

## Synthèse des échanges des ateliers du mois de septembre

### Introduction

Ce document relate les échanges qui ont eu lieu lors des ateliers du 30/09/2022 et qui ont rassemblé des représentants de professionnels, de patients et sectoriels ainsi que certains membres des instances de l'AVIQ qui sont concernés par les finalités de la démarche Proxisanté.

Ce compte-rendu se base sur les notes prises par les agents AVIQ lors des ateliers ainsi que les notes sectorielles reçues par mail comme cela a été proposé aux différents représentants. Les informations recueillies à cette occasion, au même titre que les précédents travaux, alimenteront les conclusions qui guideront la rédaction du décret organisant la première ligne d'accompagnement et de soins. Ces dernières seront présentées le 17 décembre lors de la séance plénière au Parlement de Wallonie.

Par ailleurs, l'ensemble des informations recueillies durant la démarche participative (questionnaire en ligne, ateliers des mois de juin et septembre, appel à réaction, notes sectorielles reçues) qui ne concernent pas directement les compétences de la Région wallonne, mais celles dépendant d'autres niveaux de pouvoir, seront transmises à qui de droit afin de valoriser les contributions de chacun.

Un des premiers constats de ces échanges est que le concept de la santé est envisagé par l'ensemble des participants dans une vision large de celui-ci qui reflète les notions de bien-être et de santé positive. C'est dans ce sens que le terme « santé » est utilisé dans ce document.

De même, les échanges ont amené à se repositionner sur la dénomination de la première ligne. Il était question de première ligne d'aide et de soins, toutefois, les discussions ont démontré que l'usage du terme « aide » renvoyait davantage à un sentiment de contrainte. C'est pourquoi, le terme « accompagnement » est suggéré pour le remplacer. La première ligne d'aide et de soins devient donc, dans ce document, la première d'accompagnement et de soins.

En outre, des échanges, il ressort des éléments consensuels qui ont permis de proposer une ébauche de définition de la première ligne ainsi que l'identification de certaines de ses potentielles missions. D'autre part, des éléments restent à discuter et seront mis en réflexion par le comité de pilotage pour intégrer au non les prochains travaux de la démarche Proxisanté.

## Synthèse des échanges des ateliers du mois de septembre

Partie 1 : Les besoins rencontrés et les changements souhaités par la première ligne d'accompagnement et de soins et ses partenaires

### 1. Aides à la vie journalière

Les représentants du secteur de l'aide à la vie journalière mentionnent un besoin de reconnaissance des professionnels de manière générale. Ils soulignent l'impact du contexte de crise sur leur profession notamment leurs conditions d'exercice et leur relation avec leurs bénéficiaires. La baisse du pouvoir d'achat entraîne une diminution de la demande avec des exigences décrites comme « plus importantes ».

Un autre point saillant des discussions était le besoin de collaborer avec les autres professionnels qui gravitent autour des personnes afin d'avoir une meilleure connaissance de leur besoin et ainsi adapter au mieux leurs prestations. Les services d'aide aux familles et aux aînés utilisent pour les situations les plus complexes des plans d'aide. Il est proposé que les bénéficiaires du secteur puissent formuler leurs besoins au travers d'un projet de vie, outil de travail qu'il serait possible d'étendre à l'ensemble du secteur. Cet outil pourrait également rencontrer une autre attente du secteur, celle de renforcer les liens entre les pôles santé et handicap de l'aide à la vie journalière.

Les professionnels de ce secteur souhaitent avoir accès à une formation continue leur permettant notamment l'actualisation de leurs connaissances mais aussi en termes de prévention. À cela s'ajoute aussi la volonté de valoriser l'expérience acquise au cours de la carrière du professionnel et l'amélioration des perspectives d'évolution au sein de la profession.

Concernant le bien-être du professionnel, il apparaît que la multiplication des prestations et des tâches entraîne une perte de sens au travail. Augmenter les moyens financiers et humains est mentionné comme des solutions permettant de « redonner du sens aux missions sociétales accomplies par les personnes de l'aide et du soin ».

La volonté de non-marchandisation du secteur est un véritable enjeu pour ces professionnels afin de garantir aux personnes des services de qualité où la valeur humaine prime sur l'aspect financier.

### 2. Centres de coordination

Les représentants du secteur des centres de coordination souhaiteraient qu'une définition des zones de première ligne concrète soit proposée sur la base des missions à réaliser non pas des structures existantes. Cette mise en œuvre devrait être suivie et évaluée de manière continue par le biais d'une approche scientifique. En lien avec le développement de la recherche, il est mentionné que les financements de la chaire interdisciplinaire de la première ligne *Be.Hive* soient maintenus. D'autre part, certains des participants évoquent la nécessité de créer un institut de la première ligne qui développerait de l'expertise au sein de cette première ligne, tout en donnant du sens aux pratiques à travers la recherche scientifique.

Le secteur propose également, dans le but de visibiliser ses différentes structures et services disponibles à la population, la création d'un guichet unique wallon.

La fédération d'aide et de soins à domicile (ASD) et les réseaux locaux multidisciplinaires (RLM) se présentent comme des structures au sein desquelles la collaboration interdisciplinaire existe déjà dans laquelle sont intégrés les aidants proches, qu'ils identifient comme des partenaires incontournables qu'il faut prendre en compte dans les soins et services apportés aux personnes. Pour permettre une collaboration qualitative et efficiente, les rôles de la coordination et du case

## Synthèse des échanges des ateliers du mois de septembre

management sont présentés comme centraux dans la dynamique interprofessionnelle et dans la relation avec la personne et son entourage.

En ce qui concerne les RLM, ils exposent leur souhait de rester rattachés aux cercles de médecins généralistes (CMG) car selon eux, cela facilite le partage des données sécurisé entre les prestataires concernés par le trajet de soin d'un patient. En outre, les RLM et les CMG collaborent en vue d'un objectif commun, celui de la multidisciplinarité au bénéfice du patient. A cette fin, l'utilisation d'outils électroniques apparaît comme indispensable. D'ailleurs, les RLM se positionnent comme de potentiels relais à l'information et au développement des outils numériques auprès des professionnels avec lesquels ils collaborent. Les ASD précisent qu'actuellement l'accès à ces outils reste uniquement possible pour les prestataires du soin, leur souhait est que ceux-ci soient étendus à l'ensemble de leurs champs d'action avec un accès limité aux données nécessaires à l'exercice de leurs missions.

Les RLM souhaiteraient être représentés auprès des autorités et intégrés aux réflexions qui concernent leur secteur via par exemple leur participation à la plateforme de la première ligne wallonne (PPLW).

### 3. Organismes de promotion de la santé

De manière générale, les participants souhaiteraient voir la promotion de la santé et la prévention (PPS) s'intégrer à tous les niveaux du continuum de santé, pour tous les publics et ce, tout au long de la vie dans une approche de santé globale qui intègre notamment les aspects sociaux de la santé et qui nécessite une proactivité de l'ensemble de la première ligne pour toucher la population. De manière à atteindre ces objectifs, la formation des autres prestataires aux concepts liés à la PPS est citée comme un préalable indispensable, sont cités par les participants : l'empowerment de la personne, les déterminants sociaux de la santé, la lutte contre les inégalités sociales de santé, etc. Aussi, il est question de créer des espaces de rencontres pour les représentants de prestataires et les professionnels pour qu'ils apprennent à se connaître et qu'ils puissent mieux collaborer. Ils pourraient y échanger des bonnes pratiques et participer au développement de la transdisciplinarité.

Il est aussi question que la PPS et ses stratégies soient mieux reconnues des autorités vu les potentiels effets positifs qu'elles peuvent générer et qui sont scientifiquement reconnus. De plus, elles présentent de nombreuses capacités de réponses au enjeux rencontrés par la première ligne et, de manière générale, par notre système de santé actuel.

### 4. Hôpitaux

Le secteur hospitalier indique, tout comme les autres secteurs, la volonté de travailler de manière interdisciplinaire autour du patient, au-delà des lignes de soins dans lesquelles les acteurs s'inscrivent. Pour ce faire, à nouveau, il est proposé une nouvelle fonction, celle de « care manager » qui devrait faire l'objet d'une définition claire de ses missions et de ses modalités d'actions.

Les hôpitaux souhaiteraient disposer de personnes de contacts au sein des différents groupes de prestataires afin de faciliter les interactions interprofessionnelles autour du patient. Dans l'optique de la création d'une nouvelle fonction, telle que celle de « care manager », ces personnes de contact lui permettrait d'articuler les différents prestataires pour une collaboration plus efficiente autour du projet de vie du patient.

## Synthèse des échanges des ateliers du mois de septembre

### 5. Structures d'accueil et d'hébergement

Les représentants des différentes structures souhaiteraient clarifier les missions qui ont trait à l'aide de celle du soin afin de trouver un équilibre où aucun des deux secteurs ne prend le dessus sur l'autre.

En outre, il est proposé que la mesure du bien-être des professionnels guide le fonctionnement et l'évaluation interne de la structure.

Ces structures sont confrontées à un vieillissement de la population et de multiples facteurs qui entraînent l'accueil de personne ayant des besoins très complexes (ex : aînés en situation de handicap). A ce titre, la nécessité de travailler de manière transversale en intégrant la PPS, ainsi que de veiller à l'adéquation des besoins des bénéficiaires avec les compétences des professionnels et des moyens disponibles dans la structure sont des pistes évoquées par les participants. Face à ces nombreux défis, le développement d'une perméabilité entre les structures afin de mutualiser les ressources apparaît comme une potentielle solution. Un des défis que pose cette proposition est celui de réussir à dépasser les clivages idéologiques des structures pour participer à l'atteinte d'un objectif commun et garantir le respect des droits du patient.

### 6. Patient.e.s

Le premier besoin identifié par les participants est celui d'accessibilité tant financière, que numérique, ainsi que de la nécessité d'une lisibilité du système dans lequel la personne évolue. En effet, il est souhaité une simplification des démarches administratives notamment par le biais de l'automatisation de certaines d'entre elles. Aussi, la mise à disposition d'informations et de connaissances sur le rôle et les caractéristiques utiles des prestataires telle que l'obligation du secret professionnel ou non, permettrait de concourir à une meilleure lisibilité du système.

Selon les intervenants, dans ses relations avec les prestataires, le patient attend qu'ils adoptent une posture d'écoute et d'empathie, afin de permettre une réelle communication, ainsi que le respect de ses choix et de ses droits. Il est aussi mentionné que le patient, sa famille et son aidant proche doivent être pris en compte comme de véritables partenaires de l'aide et des soins (sous réserve de l'accord du patient), dans une approche horizontale des relations. Il apparaît que les bénévoles jouent un rôle incontournable auprès du patient bien que l'impact de leurs contributions ne soit pas visibilisé, de ce fait, il est proposé de réfléchir à un financement de ces actions.

La ligue des usagers des services de santé nous rapporte qu'il conviendrait de renforcer la visibilité et le financement des associations de patient en les intégrant pleinement dans la première ligne pour leur permettre de poursuivre leur mission d'utilité publique. Ces groupements sont décrits comme complétant le trajet de soins et l'intégration sociale de beaucoup d'usagers. Il est donc nécessaire de renforcer les liens entre les associations de patients et les acteurs de la première ligne car ils ne se connaissent pas suffisamment.

Dans le cadre des prises en charge complexes, ils évoquent le fait de centraliser les informations du patient par le biais d'un centre de coordination, notamment par l'actualisation du dossier médical global (DMG).

### 7. Médecins généralistes

Dans le cadre du partage de données entre prestataires et autour du patient, les représentants des médecins généralistes présents rapportent le besoin d'un dossier patient efficace comprenant

## Synthèse des échanges des ateliers du mois de septembre

des données de qualité et actualisées utiles aux autres prestataires avec un accès limité aux données nécessaires à l'exercice de leurs missions.

En outre, le besoin d'un support pour les aspects administratifs du métier est abordé, il est question de collaborer avec un secrétariat.

Les participants relatent le besoin des médecins généralistes de se sentir plus en sécurité lorsqu'ils effectuent certaines visites à domicile.

Il est aussi question de simplifier et clarifier les rôles des SISD et CCSD ainsi que leurs modalités de fonctionnement avec le médecin généraliste, notamment grâce à un alignement de la facturation que peut effectuer le médecin généraliste.

Pour faciliter l'installation des jeunes médecins généralistes dans les zones en pénurie, il est proposé de poursuivre le développement des incitants financiers.

La FAGW devrait être représentée au sein des instances de gouvernances de l'AVIQ au même titre que les syndicats qui y participent déjà.

### 8. Pharmacien.ne.s

L'association des unions de pharmaciens (AUP) présente les pharmacies comme des lieux de proximité accessibles 24h/24 aux personnes sans prise de rendez-vous. Ces lieux sont fortement fréquentés et permettent de nombreux échanges avec le patient, ainsi ils sont présentés par l'AUP comme des lieux pertinents pour relayer des messages de santé des autorités auprès de la population. A ce titre, il est proposé de renforcer le rôle des pharmaciens en termes d'information et d'orientation du patient dans le système mais également d'intégrer des stratégies de PPS. Pour renforcer leur accessibilité, les pharmaciens souhaitent étendre leur offre de service afin de pouvoir par exemple proposer des livraisons à domicile pour les personnes qui le nécessitent.

Les pharmaciens considèrent que l'accès aux données du patient via la lettre verte ou encore le dossier patient informatisé est un prérequis au renforcement de la collaboration entre les pharmaciens et les autres prestataires dans l'intérêt du patient.

Par ailleurs, les pharmaciens marquent leur intérêt pour l'utilisation des concertations médico-pharmaceutiques (CMP, initiative financée par l'INAMI) avec les médecins généralistes afin de fluidifier la communication relative à la prise en charge d'une personne. En outre, la collaboration avec les autres prestataires pourrait s'opérationnaliser grâce au financement des concertations mixtes dont l'accès doit être simplifié. De plus, l'OPHACO évoque une piste inédite, celle de proposer des formations communes permettant la discussion de cas précis avec l'ensemble des prestataires d'aide et de soins.

L'OPHACO propose la mise en place d'une instance officielle afin de représenter les zones de première ligne au sein de l'AVIQ, dans l'objectif de résoudre certains questionnements/problèmes rencontrés au sein d'une zone. De son côté, l'AUP indique que la gouvernance doit se faire en concertation avec l'ensemble des métiers présents au sein « des premières lignes ».

### 9. Infirmier.e.s

Les échanges entre les différents représentants du secteur exposent la volonté d'être soutenu par la Région wallonne pour permettre la structuration de leur profession et ainsi consolider les liens et la vision partagée au sein de leur profession. Cette amélioration de la structuration de leur secteur est un prérequis à un autre de leur besoin qui est celui de collaborer davantage et plus

## Synthèse des échanges des ateliers du mois de septembre

efficacement avec l'ensemble des autres prestataires de la première ligne. A cette fin, ils proposent d'améliorer les outils numériques déjà disponibles mais aussi l'offre de formation afin que chacun puisse se les approprier. Dans cet objectif, il conviendra également d'adopter un modèle de partage des données consensuel au regard d'un objectif commun de prise en charge optimale de la personne et de sa santé. D'autre part, le secteur propose de généraliser le système des « boîtes jaunes » aux personnes qui nécessitent une prise en charge multidisciplinaire permettant ainsi une connaissance du maillage social dans lequel la personne s'inscrit.

### 10. Autres professionnel.le.s de la santé (présents le 30/09 : kinésithérapeutes, logopèdes, dentistes, diététicien.ne.s, psychologues)

Les participants souhaitent qu'il soit possible de centraliser les demandes et les besoins du patients pour éviter les répétitions des actes. Dans le même objectif, il s'agirait également de pouvoir identifier facilement les prestataires qui gravitent autour de la personne afin de pouvoir échanger des informations pertinentes et utiles aux différents prestataires, dans l'intérêt du patient. De plus, il apparaît nécessaire de définir et de diffuser les concepts liés à l'organisation de la première ligne afin que les prestataires se les approprient et utilisent un langage commun (exemple : définition interdisciplinaire, transdisciplinaire, multidisciplinaire, etc.).

Au sujet des données de santé de la personne, il est question de renforcer « l'autogestion éclairée » afin que celle-ci puisse librement et en toute connaissance, donner ou limiter l'accès aux informations le concernant, aux prestataires de son choix.

Les participants considèrent que la PPLW pourrait être l'organisation qui se charge de faire le lien entre les prestataires qu'elle représente et les autorités. De ce fait, ils insistent sur l'importance de soutenir cette ASBL.

De manière générale, les participants souhaitent que la dynamique de co-construction proposée dans la démarche Proxisanté soit renouvelée au sein de la première ligne d'aide et de soins wallonne.

### 11. Les points de convergence

Afin d'améliorer la connaissance des professionnels entre eux pour qu'ils puissent mieux collaborer, la création et la mise à jour régulière d'un cadastre s'imposent auprès de chaque groupe de prestataires interrogé. Ce cadastre pourrait également être l'occasion de clarifier les rôles et les missions de chacun des prestataires pour garantir la couverture optimale des services et des soins en concertation avec l'ensemble des parties prenantes. Ce répertoire de l'offre permettrait une analyse plus approfondie de l'adéquation entre les services et soins proposés et les besoins des personnes. Ainsi, cela pourrait participer à améliorer l'articulation de l'ensemble des services et des soins proposés au sein de la première ligne. Cet outil semble être un prérequis incontournable au développement d'une vision partagée et intégrée de la santé ainsi qu'au déploiement d'une culture interdisciplinaire.

Un deuxième point saillant émanant des discussions est celui de l'échange efficace de données et d'informations entre les différents prestataires au service de la personne. Il s'agirait de mettre en place un modèle consensuel qui permettrait de définir les modalités d'accès de chacun des prestataires dans le cadre de l'exercice de leurs missions et d'inclure la personne pour qu'elle puisse autoriser ou limiter l'accès à ses données selon ses préférences. Dans ce même objectif, il ressort le besoin d'améliorer l'interconnexion des outils disponibles actuellement. Tout comme le cadastre cité précédemment, l'amélioration de l'efficacité des échanges entre prestataires

## Synthèse des échanges des ateliers du mois de septembre

contribuerait à la poursuite d'un objectif de diffusion des bonnes pratiques à l'ensemble de la première ligne.

En ce qui concerne les personnes, il est fondamental de leur garantir leur liberté de choix du prestataire et liberté thérapeutique. Aussi, il est essentiel de leur garantir l'accessibilité géographique, financière et informationnelle. Le patient doit occuper une place centrale dans la prise des décisions qui le concerne, les services et les soins qui lui sont proposés doivent être adaptés à ses besoins et son projet de vie. Avec l'accord du patient, son aidant proche se positionne comme un partenaire de santé incontournable au même titre que les autres prestataires de soins et de services. Dans le but de garantir l'ensemble des droits sociaux du patient, il s'agirait d'automatiser certains processus permettant de faciliter l'accès aux bénéfices qui découlent de ses droits.

Les prestataires souhaiteraient disposer d'un espace où être entendu de leurs propres représentants mais aussi des autorités. Plus que cela, ils souhaiteraient participer davantage aux réflexions et prises de décisions les concernant, aux côtés des autorités. D'autre part, ils attendent des autorités régionales une collaboration plus étroite avec l'autorité fédérale et les autres entités fédérées afin de garantir la cohérence globale des différentes politiques visant la santé.

De manière générale, tous s'accordent sur la nécessité d'intégrer la PPS dans l'ensemble des pratiques de la première ligne et ses partenaires. Aussi, il est demandé aux autorités d'investir et de reconnaître la plus-value des stratégies portées par la PPS pour garder les personnes en santé le plus longtemps possible et éviter le recours aux services d'aide et de soins.

Afin de rencontrer l'ensemble de ces objectifs transversaux, il s'agirait, pour commencer, de s'appuyer sur l'existant et de le renforcer. Il est également question de moduler l'octroi des moyens financiers et humains en fonction du degré de besoin identifié sur le territoire. Ici, l'idée n'est pas de faire des économies mais plutôt d'investir là où, et quand cela est nécessaire. Enfin, le futur modèle organisationnel de la première ligne devra poser le cadre général, au sein duquel, une autonomie des secteurs devrait être garantie.

## Synthèse des échanges des ateliers du mois de septembre

Partie 2 : Les différentes contributions des acteurs concernés au futur modèle organisationnel de la première ligne wallonne

### 1. La définition de la première ligne d'accompagnement et de soins

Des échanges, nous identifions différentes catégories auxquelles peuvent se rattacher les concepts mentionnés par les participants.

D'une part, des objectifs auxquels la première ligne devrait répondre :

Répondre à la majorité des besoins des personnes, de leurs proches et des professionnels de manière équitable, tout au long de la vie, dans le respect des droits des patients et en leur permettant d'exercer leur libre choix de manière éclairée. Dans ce cadre, il est nécessaire de permettre aux personnes de développer leurs compétences pour agir en faveur de leur santé (empowerment).

Disposer d'un modèle d'organisation de la première ligne garantissant l'efficacité et la soutenabilité des services d'aide et de soins dans une logique de pérennité. Ce modèle doit permettre la continuité des services au départ de la prévention primaire jusqu'à la prévention quaternaire de manière cohérente et intégrée. L'accessibilité dans toutes ses dimensions est fondamentale dans le déploiement de ce modèle.

D'autre part, des stratégies permettant à la première ligne d'atteindre ces objectifs :

-Intégrer les stratégies de promotion de la santé et de prévention dans les pratiques de la première ligne afin de prendre en compte l'ensemble des déterminants sociaux de la santé.

-Parmi les valeurs des soins primaires, la santé communautaire se veut être le reflet de la santé de chacun des individus qui la composent. Il est donc primordial de déployer des services d'accompagnement et de soins dans les communautés, au plus proche des personnes.

-Tenir compte du projet de vie de la personne qui intègre l'ensemble des dimensions de son quotidien (logement, éducation, emploi, mobilité, etc.) dans une vision à long terme.

-Afin de rencontrer les besoins des personnes, l'organisation de la première ligne devrait permettre la collaboration entre les secteurs et la pluridisciplinarité dans l'accompagnement et les soins aux personnes. Cette organisation optimale entre prestataires garantirait la polyvalence de la première ligne et l'adoption d'une vision globale et holistique de la personne et de ses besoins en santé.

-La première ligne devrait apparaître comme une porte d'entrée incontournable notamment en termes d'information et d'orientation pour les personnes et leur santé. Il est mentionné que celle-ci pourrait même faire preuve de proactivité auprès de toutes les personnes, que celles-ci soient en santé ou non, considérant la responsabilité de la première ligne en matière de santé publique. Il est, de ce fait, évident qu'il est nécessaire d'investir dans cette première ligne pour permettre une meilleure articulation et une répartition du fardeau, entre les différentes lignes, qu'entraînent les nouveaux défis de santé publique.

-Le modèle organisationnel de la première ligne et les objectifs communs devraient pouvoir rassembler l'ensemble des parties prenantes au-delà des clivages politiques.

Par ailleurs, il reste certaines questions en suspens que les échanges entre les participants n'ont pas pu résoudre et qu'il conviendrait d'approfondir. Il s'agit :

-D'identifier les acteurs et parties-prenantes de la première ligne d'accompagnement et de soins, ainsi que de leurs missions au sein de celle-ci.



## Synthèse des échanges des ateliers du mois de septembre

- De contribuer à l'atteinte des objectifs transversaux définis, par ailleurs, au-delà des lignes d'action.
- De statuer sur l'opportunité de rendre obligatoire le passage par la première ligne pour accéder à certains services relevant de la deuxième ligne.

Proposition de définition sur la base de ces différents éléments :

La première ligne d'accompagnement et de soins répond aux besoins des personnes, de leurs proches et des professionnels de manière équitable, tout au long de la vie, dans le respect des droits des patients et en leur permettant d'exercer leur libre choix de manière éclairée. Cette première ligne assure l'accessibilité et contribue à la continuité des services dispensés à la population, de la promotion de la santé jusqu'à la prévention quaternaire. Pour y parvenir, elle met en place des stratégies de promotion de la santé, tient compte du projet de vie de la personne dans un esprit de collaboration entre les secteurs, afin de permettre l'adoption d'une vision globale et holistique de la personne et de ses besoins en santé.

### 2. Les missions de la première ligne d'aide et de soins

Les missions consensuelles :

- Prendre en charge 90% des besoins des personnes et atteindre les objectifs de santé fixés
- Informier, orienter et conseiller de manière adéquate les personnes et selon leur projet de vie
- Contribuer à la promotion de la santé et à réduire les inégalités sociales de santé
- Permettre l'accessibilité à l'offre de services
- Garantir la qualité des services dispensés aux personnes
- Offrir des services intégrés, continus et globaux
- Coordonner et soutenir la transversalité de l'ensemble des prestataires en réseau au sein de la première ligne et autour d'une personne, dans et entre les territoires si besoin
- Identifier les besoins et les priorités, développer des outils permettant d'y répondre et relever les défis locaux
- Discuter avec les autorités des politiques de santé et les interpeller au besoin
- Permettre la formation continuée des professionnelles, des patients et de leurs aidants proches
- Faciliter et étendre la mise en cohérence des acteurs déjà organisés (Promotion de la santé, santé mentale, centres de planning familial, etc.)
- Autonomiser les patients et les rendre acteurs de leur santé, permettre la prise d'une décision éclairée par le patient et son entourage en renforçant la littératie en santé des personnes
- Centraliser la concertation et soutenir les deuxième et troisième ligne
- Organiser la coordination des services à domicile

Les missions faisant l'objet d'une discussion :

- Risque qu'un découpage territorial participe à renforcer les inégalités sociales de santé préexistantes
- La première ligne n'est pas la seule responsable de la coordination journalière des prestataires autour d'une personne.

## Synthèse des échanges des ateliers du mois de septembre

### 3. Le maillage territorial et ses acteurs

Chacune des 10 tables a proposé un modèle avec différents niveaux, missions et acteurs concernés. Sur les 10 propositions, 8 présentent une organisation territoriale à 4 niveaux tandis que 2 décrivent une organisation à 3 niveaux.

On observe que pour le premier niveau, il est systématiquement question de la personne et de son entourage dans leur relation avec les prestataires de l'accompagnement et des soins. En ce qui concerne la coordination journalière des prestataires autour de la personne, elle est envisagée au niveau 1 ou au niveau 2. A ces niveaux sont mentionnés, par exemple, comme partenaires, les services communaux, les associations des patients, les SAFA, les institutions d'hébergement, etc.

La prévention et, de manière plus large, la promotion de la santé sont des missions qui reviennent souvent au niveau 1 ou qui sont transversales. De même, la question de l'identification des besoins semble commune à tous les niveaux tandis que l'analyse des besoins semble plutôt dépendre du niveau 3 ou 4 avec notamment la mention d'un centre d'expertise de la première ligne et le développement de missions de recherche, d'évaluation et d'innovation.

Les niveaux 2 et 3 intègrent pour la plupart des structures de coordination telles que les SISD, les CCSSD, les RLM, les ASI, etc. Aussi, ces niveaux proposent à chacun des professions de s'organiser tantôt de manière individuelle et/ou collective, une des tables mentionne par exemple la tenue d'un cadastre par profession qui serait validé ensuite par le niveau 4 avant d'être publié. Les modalités d'action de ces niveaux permettent de proposer des formations, des temps de concertation pluridisciplinaire et d'échange de bonnes pratiques et d'expériences. D'autres partenaires sont mentionnés comme pouvant intégrer ces niveaux, il s'agit entre autres, des organismes assureurs, des cercles et groupements professionnels, des syndicats, des universités ou hautes écoles, du réseau de santé wallon, etc. Le rôle des hôpitaux comme partenaires de la première ligne est évident mais le niveau auquel ils doivent participer n'est pas clairement identifiés.

Le niveau 4 est identifié comme le niveau politico administratif chargé de définir une vision claire de la première ligne et des stratégies en vue d'atteindre des objectifs de santé. Il est aussi chargé de donner les moyens structurels et, dans une certaine mesure, les moyens financiers, notamment en subventionnant certaines missions. Le niveau 4 est aussi accessible aux niveaux 2 et 3 afin de relayer leurs constats et besoins dans le but de les prendre en compte dans la définition des politiques et priorités de santé.

Quel que soit le modèle proposé, il apparaît que les dynamiques partent à la fois des besoins de la population et des professionnels, au plus petit niveau de l'organisation vers le niveau le plus macro (bottom-up) dans la perspective d'adapter l'action publique en matière de santé selon les besoins rencontrés et relayés par les acteurs de terrain. A l'inverse, une dynamique top-down s'assure de faire appliquer les politiques de santé concertées à tous les niveaux organisationnels.

## Synthèse des échanges des ateliers du mois de septembre

### Conclusions

Les échanges ont fait évoluer la terminologie utilisée pour décrire la première ligne. En effet, au départ, il était question de première d'aide et de soins et lors de la rédaction des conclusions des Assises de la première ligne, il est apparu que l'usage du terme première ligne d'accompagnement et d'aide correspondait davantage à la vision des prestataires.

Les participants, dans l'ensemble, sont d'accord avec les concepts qui doivent intégrer la définition de la première ligne mais les acteurs n'emploient pas les mêmes termes et ne mettent pas forcément les mêmes choses derrière leur propos. Cela traduit un besoin de développer un langage commun et consensuel autour de la première ligne.

Les échanges ont permis de recueillir de précieux éléments et des consensus sur le futur modèle organisationnel de la première ligne. Tous s'accordent à dire qu'il est nécessaire de disposer d'un découpage territorial à plusieurs niveaux. Chacun de ces niveaux ayant des missions générales qui permettent de répondre aux besoins de la population et des prestataires de terrain dans des dynamiques de concertation et d'ajustement permanentes. La première ligne comprend de nombreux acteurs, aux compétences et connaissances variées, cette polyvalence doit s'articuler efficacement afin de rencontrer les missions de chacun des niveaux. Par ailleurs, des éléments restent à approfondir particulièrement ceux qui concernent l'articulation de la première ligne avec les autres lignes d'action, les partenaires avec lesquels elle doit collaborer, ainsi que les modalités d'organisation de cette collaboration.

Il apparaît que l'enjeu majeur de cette nouvelle organisation de la première ligne est de parvenir à rassembler l'ensemble des parties prenantes du système de santé, quelle que soit la ligne d'action, autour d'une vision et d'objectifs communs.