissance approfondie du trajet et des besoins de la personne est nécessaire pour les professionnels en charge de l'accompagnement ○ encourager les dispositifs qui intègrent l'entourage de la personne et de son entourage (élargir le spectre au-delà des professionnels) ○ la perte d'autonomie : on perd certaines choses mais que « gagne » t-on ? Que peut-on mettre en avant ? Comment peut-on l'aider à gagner quelque chose ? ○ intégrer le souci de la « qualité de vie » de la personne au sein des soins, accompagnements et/ou activités – cette notion ne se limitant pas à la satisfaction de besoins fondamentaux, mais englobant aussi le fait de se sentir entendu, compris, apprécié ; de se développer à son rythme ; d'avoir le sentiment d'être traité de manière honnête et juste ; de vivre en accord avec ses valeurs ; de pouvoir poser des choix éclairés ; d'avoir des perspectives, etc. 	<p>pour une meilleure autonomie de vie</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ coaching en activités sociales, utiles et de loisirs ○ vie autonome ○ mobilité LUX ○ évolution du rôle de l'aidant-proche et renforcement de l'offre de répit ○ accompagner le vivre ensemble dans les habitats solidaires et inclusifs. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Get up Wallonia : renforcement de l'offre de répit.
---	--	--	---

		<ul style="list-style-type: none">○ tendre pour la personne vers une forme d'équilibre entre contrainte et autonomie.○ développer des MR.S qui ressemblent davantage à des lieux de vie plutôt qu'à des lieux de soins, où les habitants se sentent chez eux et où les professionnels procurent des soins plus axés sur le relationnel et la qualité de vie.○ de manière générale, encourager la responsabilité collective/politique pour arriver à une société plus inclusive○ évaluer la mise en œuvre du cadre légal relatif aux droits des patients○ considérer l'élaboration d'un cadre légal similaire pour les résidents et usagers des structures d'hébergement et services d'aide. <p>▪ Réglementer/réorganiser les structures pour assurer que le bénéficiaire soit acteur de son accompagnement :</p> <ul style="list-style-type: none">○ il faut disposer d'une Réglementation adéquate, à améliorer, pour répondre aux besoins transmuraux et intra-muros.○ dans la mesure du possible, différencier les lieux de vie des lieux de soin, d'accompagnement et/ou d'activité de manière à favoriser une mise en mouvement○ veiller à ce que les soins, accompagnements et/ou activités soient à la fois structurés, régulièrement évalués, ouverts aux propositions, évolutifs.	
--	--	---	--

<p>4. Quelles sont les pratiques innovantes en matière d'accompagnement ? quelles pratiques pourraient être mises en place ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cf les travaux de la Direction des Aînés en matière de diffusion des méthodes de qualité et de participation des résidents à la vie en communauté. ▪ Cf le tableau d'Etat des lieux forces et faiblesses : cellules mobiles d'intervention, logements encadrés novateurs, activités citoyennes, équipes de soutien multidisciplinaires en soins palliatifs, soutiens psychologiques aux aidants-proches, soutiens psychologiques à domicile, ... 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Favoriser les approches « participatives » et centrées sur les besoins des personnes <p>Exemples non exhaustifs d'approches à encourager :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>le modèle Tubbe</u> (<i>actuellement en cours de développement dans plus de 80 MR.S dont une trentaine en Wallonie</i>) : Un modèle organisationnel basé sur une forte intégration du personnel et surtout des résidents dans la gestion quotidienne de l'établissement ○ <u>la méthode Montessori</u> : une technique de prise en charge non-médicamenteuse centrée sur l'utilisation des capacités préservées de la personne et qui vise à lui permettre d'être aussi indépendante que possible en conservant un rôle social ○ <u>l'approche Snoezelen</u> : Approche dont l'idée est de créer un environnement qui amène à des sollicitations sensorielles douces, diversifiées, où tous les sens pourront être sollicités séparément ou simultanément (toucher, odorat, vue, audition) ○ <u>l'approche « Culture change »</u> : « Un modèle social de « prendre soin » visant à transformer les établissements de soins de santé, impersonnels, hiérarchiques et médicaux, que sont les MR/S classiques en des lieux où les personnes âgées peuvent se sentir chez elles tout en recevant des soins de longue durée si nécessaire » (ULiège 2020) ○ <u>l'approche Cantou</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Projet Habitat solidaires et inclusifs (Plan de relance et FSE+) (voir question 1) ▪ Révision des normes en personnel et de financement en mettant l'accent sur les métiers du psychologue et des KEL. ▪ Projets FSE+ : <ul style="list-style-type: none"> ○ « autonomie de vie » (SAFA) ○ « formations inclusives ».
---	---	---	--

		<ul style="list-style-type: none">○ respecter les rythmes de vie des personnes (ex. maison Mariemont)○ approche basée sur l'humanité (revalorisation des rôles sociaux)○ les projets de vie individualisés○ <ul style="list-style-type: none">▪ Favoriser la création de nouveaux métiers et permettre les évolutions, la mobilité verticale et horizontale des fonctions liées à l'aide et aux soins<ul style="list-style-type: none">○ Création de fonctions plus polyvalentes ou plus spécialisées : création ou élargissement d'une fonction pour la mise au lit (+/-30 min) et donc pas possible pour l'infirmier/ère, ni pour l'Aide familiale min 1h/Garde-malade min 3h○ Spécialisation des Aides familiales pour couvrir les besoins non couverts (ex : heures inconfortables...). <ul style="list-style-type: none">▪ Créer des lieux de vie de transition<ul style="list-style-type: none">○ Création d'hospi « sociales » = lieu transitoire entre hospitalisation et domicile/lieu de vie pour les personnes seules ou peu accompagnées. Le court séjour en maison de repos n'étant pas adapté ou pas accessible aux plus jeunes et les lieux de convalescences sont éloignés géographiquement et relativement couteux.	
--	--	---	--

		<p>Points d'attention ! Certaines approches managériales « qualité » empêchent l'application de nouveaux principes comme ceux de l'humanité ! Les nouvelles méthodes ne permettent plus d'avoir de l'attention à la personne.</p>	
<p>5. Quelles conditions d'accès pour un lieu de vie abordable/un accompagnement abordable (financièrement, géographiquement, etc.) ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promouvoir l'accessibilité : <ul style="list-style-type: none"> ○ le consortium « Construire adaptable » : promouvoir le développement de l'offre de logements adaptables via la sensibilisation, la formation et le soutien des professionnels de la construction (collaboration action sociale – logement public) ○ convention accessibilité : soutien d'association experte en accessibilité pour l'information, la sensibilisation, la formation et les conseils des acteurs de la construction (services publics, architectes, etc) afin de rendre l'environnement accessibles à tous ○ collaboration OTW – Atingo – CAWaB pour la sensibilisation des chauffeurs de bus, le développement d'un référentiel sur l'accessibilité des bus et le cadastre des lignes et arrêts accessibles ; ○ niveau fédéral : sensibilisation de la SNCB par le CAWaB pour l'accessibilité des gares et des trains 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Favoriser la transversalité entre les politiques publiques (logement, action sociale et santé, emploi, mobilité...) : <ul style="list-style-type: none"> ○ développer une approche commune en termes d'aides financières pour les publics visés ○ aide sociale, des logements sociaux préférentiels pour ce public, des lieux situés dans la cité proche des moyens de transport et du réseau ○ permettre l'accessibilité financière à des petits logements, promouvoir les petits logements et assurer l'accessibilité financière des logements collectifs ○ développer un cadastre de logements adaptables (en évolution avec les besoins de la vie) et adaptés ○ démystification de la maladie dans le public des autres locataires et dans les professionnels de première ligne (infirmiers, aide soignantes, aides-ménagères, etc.) ○ financement par l'AVIQ de l'adaptation de logements publics de manière générique et non pas de manière nominative, lesquels logements seraient spécifiquement dédiés à ces personnes ○ étoffer le réseau de transport accessibles à tous et le rendre plus accessible financièrement (que ce soit pour PMR ou sans handicap) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Projets FSE+ : <ul style="list-style-type: none"> ○ convergence, Mobilité LUX ○ territoire de soins et binômes médecins-infirmiers ▪ Travaux des assises de la 1^{ère} ligne.

	<ul style="list-style-type: none"> ○ ASTA : association des services de transport adapté pour les PMR : information, coordination et formation des membres de l'A.S.B.L. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ la sensibilisation et la formation ne suffisent pas. Il faudrait conditionner dans les marchés publics le critère d'adaptabilité à toute construction/transformation de lieux de vie ○ renforcer les collaborations avec le CAWAB ; obtenir une reconnaissance et un financement des services en accessibilité en RW et reconnaître Access-i officiellement dans le cadre du nouvel arrêté comme « certificat » ou « référentiel » en RW ○ faire appel à l'économie sociale pour compenser la pénurie de travailleurs qui apportent des modifications mineures dans le cadre d'adaptations du domicile et qui sont négligées par les entrepreneurs commerciaux. <p>▪ Etendre l'accès géographique des dispositifs ayant fait leur preuve : évaluer les projets pilotes et si positif les étendre à tous les territoires</p>	
<p>6. Quel « outil » favoriser pour recueillir l'expression des besoins de la personne et leur prise en compte ? (Auto-détermination, dispositifs d'accompagnement, etc.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les bureaux régionaux ▪ Projet européen I SAID : favoriser la capacité d'autodétermination de ces personnes et améliorer leur accompagnement en agissant tant au niveau des professionnels que des personnes avec DI elles-mêmes et de leur entourage ▪ MPDA (Mouvement Personne D'Abord) : soutien des auto-représentants dans l'expression de leurs choix, leurs décisions, et l'affirmation de leurs droits qui 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Favoriser les outils qui permettent de comprendre le trajet de vie de la personne et l'expression de ses besoins de manière récurrente : <ul style="list-style-type: none"> ○ histoire de vie de la personne ○ projet de soins anticipés ○ le projet de vie individualisé (voir la boîte à outils disponible pour les MR.S qui ont suivi la formation) ○ on peut recueillir l'information de façon informelle lors des suivis dans la vie quotidienne et dans les lieux d'activité 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Projet FSE+ : <ul style="list-style-type: none"> ○ renforcer les connaissances et compétences psycho-sociales des professionnels du secteur de l'hébergement et de l'accueil des aînés en Wallonie ○ formations inclusives

	<p>concernent leur vie, en vue d'une société inclusive.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les services d'aide en milieu de vie, les services de santé mentale ▪ Les projets pédagogiques en services résidentiels, le projet Tubbemodellen et management participatif ▪ Les services d'aide en milieu de vie : SIL (service d'interprétation en langues des signes), soutien des personnes sourdes dans leurs activités privées et professionnelles en toute autonomie et d'être mieux intégrées dans la société. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ un <i>case manager</i>, une personne fil rouge qui accompagne la personne ○ recourir à des outils (échelles, enquête sociale SAFA, l'échelle d'intensité de soutien, par exemple) permettant d'évaluer au fil du temps la « qualité de vie » tant de la personne que du professionnel. Recourir à l' « enquête »/analyse sociale ○ un outil d'observation à usage des prestataires à domicile qui pourraient ainsi « faire rapport » en réunion d'équipe de manière à adapter l'accompagnement à l'évolution de la personne, à ses besoins, en « obligeant » les prestataires à prendre le temps d'être à l'écoute. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Impliquer les bénéficiaires et/ou leurs aidants dans les structures décisionnelles : <ul style="list-style-type: none"> ○ intégrer des pairs-aidants, tant dans les activités journalières que dans les organes décisionnels ○ garantir le bon fonctionnement et l'utilité des conseils d'usagers/ conseils de résidents ○ organiser des enquêtes (internes/externes) régulières de satisfaction auprès des habitants, familles et professionnels des institutions et en tirer des enseignements ○ une communication bidirectionnelle des actions réalisées pour l'amélioration continue de la qualité des soins et des services mis à disposition 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Travail en cours dans un sous-groupe relatif au GT « Bientraitance » (GT « Vieillesse et qualité »).
--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> ○ la désignation d'une personne de confiance et de référence chargée de recueillir les besoins exprimés (même de manière informelle) et de gérer le suivi des plaintes formulées ○ faciliter le dépôt de plainte anonyme ou non et son suivi sans mettre aucunement en difficulté l'utilisateur et/ou sa famille ainsi que tout le processus de suivi ○ la mise en place d'un projet de vie individualisé dès l'accueil du résident (permettant à la personne de s'exprimer et de définir des objectifs de vie qui tient compte de ses spécificités) ○ le projet de vie de l'établissement qui doit être construit de façon collective et participative avec l'ensemble des résidents, professionnels et familles ○ faire un lien entre l'expression des besoins et l'organisation dans l'institution/le service, favoriser cette courroie de transmission. 	
<p>7. Quel outil d'aide à la décision utiliser afin de déterminer l'intensité de soutien nécessaire (prise en considération des facteurs environnementaux) et travailler la prévention ?</p>	<p>Outils actuellement existants mais qui mériteraient d'être connus et partagés (excepté pour le BELRAI qui n'existe pas encore en MR.S).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recourir à des outils d'évaluation pour dimensionner le soutien et l'accompagnement nécessaire : <ul style="list-style-type: none"> ○ le Dossier individuel de soins en MR.S. ○ le Plan de Soins Personnalisé et Anticipé (PSPA développé par Pallium) ou le Plan Anticipé de Vie et de Soins (PAVS développé par Unessa) pour les MR.S ○ l'anamnèse, les observations de la personne, les entretiens formels et informels sur le lieu de vie et d'activité de la personne ○ le projet de prise en charge de la personne et son analyse pluridisciplinaire au long court 	

		<ul style="list-style-type: none"> ○ outils d'évaluation basés sur les facteurs de risque et de protection ○ adapter des outils d'autres pays à la Wallonie/améliorer, créer des outils propres à la Wallonie ○ BelRai screener (évaluation favorable des projets pilotes, expérience en cours du volet social) ○ enquête sociale des SAFA (alternative plus fine et plus souple au BelRai) ○ SMAF : mesure l'intensité de soutien dans les actes de la vie journalière pour les personnes en perte d'autonomie ○ conserver les dispositifs qualitatifs existants (entretiens/carnets de liaison). <ul style="list-style-type: none"> ▪ S'assurer d'une certaine harmonisation pour permettre la mobilité et la flexibilité des parcours entre les différents dispositifs => échelle générale complétée par des sous-échelles en fonction de la problématique de la personne ▪ Rendre les outils participatifs pour permettre de déterminer avec la personne et la placer au cœur de ses décisions et projets : <ul style="list-style-type: none"> ○ informer la personne et ses proches sur son évaluation (expliquer sa signification) et lui donner la possibilité de faire un recours ○ permettre une récurrence et périodicité de l'évaluation (évaluation de la situation de la personne) ○ évaluer sur base des besoins et non pas du type de handicap ou cumul (ex. besoin d'une présence pour un PSH physique ou autre trouble, le besoin reste le même). 	
--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cibler les lieux les plus adéquats pour assurer la prévention : les lieux à privilégier pour un travail de prévention seraient les lieux de soins comme le cabinet du médecin traitant, les consultations en hospi, hospi de jour, etc. (Pourrait être le rôle des SISD ? En tout cas, le SISD pourrait jouer un rôle). <p>Points d'attention et interrogations</p> <p>? Mesurer le degré d'autonomie ou de dépendance ?</p> <p>! Risque : rigidité des outils « harmonisés », utiliser des outils différents de la Flandre</p> <p>! Risque : outils différents selon les dispositifs, sans possibilité d'échelle d'équivalence=> restreint la mobilité entre les dispositifs</p> <p>? Qui utilise les outils et comment ?</p> <p>? Quel objectif ? Proposer une offre de service ? Permettre aux professionnels de calquer leur intervention sur les besoins de la personne (et son évolution) ? Prudence dans l'usage des outils !</p>	
<p>8. A quel(s) niveau(x) d'acteur(s) et de réseau(x) la coordination devrait-elle être améliorée ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La Réforme des soins en santé mentale pour les adultes : mise en place de réseaux pour renforcer la collaboration entre les prestataires et des équipes mobiles pour compléter le dispositif existant et répondre davantage aux besoins des patients dans leur lieu de vie et limiter les séjours à l'hôpital psychiatrique aux situations qui le nécessitent absolument. ▪ Les centres de coordination des soins à domicile : les centres de 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La coordination doit être multi-niveaux et le niveau de coordination adapté aux objectifs poursuivis, et adapté aux besoins des personnes en fonction de leur zone de vie : <ul style="list-style-type: none"> ○ pour améliorer la coordination, développer un <u>cadastre de l'offre</u> : meilleure visibilité de l'offre, susciter le partage d'informations entre les secteurs => coordination, collaboration, transversalité (// territoires de soins, assises de la 1ère ligne) ○ questionner les dispositifs de coordination actuels 	

	<p>coordination ont pour mission principale d'aider et d'informer toute personne qui le souhaite sur les possibilités d'aides et de soins visant à lui permettre de rester à domicile et, s'il échet, de tout mettre en œuvre pour qu'elle puisse disposer des services et des soins dont elle a besoin.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les services intégrés de soins à domicile : assurer une offre de soins cohérente, accessible et adaptée au patient, veiller au suivi de l'information et de l'encadrement tout au long du processus de soins, aussi bien à l'égard du prestataire de soins qu'à celui du patient et stimuler la collaboration entre ses membres, notamment en optimisant l'échange d'informations entre eux par l'organisation de réunions d'information et l'apport d'un appui administratif et technique. ▪ Le Réseau de santé wallon ▪ Existence d'une fiche liaison domicile- MR.S- hôpital sur le site AVIQ – aînés. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ pour se coordonner, les acteurs doivent se connaître => <u>prévoir des moments de rencontre et d'échange sur une même zone</u> ○ <u>au niveau local</u>, pour prendre en compte l'environnement direct de la personne (« bassins de vie ») : identifier les offres disponibles au regard des besoins des personnes dans leur zone de vie ○ la coordination doit se créer <u>autour de la personne et non autour des réseaux existants</u> (mutualistes, CPAS...) ○ <u>plusieurs niveaux en fonction des objectifs</u> : (1) collaboration entre les professionnels pour agir sur les déterminants de la santé (2) coordination autour du patient (via un <i>case manager</i>) ○ <u>au niveau provincial</u> : Il existe des opérateurs toutefois ceux-ci sont de petites tailles et doivent s'occuper de grand territoire. Cela pose un problème pour les suivis. Chaque province travaille en silo, il faudrait une meilleure coordination entre les provinces ○ la coordination devrait débuter par <u>le médecin généraliste</u> qui est normalement le premier acteur professionnel face à cette personne ○ au niveau des autorités (régionales et fédérales) pour s'assurer de la complémentarité des dispositifs que les pouvoirs subsidiaires implémentent ○ la coordination doit avoir lieu au niveau de la transition entre les 	
--	---	--	--

		<p>différents lieux de vie : hosi- domicile-centre de rééducation- centre de jour-hop de jour-court séjour-maison de repos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ accentuer le travail en équipe (Aide- ménagère sociale, Aide familiale et Garde à domicile) par secteur, chaque équipe pluridisciplinaire serait encadrée par une assistante sociale, avec des réunions d'équipe où se retrouvent les prestataires de tous métiers, par secteur géographique. Et pourquoi pas, qu'à certains moments y soient conviés les SOIGNANTS qui interviennent dans des situations communes ○ établir des outils communs pour assurer le partage d'information entre les professionnels d'aide et de soins (fiches de liaison, etc.), ces outils doivent être plus inclusifs et pouvoir tenir compte du point de vue de la personne accompagnées ○ élargir les possibilités du Réseau de santé wallon (faciliter l'accès des patients à leurs données médicales), accès aux données médico-sociales au sens large. <p>▪ Aider à la cohérence et à la continuité de l'aide : éviter la rupture et gagner en transition</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La coordination dans l'aide et les soins à domicile vers l'hôpital et les CJ et CSJ mais aussi vers le court séjour en MR.S, puis vers les MR.S ○ Domicile-hôpital, hôpital-MRS, domicile-logements alternatifs-MRS 	
--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> ○ Favoriser le lien vers la MRS, aider à la continuité de l'aide/transition et limiter le possible sentiment de rupture dès l'accueil ○ Veiller au respect mutuel, nourrir le dialogue, valoriser la complémentarité, renforcer la coordination : <ul style="list-style-type: none"> ✓ des professionnels de terrain et de l'entourage de la personne ✓ des professionnels de terrain et des pouvoirs subsidiaires ✓ des professionnels de terrain de secteurs connexes ✓ des institutions publiques et privées d'un même secteur ✓ des niveaux de pouvoir aux compétences partagées ○ Assurer la fluidité, les synergies entre les dispositifs de coordination. 	
<p>9. Comment favoriser la situation personnelle des individus au niveau socio-économique, culturel, de santé, etc. ? Sachant que cela représente autant de freins à un parcours de vie intégré.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ WADA : Wallonie Amie des Aînés : <ul style="list-style-type: none"> ○ l'objectif est d'encourager les communes à s'inscrire dans une démarche participative qui place les aînés au centre des préoccupations en favorisant l'autonomie, l'inclusion sociale, la communication, les liens sociaux et les activités citoyennes. ▪ Les projets d'inclusion sociale et professionnelles : 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Garantir la transversalité entre les politiques publiques (logement, emploi...) : <ul style="list-style-type: none"> ○ intégrer la santé/le handicap dans toutes les politiques et identifier les impacts des politiques sur la santé/l'inclusion sociale des personnes en situation de handicap ○ interroger les politiques quant à leur impact (exiger une plus-value sociale, en termes de santé, d'inclusion et des objectifs sociaux pour tout investissement public) ○ agir sur les déterminants sociaux de la santé/du handicap 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Get up Wallonia : Projet Handistreaming : mise en place d'un test Handistreaming en Wallonie (première étape : les actions prévues dans le cadre de Get Up Wallonia) ▪ Projets FSE+ : <ul style="list-style-type: none"> ○ transition école-vie active ○ l'accessibilité des dispositifs d'intégration professionnelle

	<ul style="list-style-type: none"> ○ CFISPA, CAP, Soutien dans l'emploi, Ergojob ○ activités citoyennes, transition école-vie active, FEADER. ▪ Projet CHARME (Culture Handicap Art et Rencontres de Mobilité Européenne) : <ul style="list-style-type: none"> ○ promouvoir la citoyenneté active et l'inclusion des personnes en situation de handicap au travers de l'accès à l'art et à la culture. ▪ Sensibilisation : <ul style="list-style-type: none"> ○ sensibilisation et formation des (futurs) intermédiaires de l'emploi : modules de sensibilisation, team-building, stand-up, etc. pour promouvoir le changement de regard sur les questions soulevées par le handicap dans le monde du travail. ○ valisette pédagogique : outils de sensibilisation pour les classes maternelles et primaire ○ la sensibilisation des enfants et des jeunes à l'inclusion des personnes en situation de handicap, travail sur les peurs, les préjugés et l'acceptation de la différence à travers la découverte de l'autre ○ campagnes de sensibilisation ○ le projet de soutien des aidants proches : outiller les aidants et les professionnels des services d'aide pour mieux 	<ul style="list-style-type: none"> ○ partir du projet de vie individualisé et prioriser les besoins au regard des capacités, de l'histoire de vie et des ressources locales (CPAS, centres de loisirs, secteur associatif, ...). ○ supprimer (progressivement) la limite d'âge à 65 ans ○ augmenter les montants APA et les allocations de manière générale : rehausser les plafonds de revenus d'octroi qui sont beaucoup trop bas pour permettre de lutter contre la paupérisation des personnes âgées, rehausser les allocations accordées, individualiser le droit en supprimant le plafond « ménage », évaluer le non-recours au droit pour y remédier ○ accorder une attention particulière au non-recours aux droits. ▪ Soutenir les personnes en tant qu'acteur/actrice au sein de la communauté <ul style="list-style-type: none"> ○ Aider à les mettre dans une position de « Participation », participation à la vie sociale selon les capacités de chacun. ○ Développer une approche collective ○ Participation possible aussi au sein d'une institution, l'institution doit évoluer aux capacités des personnes, la personne prend part à cette évolution. 	<p>pour les personnes sourdes et malentendantes,</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ activités citoyennes, ○ soutien à la réintégration des travailleurs en incapacité, ○ soutien vers et dans l'emploi ○ VACE (Valorisation-Acquis-Certification-Expérience) ○ formations spécialisées ○ formations inclusives ○ sensibilisations.
--	---	---	---

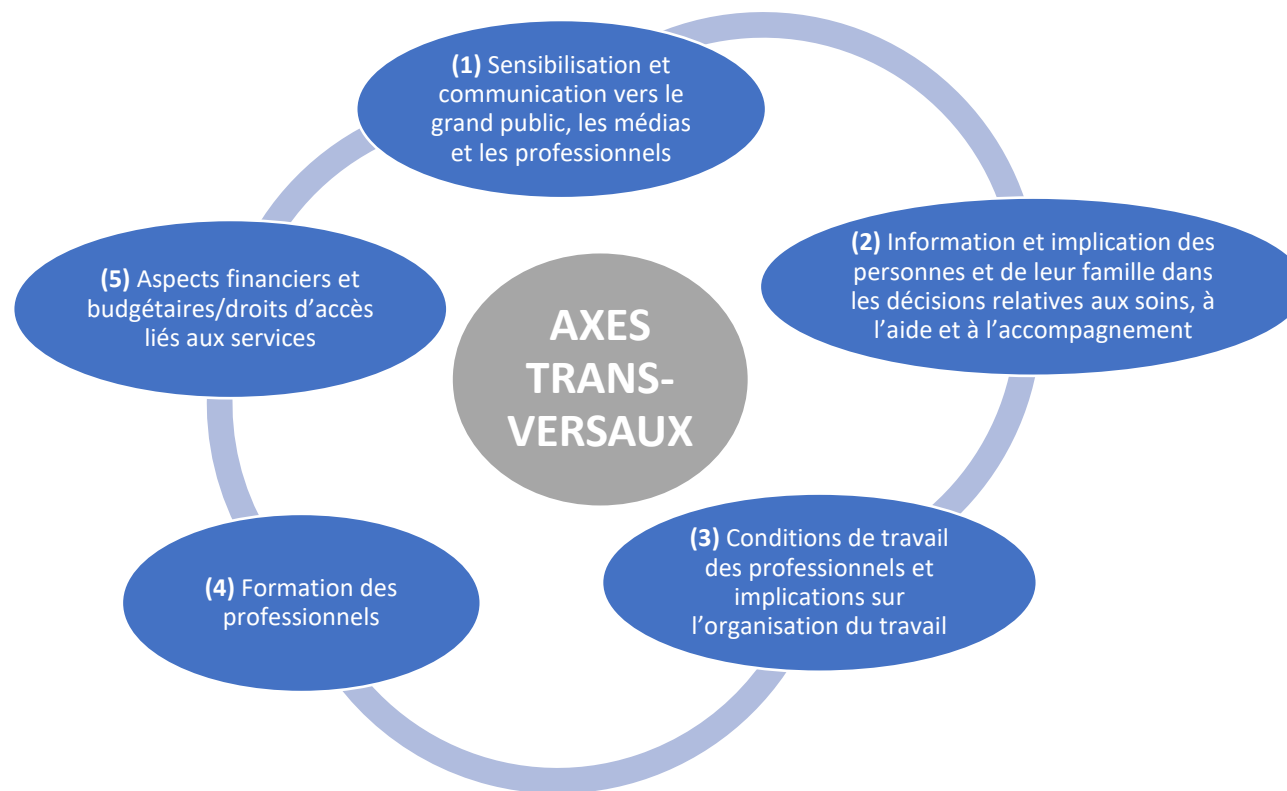
	<p>accompagner la personne (et ses proches) (A-P/Réseau-Service, projet Alternative, formations de l'asbl Aidants-proches, formation de l'Université de Liège sur l'âgisme, etc.).</p>		
<p>10. Les dispositifs existants sont-ils suffisamment connus ? Si non, lesquels ? Comment y remédier ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le site web de l'AVIQ, wikiwiph et tous les outils de communication de l'agence 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mieux connaître et visibiliser les dispositifs existants et identifier les niveaux de compétences (fédéral, régional) afférents : <ul style="list-style-type: none"> ○ construire une cartographie de l'offre par territoire ○ la DSSM doit mettre en place un cadastre de l'offre agréée ou pas par l'AVIQ en région wallonne. ○ développer des outils d'information pour faciliter le passage d'une offre à l'autre ○ nécessité de promouvoir les aides à domicile et diversifier l'offre en fonction des besoins ○ mieux faire connaître les dispositifs d'aide et de soins à domicile au niveau de la santé mentale ○ faire connaître les centres de jour (CJ) et les centres de soins et de jour (source de répit pour les aidants de personnes âgées) ○ importance de choisir son lieu de vie dans une structure résidentielle (MR.S) en fonction de ses priorités : importance de connaître le projet de vie de l'établissement ○ les SSM devraient être plus connus pour que les professionnels des MRS puissent s'y référer rapidement en cas de besoin 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Projet FSE+ : <ul style="list-style-type: none"> ○ évolution du rôle de l'Aidant-proche et renforcement de l'offre de répit. ▪ Get up Wallonia : Handstreaming

		<ul style="list-style-type: none"> ○ faire connaître les possibilités de répit pour les aidants en ce qui concerne les centres de jour (CJ) et les centres de soins et de jour ○ mieux faire connaître l'offre de transport non-urgent existante. <p>Points d'attention</p> <p>! Pas de communication autour des dispositifs sursaturés et les personnes qui en ont besoin manquent l'information</p> <p>! Non-recours aux droits.</p>	
<p>11. Comment sensibiliser l'environnement de la personne (la famille, par exemple) pour un choix éclairé de lieu de vie/de l'accompagnement ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilisation : <ul style="list-style-type: none"> ○ sensibilisation et formation des (futurs) intermédiaires de l'emploi : modules de sensibilisation, team-building, stand-up, etc. pour promouvoir le changement de regard sur les questions soulevées par le handicap dans le monde du travail ○ valisette pédagogique : outils de sensibilisation pour les classes maternelles et primaire ○ la sensibilisation des enfants et des jeunes à l'inclusion des personnes en situation de handicap, travail sur les peurs, les préjugés et l'acceptation de la différence à travers la découverte de l'autre ○ campagnes de sensibilisation ○ DUOday ○ le projet de soutien des aidants proches - outiller les aidants et les professionnels des services d'aide pour mieux accompagner la personne (et ses proches) (A-P/Réseau-Service, projet Alternative, formations de 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier et cartographier les offres déjà existantes : <ul style="list-style-type: none"> ○ développer un cadastre local sur les offres disponibles dans une région pour mieux informer sur les dispositifs possibles à domicile ○ informer les acteurs de 1^{ère} ligne de l'offre existante ○ mieux faire connaître l'offre de services des bureaux régionaux et du réseau des associations de personnes en situation de handicap. ▪ Développer les campagnes de promotion : <ul style="list-style-type: none"> ○ mener des campagnes de sensibilisation grand public sur les dispositifs existants qui permettent de guider les personnes dans leur recherche d'un lieu de vie ○ faire connaître la philosophie des différentes MR/S (c-à-d., le projet de vie de l'établissement) ○ des affiches dans les salles d'attente des médecins généralistes. ○ promouvoir le numéro vert par des campagnes de communication régulière (au moins 2 fois par an) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Get up Wallonia : Handistreaming

	<p>l'A.S.B.L. Aidants-proches, formation de l'Université de Liège sur l'âgisme, etc.).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Missions des bureaux régionaux dans l'accompagnement des personnes pour identifier les aides. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ créer et diffuser des spots via les sites internet des partenaires subsidiés et agréés de l'AVIQ (à utiliser lors de stands, conférences, ...) ○ message à souligner : la désinstitutionalisation ne va pas avoir comme conséquence de remettre l'ensemble des responsabilités et de la gestion de la personne sur les épaules de la famille ○ mieux valoriser auprès du public les métiers qui poursuivent les métiers d'accompagnement social. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Simplifier la recherche d'information/donner un accès direct à l'information (« circuit-court ») : <ul style="list-style-type: none"> ○ faire un état des lieux des modes de fonctionnement, de gestion et de l'organisation du travail ○ former les agents qui répondent au numéro gratuit les dispositifs existant en matière de soins intégrés et outiller les collaborateurs avec les informations utiles et mises à jour. 	
--	---	---	--

C. AXES TRANSVERSAUX EN DETAIL

Lors des travaux des sous-groupes, des thématiques transversales ont émergé, soit **5 axes** communs :



AXES TRANSVERSAUX	DISPOSITIFS EXISTANTS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	DISPOSITIFS A DEVELOPPER
<p>1. Sensibilisation et communication vers le grand public, les médias et les professionnels</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revaloriser/déstigmatiser l'image des institutions, des personnes : <ul style="list-style-type: none"> ○ revaloriser les représentations du public des établissements pour aînés, des établissements des secteurs handicap et de la santé mentale (//déstigmatisation) ○ sensibiliser à la maladie, la perte d'autonomie ○ visibiliser les personnes en perte d'autonomie et celles touchées par une maladie chronique le travail des professionnels. ▪ Informier et sensibiliser les citoyens à la perte d'autonomie : <ul style="list-style-type: none"> ○ rendre l'information accessible rapidement dès que les besoins/problèmes se présentent ○ développer une communication proactive en détectant les situations potentiellement problématiques (le citoyen « partenaire de l'information ») : <ul style="list-style-type: none"> ✓ utiliser les données disponibles en étant attentif au respect de la vie privée et de l'utilisation des données (// femmes enceintes) ✓ offrir un pack transition (//pack naissance) : nombre d'heures en Aide familiale/Garde malade/Aide-ménagère sociale afin que la personne puisse apprivoiser l'aide 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développer un Plan stratégique à la déstigmatisation concernant l'ensemble des publics en perte d'autonomie et ceux touchés par une maladie chronique : nommer un commissaire à la déstigmatisation ▪ Développer des initiatives qui vont vers la population dans une dynamique de proximité (ex : bus, etc.) ▪ Cf : travaux du GT <i>ad hoc</i> du Conseil de stratégie et de prospective sur l'accès aux soins pour les personnes avec déficience intellectuelle.

		<p>et un nouveau mode de vie</p> <ul style="list-style-type: none">✓ informer globalement les usagers sur les offres lors de leurs premières prises de contacts/demandes auprès des services✓ utiliser des cadastres locaux. <p>▪ Revaloriser l'image des dispositifs et des professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none">○ remédier aux représentations erronées en :<ul style="list-style-type: none">✓ renforçant les infrastructures, le personnel, l'accessibilité✓ soutenant la transversalité, la complémentarité, la collaboration○ développer des outils et des supports de communication offrant une centralisation, une visibilité et une vulgarisation des informations○ valoriser l'image de l'aide familiale souvent considérée comme une « femme de ménage »○ bien distinguer les rôles des Aides-ménagères « titres-services » et Aides-ménagères sociales, Aides familiales○ améliorer l'attractivité des métiers (par des meilleures conditions de travail, évolution de l'image des métiers).	
--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tenir compte des déterminants sociaux de la santé : <ul style="list-style-type: none"> ○ développer davantage d'actions de prévention pour éviter la spirale précarité-problème de santé-précarisation accrue-difficulté d'accès aux soins ○ démystifier l'accès aux soins pour les personnes précarisées (accès financier mais aussi aspects culturels, non-recours aux droits), développer l'éducation à la santé ○ développer l'accès aux soins de santé pour les personnes avec déficience intellectuelle. ▪ Sensibiliser les professionnels au sein des institutions : <ul style="list-style-type: none"> ○ sensibiliser sur la diversité culturelle et les maladies psychopathologiques et cognitives pour aider les professionnels à accompagner les personnes selon leurs spécificités. En MR.S, cela peut se faire au départ du projet de vie individualisé. 	
<p>2. Information et implication des personnes et de leur famille dans les décisions relatives aux soins, à l'aide et à l'accompagnement</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médiateur (loi relative aux droits du patient de 2002) ▪ Processus en cours : <ul style="list-style-type: none"> - référent-plainte dans l'institution - recours à l'AVIQ - médiateur wallon - UNIA ▪ Recours aux organisations syndicales. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Associer les personnes et leur famille aux décisions relatives à la qualité des soins ▪ Impliquer les bénéficiaires et/ou leurs aidants dans les structures décisionnelles des structures ▪ Informers les patients/les usagers sur leurs droits et obligations et faciliter les voies de recours : 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Révision du « Protocole d'accord entre l'Autorité fédérale et les autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution concernant la coopération entre les personnes issues de l'environnement du patient/client et les professionnels des soins de santé en dehors d'un

		<ul style="list-style-type: none"> ○ visibilisation de la fonction des médiateurs (! assurer la fonction de médiation, conditions d'exercice des médiateurs, réflexion sur le mécanisme de fonctionnement, visibiliser les activités des médiateurs (contenus des plaintes, rapports d'activités, etc.). Vue sur les évolutions ○ évaluer la fonction du référent-plainte des institutions ○ nécessité de médiateurs externes aux institutions ○ utiliser les enseignements qui peuvent être tirés des plaintes ○ sécuriser l'expression de doléances, de plaintes au sein des institutions : de la part du personnel pour faire remonter les dysfonctionnements=> réfléchir au cadre juridique pour sécuriser le personnel et aussi des usagers : quelle protection possible ? ○ fixer un cadre qui oblige les structures/les services à informer les patients/les usagers sur leurs droits et recours ○ fixer un cadre sur les obligations des patients/usagers ○ mieux informer sur la capacité des structures/des services à répondre aux besoins des patients/des usagers et la limite des interventions ○ rôle des associations ○ <i>quid</i> du non-recours aux droits ? 	<p>établissement de soins » du 19 décembre 2017</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cf les travaux de la Direction des Aînés en matière de diffusion des méthodes de qualité et de participation des résidents à la vie en communauté.
<p>3. Conditions de travail des professionnels et</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Associer, via la concertation sociale, les professionnels dans les décisions relatives à la qualité des soins 	

implications sur l'organisation du travail			
4. Formation des professionnels	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien aux professionnels : <ul style="list-style-type: none"> ○ le SPAD (Soins psychiatriques au domicile du patient) permettre l'élaboration d'une réflexion entre les acteurs de terrain autour de la problématique et des besoins du patient, coaching ○ l'accompagnement des professionnels de la première ligne face à des situations professionnelles complexes avec les patients présentant des troubles psychiatriques ○ la formation des professionnels du secteur du handicap, les aidants proches, les personnes en situation de handicap : offre de formation des professionnels du secteur handicap (agrés et subventionnés/SAFAE), des personnes et des aidants-proches ○ l'audit et le contrôle des services destinés aux personnes en situation de handicap, notamment dans les missions de conseils en vue d'échanger de manière ouverte sur les pratiques existantes ○ l'audit et le contrôle des services liés à la branche bien-être et santé : soutien des opérateurs dans leurs démarches d'amélioration continues. Et offrir un accompagnement de qualité aux gestionnaires et équipes des services contrôlés 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Former les professionnels et encourager le développement de nouvelles méthodes de travail afin de développer les capacités d'autonomie des personnes et favoriser le maintien des compétences : <ul style="list-style-type: none"> ○ former les professionnels pour qu'ils puissent soutenir les bénéficiaires dans le développement de leur autonomie : adapter les formations initiales et parcours académiques (questionner la vision hospitalo-centrée des formations), inclure des options liées aux métiers de l'aide et de soins à domicile et des secteurs ambulatoires, développer des formations basées sur un modèle social et plus seulement médical) ○ amélioration de la formation des aides-familiales et du personnel d'encadrement. ○ pour les nouvelles assistantes sociales engagées, il serait utile qu'elles puissent suivre des Aides familiales, Gardes à domicile et Aides-ménagères sociales dans leur travail au quotidien pour avoir une meilleure connaissance de la réalité de leur travail. ○ une formation de base et continuée aussi pour les Aide-ménagères sociales ○ encourager le développement de nouvelles méthodes de travail ○ envisager la personne sous l'angle de ses ressources et fragilités à la fois 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Projets FSE+ : <ul style="list-style-type: none"> ○ formation des professionnels en MR.S – renforcer les connaissances et les compétences en matière de vieillissement de la personne âgée (organisation de modules de formation) ○ formations inclusives ○ la qualité et la sécurité des soins à l'hôpital.

	<ul style="list-style-type: none"> ○ les services de soutien à l'accueil de l'enfance (SSE) pour les (futurs) professionnels des milieux d'accueil ou des opérateurs de l'accueil ○ les cellules mobiles d'intervention (CMI) qui soutiennent les professionnels dans leur accompagnement des personnes dite DD ○ PAH (Plateforme Annonce du Handicap) sensibilisent et forment les professionnels à l'annonce du diagnostic ○ les formations données aux aidants-proches et aux services d'aide à domicile dans le cadre du projet A-P/Réseau-Service et la mise en place d'un référentiel dans le cadre du projet Alternative. 	<p>physiques, psychiques, sociales : évaluer les forces et les faiblesses de la personne</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ aider la personne à évaluer ses ressources et fragilités de manière fine et évolutive ○ convenir avec la personne de la place à accorder à son entourage ○ accepter de soutenir la personne là où elle se trouve, lui faire confiance ○ accepter que la personne ne soit pas à tout moment « en projet » ○ proposer des soins, accompagnements et/ou activités dynamiques, « porteurs d'espoir », tout en respectant le « droit à l'immobilisme » de la personne ○ être capable de réactivité et de flexibilité. <p>▪ Former les professionnels et leur apporter le soutien nécessaire pour la transition :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ former les professionnels pour aider à cette transition, formation multidisciplinaire, formation initiale et continue, moments d'intervision => développer le travail de réseau et interdisciplinaire ○ créer et/ou renforcer des fonctions axées sur le travail partenarial (<i>case manager</i>, coordinateur psychosocial, agent de liaison, assistant social, référent, etc.) ○ veiller à ce que les professionnels côtoient leurs partenaires, connaissent <i>a minima</i> leurs mandats, moyens, contraintes, temporalités, et s'accordent sur des canaux de 	
--	--	--	--

		<p>communication. Le partage d'informations ne se limite pas aux situations qui le requièrent, il a aussi une visée préventive pour la personne... et contribue à prendre soin des professionnels et du réseau</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ permettre aux professionnels d'expérimenter les conditions de travail de professionnels d'autres services, travailler sur base d'un réseau local, impliquer les usagers dans ces échanges. La structure doit pouvoir bénéficier du réseau local de ses professionnels « capitalisation du réseau », partages au sein de la structure ○ outiller les services sociaux de 1^{ère} ligne notamment les services sociaux des hôpitaux, renforcer la collaboration pour une meilleure qualité de travail. 	
<p>5. Aspects financiers et budgétaires/droits d'accès liés aux services</p>	<p>Le soutien financier :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ le BAP : favoriser le maintien dans leur milieu de vie naturel et améliorer leur qualité de vie ○ l'APA : compenser les coûts supplémentaires qu'engendre une perte d'autonomie après 65 ans ○ l'aide individuelle à l'intégration : intervention dans le coût de diverses aides qui favorisent l'accompagnement à domicile ou l'intégration sociale des personnes en situation de handicap. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fournir les moyens nécessaires et suffisants pour développer l'offre : <ul style="list-style-type: none"> ○ être en mesure de se rendre accessible en termes de mobilité, de tarifs pratiqués et de délais de prise en charge ○ disposer d'infrastructures adaptées, modernes, spacieuses et lumineuses ○ être suffisamment pourvu en personnel adéquatement formé et rémunéré ○ réactivité nécessaire pour faire face aux absences des membres du personnel et assurer un remplacement rapide ○ possibilité/capacité d'agir en urgence avec offre de service suffisante (car la 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Projets FSE+ : autonomie de vie ▪ Groupes de travail « révision des normes » ▪ Projet en cours de révision des normes (CF ; GT « Vieillesse et qualité »).

		<p>personne faisant appel à l'aide attend souvent la dernière minute non pas par négligence mais par sa difficulté de vivre ses deuils (autonomie physique, psychique et mentale, perte d'un proche.)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ possibilité/capacité d'agir en prenant le temps d'approcher la personne dans le domaine de la psychogériatrie ou en présence de famille ○ chacun cheminant à des vitesses différentes, avec des limites différentes.... ○ permettre aux professionnels de consacrer du temps au travail partenarial ○ être en mesure d'offrir à la personne un accompagnement individualisé ○ ouvrir l'accès à l'aide individuelle au-delà de 65 ans ○ encourager la flexibilisation, travail multidisciplinaire : impositions réglementaires, audits, plus de souplesse dans l'utilisation des financements. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pour développer des solutions mixtes et flexibles : <ul style="list-style-type: none"> ○ disposer d'un tissu professionnel, logistique (matériel, transport, etc.) et informatique efficient et suffisant ○ développement des solutions de financements mixtes (psychiatrie/handicap), des partenariats, permettre une meilleure fluidité entre les secteurs ○ un financement adéquat et suffisant pour financer des équipes 	
--	--	--	--

		<p>multidisciplinaires (équipes soignantes et équipes éducatives dans le cadre d'un accompagnement de situations complexes des cas prioritaires dans le secteur du handicap).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Initier un changement de paradigme dans l'octroi des droits d'accès, subventions... => interventions en fonction des personnes et de leur trajet de vie et non plus des secteurs (aujourd'hui, les interventions dépendent des secteurs et rendent difficile le passage de l'un à l'autre) : <ul style="list-style-type: none"> ○ réflexion sur un autre type de financement qui favorise le maintien de l'autonomie : remplacer les grilles de mesure de dépendance par des grilles qui mesurent l'intensité de soutien (Éviter les phénomènes d'exclusion par les structures des personnes les plus dépendantes). ▪ Faire évoluer les normes d'agrément et de subventionnement pour favoriser la multidisciplinarité et assurer une meilleure qualité de soins (« flexibilisation » dans l'allocation des ressources) ▪ Réaliser un état des lieux des conditions d'accès aux interventions et aides financières et réviser les conditions d'accès obsolètes ou potentiellement discriminantes : <ul style="list-style-type: none"> ○ développer un dispositif assurantiel pour assurer l'accès financier aux services 	
--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none">○ revoir les pratiques sur les barèmes (notamment sur base d'une échelle d'évaluation)<ul style="list-style-type: none">✓ Barèmes des AVJ revus en fonction des revenus, de la dépendance, du nombre d'heures dont la personne a besoin✓ Élargissement de la catégorie de dépendance/d'âge de l'AVIQ permettant l'intervention de l'AVIQ pour les aménagements au domicile○ payer un prix en fonction des ressources financières (système SAFA, ex: MAF)○ revoir les conditions d'accès aux dispositifs et les simplifier, éviter les discriminations (ex : tenir compte de la partie « remplacement de revenu », ne pas tenir compte du revenu d'intégration, qui pénalise les propriétaires).	
--	--	--	--