

PLAN SANTÉ BRUXELLOIS

GRANDIR ET VIVRE

EN BONNE SANTÉ À BRUXELLES



COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE

PLAN SANTÉ BRUXELLOIS

COLOPHON

RÉDACTION

Le Plan Santé Bruxellois a été élaboré par les Membres du Collège réuni compétents pour la Politique de Santé, le Ministre Didier Gosuin et le Ministre Guy Vanhengel, et a été approuvé par le Collège réuni et l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune. Il est le résultat d'une large concertation : elle a mobilisé 81 acteurs des secteurs de la santé (et parmi eux plus de 300 personnes) au sein de 8 groupes de travail. Le Plan a également été soumis aux organes d'avis, à savoir le Conseil consultatif des Services du Collège réuni, le Conseil de gestion d'Iriscare et le Conseil économique et social.

SECRÉTARIAT ET SOUTIEN SCIENTIFIQUE

L'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

LAYOUT

Nathalie da Costa Maya

NUMÉRO DE DÉPÔT

D/2019/9334/45

POUR PLUS D'INFORMATION

Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale
Services du Collège réuni de la Commission communautaire commune
Rue Belliard 71, boîte 1 - 1040 Bruxelles
Tél.: 02/552.01.89

TABLE DES MATIÈRES

4	MOT DES MINISTRES	14	AXE 1 RÉDUIRE LES INÉGALITÉS EN SANTÉ
6	LA SANTÉ DES BRUXELLOIS : QUELQUES GRANDS CONSTATS	17	OBJECTIF 1 Mettre la santé dans toutes les politiques en agissant sur les déterminants de la santé
11	SEPT PRINCIPES QUI GUIDENT LE PLAN SANTÉ BRUXELLOIS	24	OBJECTIF 2 Favoriser l'accès des publics fragiles aux soins de santé et à la prévention
		31	OBJECTIF 3 Favoriser l'équité dès le départ dans la vie : promouvoir la santé des mères, des enfants et des adolescents

**37 AXE 2
ASSURER À CHAQUE BRUXELLOIS
UN PARCOURS DE SOINS
ACCESSIBLE ET COHÉRENT**

- 38 OBJECTIF 1
Renforcer la prévention dans
le parcours des patients
- 47 OBJECTIF 2
Renforcer et mieux organiser
la 1^{ère} ligne de soins
- 60 OBJECTIF 3
Repositionner l'hôpital dans
le paysage des soins
- 64 OBJECTIF 4
Améliorer la santé mentale
de la population
- 69 OBJECTIF 5
Vieillir en bonne santé à Bruxelles
- 73 OBJECTIF 6
Accompagner la fin de vie
- 76 OBJECTIF 7
Renforcer la sécurité sanitaire
- 79 OBJECTIF 8
Améliorer la communication
entre les acteurs de soins et entre
les acteurs et les patients

**81 AXE 3
AMÉLIORER LA CONDUITE DE
LA POLITIQUE DE SANTÉ**

- 82 OBJECTIF 1
Développer la participation
des patients et soutenir
les droits du patient
- 86 OBJECTIF 2
Soutenir la qualité et
assurer la sécurité
- 91 OBJECTIF 3
Mettre l'innovation au
service de la santé
- 93 OBJECTIF 4
Promouvoir une approche
de contractualisation avec
les structures subsidiées
- 94 OBJECTIF 5
Concierter et évaluer le
Plan Santé Bruxellois
- 96 OBJECTIF 6
Organiser la coordination des
différentes entités politiques
- 98 BIBLIOGRAPHIE**

MOT DES MINISTRES

Nous avons le plaisir de vous présenter les résultats des travaux autour du premier Plan Santé Bruxellois. Il est le fruit d'un travail collectif qui a duré le temps de la législature. L'exercice est apparu indispensable, dès l'entame de cette législature qui, suite à la Sixième Réforme de l'État, a vu Bruxelles acquérir une compétence considérable en matière de santé. La réception de nouvelles compétences, notamment en matière de politique de personnes âgées et de première ligne de soins, était en effet l'opportunité de repenser la politique de santé afin de la rendre plus cohérente.

L'élaboration du Plan Santé Bruxellois a donné lieu à un travail important de concertation. À cette fin, nos cabinets ont mobilisé de nombreux professionnels impliqués quotidiennement pour promouvoir la santé de la population bruxelloise : les Services du Collège réuni, et en particulier son service d'étude l'Observatoire de la Santé et du Social, Iriscare, les professionnels de la santé (parmi lesquels les institutions de soins et la première ligne de soins), des scientifiques, nos collègues des autres entités fédérale et fédérées, etc. Tous ont contribué au résultat que vous avez sous vos yeux, et nous souhaitons leur exprimer toute notre gratitude.

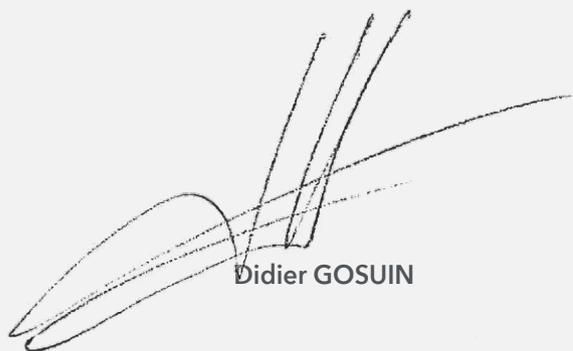
Notre vision est fondée sur 7 principes, opérationnalisés en 3 axes, 17 objectifs et 44 mesures. Chaque mesure reprend différentes actions à réaliser sur la période 2019-2025 et des propositions d'évaluation y liées.

Les trois grands axes sont les suivants : enrayer l'augmentation et réduire les inégalités sociales de santé, assurer à chaque bruxellois un parcours de soins accessible et cohérent en fonction de ses besoins, et améliorer la conduite de la politique de santé. Les objectifs que nous avons fixés en lien avec ces trois axes offrent une réponse aux enjeux majeurs de santé publique à Bruxelles.

Le Plan Santé Bruxellois a en ce sens une approche globale de la santé, en intégrant les enjeux liés à la santé physique, sociale et mentale des bruxellois, une approche où la personne est au centre du système, et une approche qui tient compte du lieu et de la situation de vie de chaque bruxellois. Il a également pour objectif d'aller au-delà du système de soins stricto sensu, en intégrant par exemple des problématiques liées à la précarité, au logement et à l'emploi qui ont un impact sur la santé.

Le Plan Santé Bruxellois est et doit rester un processus dynamique destiné à amener tous les acteurs à travailler dans le même sens autour d'objectifs communs et de priorités partagées au bénéfice de la santé des bruxellois.

Les Membres du Collège réuni compétents pour la Politique de la Santé,



Didier GOSUIN



Guy VANHENGEL

LA SANTÉ DES BRUXELLOIS

QUELQUES GRANDS CONSTATS

La Région bruxelloise a des caractéristiques bien différentes des deux autres régions : c'est une région urbaine, qui croît et rajeunit, multiculturelle, très hétérogène socialement, et complexe institutionnellement.

La Région bruxelloise est une région en croissance et qui ne cesse de rajeunir depuis plus de 25 ans. La natalité importante et l'immigration de jeunes adultes explique ce rajeunissement. L'ensemble de ces personnes sont susceptibles de faire appel aux services de santé bruxellois.

Si la Région bruxelloise a quelques années devant elle avant de faire face à une augmentation importante du nombre de personnes âgées, elle devra affronter le fait qu'une proportion croissante d'entre elles seront beaucoup plus vulnérables socioéconomiquement que la population actuellement âgée, ce qui nécessitera une adaptation de la prise en charge. À titre indicatif, la part des personnes vivant avec la GRAPA (Garantie de revenus aux personnes âgées) a augmenté de façon importante en Région bruxelloise : elle est passée de 8 % en 2008 à 12 % en 2018.

Bruxelles dispose d'une offre de services de santé importante et prend en charge une part importante de patients non-bruxellois. À titre indicatif, en 2014, 33,5 % des admissions dans les hôpitaux bruxellois concernent des personnes ne résidant pas en Région Bruxelloise, 17,5 % de personnes résidant en Flandre et 14,4 % en Wallonie.

Bruxelles est une ville région internationale où une part importante de la population est de nationalité étrangère, soit un tiers de la population (dont une grande partie de l'Europe des 28). Vu le nombre important de naturalisations, ces chiffres ne rendent compte que partiellement de la diversité bruxelloise.

C'est aussi une région très contrastée d'un point de vue socio-économique : en termes de revenu fiscal, on y trouve les communes les plus pauvres du pays aussi bien que des communes ayant un revenu nettement supérieur à la moyenne nationale. Environ 1 Bruxellois sur 3 vit avec un revenu inférieur au seuil de risque de pauvreté. Plus d'un enfant sur quatre vit dans un ménage sans revenu du travail. Malgré une diminution observée ces dernières années, les taux de chômage, en particulier chez les jeunes, sont plus élevés en Région bruxelloise qu'en moyenne en Belgique et

inégalement répartis territorialement. Enfin, c'est à Bruxelles où il y a le plus d'isolés et de familles monoparentales : cela concerne près de 60 % des ménages bruxellois, contre 48 % des wallons et 38 % des flamands.

ÉTAT DE SANTÉ DES BRUXELLOIS : DE FORTES INÉGALITÉS DE SANTÉ

Les inégalités sociales se reflètent dès la naissance et ce tout au long de la vie. L'espérance de vie à la naissance diffère selon le statut socioéconomique des personnes : entre les communes les plus pauvres et les communes les plus aisées, l'écart en termes d'espérance de vie des habitants est de 2,6 ans pour les hommes et de 2,3 ans pour les femmes.

Par ailleurs, en terme de santé perçue, la proportion de personnes ne s'estimant pas en bonne santé varie significativement selon le statut social (à âge et sexe égal) : parmi les Bruxellois (15 ans et plus) ayant au maximum un diplôme de l'enseignement primaire, plus de la moitié ne s'estiment pas en bonne santé, contre moins d'un cinquième parmi les diplômés de l'enseignement supérieur. Les domaines de santé mentionnés ci-dessous montrent tous des fortes inégalités sociales dans leurs indicateurs.

INÉGALITÉS SOCIALES À LA NAISSANCE

En 2015, plus d'un enfant sur cinq (22 %) naît dans un ménage sans revenu du travail en Région bruxelloise (une proportion identique à celle de 2014). En outre, 39 % des enfants naissent dans un ménage avec un seul revenu. Par ailleurs, près d'un cinquième des enfants naissent dans un ménage où la mère vit seule (isolée) au moment de la naissance (19 % en 2015, contre 18 % en 2014). Parmi les mères vivant seules, 62 % ne disposent pas de revenu du travail.

Dès la naissance, le statut social des parents influence la santé de l'enfant. En 2014-2015, les enfants qui naissent dans un ménage sans revenu du travail courent environ deux fois plus de risques d'être mort-nés ou de décéder dans la première année de vie par rapport aux enfants qui naissent dans un ménage à deux revenus (9,2 cas pour 1000 habitants pour un ménage sans revenu du travail contre 5 cas pour 1000 habitants pour un ménage à deux revenus).

MALADIES CHRONIQUES : UNE PERSONNE ÂGÉE SUR DEUX EST CONCERNÉE

Le risque de maladie chronique¹ augmente de façon importante avec l'âge. Jusqu'à 45 ans, la majorité de la population ne présente pas de maladie chronique (63 %). Parmi les personnes de 45-65 ans, cette part baisse à 34 %. Ainsi, pas moins de deux tiers des personnes de cet âge présentent au moins une maladie chronique, et 43 % rapportent au minimum deux maladies chroniques.

1 Sont considérés dans le cadre de l'enquête de santé comme maladies chroniques les 25 troubles suivants : l'asthme, les maladies pulmonaires chroniques, les maladies cardiaques, l'hypertension, les accidents vasculaires cérébraux, l'arthrite, le diabète, les allergies, les ulcères gastriques, les troubles intestinaux, le cancer, les maux de tête sévères, la dépression, les maladies thyroïdiennes, le glaucome, la cataracte, la maladie de Parkinson, l'épilepsie, les maladies rénales graves/les calculs rénaux, la cystite chronique, la fatigue chronique, l'ostéoporose, les maladies graves de la peau.

Parmi les personnes de plus de 65 ans, plus de la moitié souffrent au minimum de deux maladies chroniques.

Des différences importantes sont observées selon la situation financière (revenus perçus)² des ménages. Parmi les 45-65 ans, plus de la moitié (57 %) des personnes présentant des difficultés à joindre les deux bouts souffrent d'au moins deux maladies chroniques, contre 40 % parmi les personnes ayant une situation financière «moyenne» et 31 % parmi les personnes ayant facile à joindre les deux bouts. Près de trois quart (73 %) des personnes de plus de 65 ans qui présentent des difficultés à joindre les deux bouts souffrent d'au minimum deux maladies chroniques, contre respectivement 65 % et 45 % pour les catégories sociales plus aisées.

Le potentiel de prévention des maladies chroniques est très important et largement sous-exploité. Selon un rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), en travaillant sur le tabagisme, la consommation d'alcool, le surpoids, le manque d'activité physique et alimentation, il serait possible de réduire les cas de diabète de type 2 de 90 %, les maladies cardiovasculaires de 82 % et les cancers de 70 %³.

LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES, RESPONSABLES D'UN TIERS DES DÉCÈS

Les maladies cardiovasculaires sont responsables d'un tiers des décès dans la population. Les cardiopathies ischémiques et les maladies cérébrovasculaires constituent toujours les première et deuxième causes de décès par maladies cardiovasculaires, même si leur poids dans la mortalité totale est en diminution.

LES CANCERS DU SEIN ET DE LA PROSTATE, LES PLUS FRÉQUENTS

Le taux de mortalité totale par cancer et la mortalité prématurée par cancer ont diminué entre 1998 et 2014. En 2014, le nombre de décès par cancer s'élevait à 2 209 bruxellois sur un total de 8 824 décès. Les quatre cancers les plus fréquents chez l'homme sont celui de la prostate, du poumon, le cancer colorectal et les leucémies et lymphomes ; chez la femme, ce sont le cancer du sein, le cancer colorectal, les leucémies et lymphomes, et le cancer du poumon. Ces cancers sont également, pour chaque sexe, les cancers les plus meurtriers. L'amélioration des taux de guérison ou de rémission tendent à faire évoluer le cancer vers la maladie chronique, ce qui détermine de nouveaux besoins chez les patients concernés.

2 Basé sur la question posée dans l'enquête : «En tenant compte de ce revenu global, votre ménage est-il en mesure de joindre les deux bouts ?».

3 World Health Organization, "The case for investing in public health", Public Health summary report for EPHO8, 2014.

D'IMPORTANTES INÉGALITÉS EN PRÉVENTION : L'EXEMPLE DES SOINS DENTAIRES

Il est recommandé, pour la santé bucco-dentaire, de consulter le dentiste annuellement. Comme dans d'autres domaines, il existe d'importantes inégalités sociales dans l'accès aux soins dentaires préventifs.

Pour les 5-14 ans, 26 % ont consulté un dentiste dans le cadre de soins dentaires préventifs parmi les jeunes ayant le statut BIM, contre 33 % parmi leurs homologues n'ayant pas ce statut. Cette différence est interpellante dans la mesure où les soins dentaires sont intégralement remboursés pour les moins de 18 ans qui consultent un dentiste conventionné (c'est-à-dire un praticien qui applique des tarifs déterminés en accord avec les mutualités).

SANTÉ MENTALE : QUATRE PERSONNES SUR DIX SONT CONCERNÉES

Plus que dans les deux autres régions, quatre personnes sur dix présentent des **problèmes psychologiques**⁴ en Région bruxelloise. À l'instar d'un grand nombre de problèmes de santé, les personnes faiblement scolarisées sont les plus touchées : plus que la moitié (56 %) des personnes ayant au maximum un diplôme de l'enseignement primaire présentent des problèmes psychologiques, contre 34 % parmi les diplômés de l'enseignement supérieur.

La prévalence des problèmes de santé mentale à Bruxelles sont liés à son caractère urbain, aux difficultés rencontrées par les migrants et les réfugiés, à la grande pauvreté, à l'isolement, au manque de logements adaptés, etc. Notons que les problèmes de santé mentale sont en augmentation dans les trois régions.

CONSOMMATION DES SOINS : LA PREMIÈRE LIGNE RESTE SOUS UTILISÉE

Le caractère urbain et de capitale de Bruxelles conditionne l'offre des structures de soins. L'analyse de la consommation de soins a montré que la région bruxelloise consomme moins de soins en médecine générale, moins de services à domicile mais plus de soins spécialisés ou hospitaliers que les deux autres régions.

Ceci est tout d'abord dû au fait que la région bruxelloise est uniquement urbaine : ce profil de consommations s'observerait également si on ne considérait que les grandes villes des autres régions. D'autres éléments explicatifs sont cependant à prendre en compte : l'offre de soins (une offre importante en structures hospitalières), le profil de la population (notamment multiculturelle), la précarisation sont d'autres facteurs qui influencent ce profil de consommation.

4 Il s'agit de la proportion des personnes présentant au moins deux difficultés psychologiques, identifiées via le «General Health Questionnaire» (GHQ).

POSTPOSER DES SOINS POUR DES RAISONS FINANCIÈRES

Enfin, l'accès aux soins de santé reste difficile pour de nombreux ménages bruxellois. D'après l'Enquête de Santé 2013, près d'un quart des ménages bruxellois (23 %) déclaraient avoir reporté des soins de santé pour raisons financières. Le report de soins est proportionnellement plus fréquent en Région bruxelloise qu'en Flandre (5 %) et en Wallonie (9 %).

Là encore, le gradient social est clair : le report des soins de santé diminue à mesure que les moyens financiers disponibles augmentent. En Région bruxelloise, près de la moitié (46 %) des ménages, présentant des difficultés à joindre les deux bouts, déclarent avoir reporté des soins pour raisons financières, contre seulement 5 % parmi les ménages ayant facile à joindre les deux bouts.

EN GUISE DE CONCLUSION

Ces quelques grands constats montrent que Bruxelles est confrontée à de nombreux enjeux en matière de santé. Partant de ces constats, l'ambition du Plan santé est de proposer des pistes de solutions et de réponses en vue d'œuvrer à améliorer l'état de santé de la population bruxelloise, et en particulier à lutter contre les inégalités de santé.

L'équipe de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

L'OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL DE BRUXELLES-CAPITALE

L'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale est au service de tous ceux qui participent à l'élaboration et la mise en place des politiques de santé et de lutte contre la pauvreté dans la région bruxelloise : décideurs politiques, acteurs de terrain ou chercheurs.

La plupart des données présentées dans ce chapitre sont issues des deux publications suivantes : le **Baromètre social 2018** et le **Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise**. Vous retrouverez toutes nos publications sur le site internet de l'Observatoire.

<https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/accueil>

SEPT PRINCIPES QUI GUIDENT LE PLAN SANTÉ BRUXELLOIS

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS PAR UNE COHÉRENCE DE TOUTES LES POLITIQUES

Le diagnostic de l'état de santé des Bruxellois a mis en lumière l'importance des inégalités sociales en santé. Cela appelle un travail sur les conditions géographiques, financières et culturelles de l'accès aux soins. Par ailleurs, il est établi que les facteurs sociaux, économiques et culturels ont autant d'impact sur la santé que les comportements individuels et les politiques de santé. Ces déterminants sociaux sont multiples (habitat, environnement, transport, emploi, formation, etc.) et appellent donc une mobilisation de l'ensemble des acteurs. L'enjeu de cette mobilisation est la réduction des inégalités.

Le PSB propose de mettre la santé dans toutes les politiques et de renforcer l'accessibilité de l'offre de soins.

STRUCTURER L'OFFRE À PARTIR DES BESOINS

Chacun reconnaît que l'offre est prédominante dans la construction de nos systèmes de soins. Ce poids historique ne doit pas empêcher de faire évoluer l'adéquation de l'offre aux besoins actuels et futurs. Le PSB propose de renforcer le pilotage politique afin de lui permettre de mener des politiques qui répondent aux besoins de la population dans son ensemble et à des publics plus particuliers (par le type de pathologie qu'ils développent ou par leurs caractéristiques sociales). Cela implique une planification dynamique de l'offre de soins, le développement de formes de prise en charge qui n'existent qu'à l'état embryonnaire ainsi qu'une organisation de l'offre qui vise l'excellence. Cela implique également d'apporter des solutions qui tiennent compte des attentes des patients, par exemple le souhait de rester à domicile ou de trouver une offre de soins de proximité.

FAVORISER UNE APPROCHE INTÉGRÉE / DÉCLOISONNÉE

L'autre mal identifié de nos systèmes de santé est le cloisonnement de ses approches et de ses acteurs. L'évolution épidémiologique et en particulier l'explosion des besoins de prise en charge de longue durée principalement pour les maladies chroniques pose un défi nouveau à nos systèmes de santé. Il existe aujourd'hui un fort consensus sur la nécessité de prendre en charge différemment les patients, par une approche intégrée des soins où les acteurs collaborent de manière décloisonnée au profit de leurs patients. Les autorités compétentes en matière santé se proposent de soutenir ces changements de paradigme dans les pratiques par des outils adéquats en lien avec la multidisciplinarité, le partage d'information, la concertation des acteurs et l'organisation des parcours de soins.

FAVORISER L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES PRISES EN CHARGE ET L'ÉVALUATION

L'environnement culturel et notamment les attentes des citoyens à cet égard est propice à l'introduction formalisée de l'amélioration continue de la qualité et de son nécessaire corollaire l'évaluation. S'il est difficile de chiffrer la plus-value des politiques d'amélioration de la qualité, le coût de la non-qualité n'est plus à démontrer tant en coût financier qu'en coût humain. Les politiques de santé doivent intégrer l'évaluation et l'amélioration continue.

DÉVELOPPER LA DÉMOCRATIE SANITAIRE

La production d'informations pertinentes pour structurer le diagnostic des situations sanitaires et les réponses politiques adéquates à y donner est un impératif de démocratie sanitaire. La transparence de ces informations est nécessaire à l'inclusion des acteurs associatifs, institutionnels et individuels dans la gouvernance des politiques de santé. Le PSB propose de travailler sur le recueil, l'analyse et la mise à disposition des données de santé aux acteurs et au public.

Le PSB propose également d'associer les usagers, citoyens, patients et contribuables à la compréhension des systèmes de santé et d'assurer progressivement leur participation à la prise de décision des politiques de santé tant au niveau macro qu'au niveau des institutions.

METTRE L'INNOVATION SOCIALE ET TECHNOLOGIQUE AU SERVICE DU PATIENT

La Région bruxelloise est un terreau fertile pour l'innovation qu'elle soit sociale ou technologique. Cette créativité doit être soutenue et intégrée le plus rapidement possible dans les parcours de soins. L'e-santé est un exemple d'un outil qui aide à la transformation des pratiques de soins, ouvrant les possibilités de partage d'informations, de multidisciplinarité. La recherche et l'innovation industrielle doivent aussi converger vers les objectifs de santé publique.

ASSURER LA DURABILITÉ DU SYSTÈME

L'enjeu de la soutenabilité financière n'est pas propre aux politiques bruxelloises, mais doit néanmoins nous maintenir en alerte. Compte tenu des projections démographiques et sanitaires, l'objectif d'efficacité doit venir interroger toutes les politiques de santé. Le maintien et le développement d'une offre de soins accessibles à Bruxelles passent par une recherche de l'efficacité notamment par l'optimisation des modes d'organisation existants, la suppression des redondances, la mutualisation des fonctions comme peuvent l'être par exemple les fonctions de support.

AXE 1

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS EN SANTÉ

Lors de la sortie du rapport de l'OCDE sur l'État de santé dans l'Union européenne, en novembre 2017, la Commission européenne pointait les inégalités, comme une des faiblesses du système de santé belge, avec la question de la pénurie des professions de santé. «*De grandes inégalités concernant l'état de santé persistent en Belgique en fonction du statut socio-économique*».

Bruxelles n'échappe malheureusement pas à ce constat. Si Bruxelles est une région riche et développée, elle est aussi fortement inégalitaire, à tel point que l'on peut parler de ***réel paradoxe bruxellois***.

Bruxelles produit en effet 18,2 % (source IBSA) de la richesse du pays. Mais cet indicateur peine à refléter la réalité socio-économique de la Région. Les revenus moyens et médians par déclaration fiscale sont plus faibles à Bruxelles que dans l'ensemble de la Belgique. Bruxelles est une région très contrastée en termes de revenus fiscaux et la commune est un marqueur de disparité socio-économique. En effet, au sein de la même région, le revenu médian varie de 14.884 euros à Saint-Josse-ten-Noode (ce qui est le revenu médian le plus bas du pays) à 25.280 euros à Woluwe-Saint-Pierre. Les quartiers aux revenus médians les plus bas se situent pour la plupart dans le croissant pauvre, à savoir une ligne nord-ouest autour du centre-ville.

Environ un Bruxellois sur trois vit avec un revenu inférieur au seuil de pauvreté. Cette proportion est bien plus élevée qu'au niveau belge. Un cinquième de la population bruxelloise de 18 à 64 ans perçoit une allocation d'aide sociale ou une allocation de chômage. 4,9 % dépend d'un revenu octroyé par un CPAS, ce qui est plus du double qu'au niveau de la Belgique. Et ce pourcentage monte à 9,9 % pour les jeunes de 18 à 24 ans.

Les taux de chômage, s'ils sont en baisse, restent néanmoins à 16,5 % pour l'ensemble de la population bruxelloise et à 24,8 % pour le chômage des jeunes (source Actiris 2018).

Enfin, c'est à Bruxelles que l'on compte le plus de personnes isolées et de familles monoparentales. Ces deux catégories représentent 60 % des ménages bruxellois, contre 48 % en Flandre et 38 % en Wallonie.

Aujourd'hui, les inégalités socio-économiques prennent plusieurs visages avec la montée des populations de travailleurs pauvres, de ménages en insécurité économique, de ménages monoparentaux et de personnes isolées. Les inégalités doivent donc être analysées plus largement que selon les classifications traditionnelles entre riches et pauvres, actifs et non-actifs.

Les inégalités socio-économiques se reflètent dans les inégalités en santé. La population bruxelloise est plus jeune, en pleine croissance, dopée par l'arrivée de nouvelles populations. L'espérance de vie est dans la moyenne belge et européenne, mais, comme d'autres indicateurs, l'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé ne sont pas homogènes au sein de la population. Les Bruxellois les plus défavorisés socio-économiquement sont aussi les plus fragiles en matière de santé. Ainsi, pour la période 2009-2013, les femmes habitant les communes avec un niveau socio-économique plus faible ont une espérance de vie en moyenne deux ans et demi plus courte que celles vivant dans les communes avec un niveau socioéconomique plus élevé.

METTRE LA SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES

«Plus on est pauvre, moins on est en bonne santé» ne devrait pas être une fatalité. Cette injustice est notamment due à un accès inégal aux principaux facteurs qui influent sur la santé, comme l'emploi, le niveau de formation, le logement et les soutiens sociaux. Le Gouvernement bruxellois, formé en 2014, s'est engagé de manière déterminée dans la réduction des inégalités au sein de la Région.

En matière de formation et d'emploi :

- Le plan formation 2020 a visé à créer un droit à la qualification en vue d'améliorer l'employabilité et de réduire le chômage, notamment par des dispositifs tels que l'alphabétisation.
- Les dispositifs réformés d'aide à l'emploi ont visé à ne pas exclure les plus fragiles en limitant les conditions d'octroi de l'aide à l'emploi à la seule inscription comme chercheur d'emploi auprès d'Actiris et en retirant la condition d'être bénéficiaire d'allocations de chômage. Ces dispositifs ont également permis de fluidifier les parcours des personnes en recherche d'emploi en supprimant les temps d'attente entre les dispositifs publics de qualification et les dispositifs de mise à l'emploi et l'emploi lui-même.

Pour enrayer les inégalités en santé, nous devons poursuivre ces stratégies intégrées et promouvoir une forte collaboration intersectorielle et interinstitutionnelle, en ce compris en intégrant les politiques locales, pour agir au plus près du terrain. L'approche de réduction des inégalités en santé doit percoler dans toutes les politiques bruxelloises. Les ministres de la santé ne peuvent ni ne doivent être les seuls acteurs de la réduction des inégalités en santé. Ils doivent animer une réaction collective et promouvoir un effort de décloisonnement.

UNE ACCESSIBILITÉ AUX SOINS QUI SE DÉGRADE

L'accessibilité des soins est un autre enjeu de la réduction des inégalités. Malgré un système de couverture universelle, point fort de la Belgique, l'accessibilité aux soins a tendance à se dégrader. Le principe d'universalisme proportionné doit être mis en œuvre avec effectivité. Cela signifie piloter des politiques universelles, certes, mais fortement renforcées à l'égard de certains publics moins favorisés.

Un appel sera lancé au niveau des autres niveaux de pouvoir au sein de la Conférence interministérielle de la santé pour souligner que l'évolution de notre système de santé doit tenir compte des fragilités. Les réductions de durée de séjour hospitalier, par exemple, n'ont pas les mêmes conséquences selon le degré d'autonomie sociale et économique ou des conditions de logement des uns et des autres.

L'INJUSTICE FRAPPE DÈS LA NAISSANCE

Les inégalités sociales chez les enfants restent un phénomène marquant. Un tiers des enfants bruxellois vivent dans un ménage dont le revenu est inférieur au seuil de pauvreté.

Le taux de mortalité infantile à Bruxelles est faible et reste dans la moyenne européenne. Cependant, la répartition de la mortalité selon le statut socio-économique est préoccupante : un enfant a deux fois plus de risque de mourir avant la naissance et une fois et demie de plus avant son premier anniversaire, s'il naît dans une famille sans revenus que dans une famille avec deux revenus.

Un focus particulier doit être fait sur les enfants et leurs parents, en particulier les mères ou futures mères.

La place de cet axe relatif aux inégalités de santé au sein du Plan Santé Bruxellois est révélatrice de l'enjeu qu'il concerne. Une grande partie des énergies et des ressources devraient certainement être consacrées à cet axe. Il convient toutefois d'être conscient de la grande difficulté à atteindre les objectifs, compte tenu de la multiplicité des facteurs qui entrent en jeu et du peu d'impact qu'auront les leviers propres aux politiques de santé.

Nous ne partons pas de zéro. En la matière, le plan santé bruxellois doit s'articuler au plan pauvreté et aux différents plans régionaux dans leurs aspects en relation avec la santé.

OBJECTIF 1

METTRE LA SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES EN AGISSANT SUR LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

L'Organisation mondiale de la Santé soutient le «Health in all Policy», la santé dans toutes les politiques, comme outil de réduction des inégalités sociales et de santé. Tous les aspects d'une politique et d'une économie nationale ou régionale influencent la santé et l'équité sanitaire au sein des populations. Les facteurs qui déterminent l'état de santé de la population sont présents dans des domaines très différents, qui semblent parfois très éloignés de celui de la santé : accès à l'emploi, conditions de logement, environnement, etc. Les décisions prises dans ces matières agissent directement ou indirectement sur la santé de la population tout autant, si ce n'est plus, que des politiques relevant du domaine de la santé publique.

De ce fait, la stratégie à adopter est de mobiliser les politiques publiques ayant le plus grand impact sur la santé. Cette approche apparaît comme un véritable défi compte tenu de l'éclatement institutionnel, des spécificités territoriales de la Région, son caractère urbain, son attractivité et sa densité de population et cela s'accompagne d'enjeux sociaux majeurs (paupérisation, chômage, logement) et d'enjeux environnementaux (pollution de l'air, bruit, etc.) ou de projets d'aménagement ou de mobilité en cours ou à venir.

Si la santé n'est pas l'axe principal de ces politiques, ces dernières doivent néanmoins se préoccuper a minima de ne pas nuire à la santé des citoyens, et dans le meilleur des cas, de l'améliorer. La prise en compte des enjeux de santé et d'équité en santé doit intégrer les politiques publiques et les grands projets régionaux, pour devenir une réelle culture de la «santé dans toutes les politiques».

Les ministres de la santé n'ont pas ici l'intention de devenir des donneurs de leçons aux autres responsables politiques. Le but est d'informer et de sensibiliser afin de faciliter un débat sur les enjeux inhérents aux projets et les enjeux sanitaires. Pour cela, il est proposé :

- de développer une compréhension mutuelle des enjeux par un apport de la connaissance aux différents acteurs,
- d'inciter et de mener des études d'évaluation des impacts sur la santé,
- de renforcer la capacité d'anticiper en repérant les projets importants auxquels on souhaite ajouter une dimension santé, par exemple, en intégrant l'Observatoire de la Santé et du Social au Conseil de Coordination Économique,
- et de donner de la visibilité aux politiques de santé auprès des autorités au travers d'une communication renforcée des administrations santé (SCR, Observatoire et Iriscare).

MESURE 1 : DÉVELOPPER L'ÉVALUATION DE L'IMPACT DES POLITIQUES SUR LA SANTÉ

Vision : La Mesure d'Évaluation d'impact sur la santé (EIS) est recommandée par l'Organisation mondiale de la Santé pour toute politique agissant sur les déterminants de la santé. Il s'agit d'une démarche prometteuse pour favoriser l'élaboration de politiques améliorant la santé et réduisant les inégalités en la matière. Connue sous le nom de Consensus de Göteborg, l'évaluation d'impact sur la santé est définie comme une combinaison de procédures, de méthodes et d'outils par lesquels une politique, un programme ou un projet peuvent être jugés, évalués quant à leurs effets potentiels, parfois inattendus, sur la santé de la population et la distribution de ces effets au sein de la population, et qui identifient les actions appropriées pour gérer ces effets.

Il s'agit donc d'une forme d'évaluation *ex ante* ou prospective : on cherche à prédire les futurs effets potentiels d'une nouvelle politique ou mesure sur la santé. L'EIS s'inscrit le plus tôt possible dans le processus décisionnel, quand la décision est au stade de son élaboration : de cette manière, un impact négatif peut rapidement être mis en lumière et des mesures d'atténuation ou des solutions de remplacement peuvent dès lors être envisagées. Un impact positif peut être mis en avant et éventuellement renforcé.

Le test d'impact n'a donc pas pour objectif de remplacer le processus décisionnel, mais bien de l'appuyer. C'est un outil d'aide à la décision, qui vise à informer le processus décisionnel et qui offre aux décideurs la possibilité d'ajuster leur décision.

La mise en place d'un test d'impact appelle le développement d'un service à l'expertise particulière. Cette mise en place peut être progressive et s'accompagner d'une phase de sensibilisation auprès des différents acteurs politiques susceptibles d'y avoir recours. À cet égard, le test d'impact pourrait être mis non seulement à la disposition des ministres régionaux et communautaires, mais également à la disposition des pouvoirs locaux.

PLAN D'ACTION :

Développer un service d'expertise capable de proposer, sur une base volontaire, des tests d'impact aux différents acteurs institutionnels bruxellois

Chantiers déjà réalisés : Développement théorique de l'outil EIS au sein de l'Observatoire de la Santé et du Social

Objectif 2019-2020 :

- Réalisation d'une évaluation d'impact (santé et pauvreté) du projet-pilote visant le maintien à domicile des personnes âgées par une approche quartier et d'une évaluation d'impact (santé et pauvreté) sur une politique d'emploi relative aux contrats d'insertion en collaboration avec l'Observatoire de l'emploi d'Actiris
- Subside octroyé à l'ASBL SACOPAR en vue de sensibiliser les autorités communales à l'intégration de la santé comme partie intégrante du développement local. L'ASBL apportera un soutien structurant à une volonté politique d'agir favorablement sur la santé et la qualité de vie de toute la population.
- Proposer que les déclarations de politique générale 2019-2024, tant au niveau régional que bicommunautaire, soient analysées par l'Observatoire de la Santé et du Social, afin d'identifier les projets et réglementations qui devraient prioritairement être soumis au test d'impact santé.

Objectif 2025 : Intégrer le screening des déclarations de politiques régionale et bicommunautaire en vue d'identifier les projets et réglementations qui devraient prioritairement être soumis au test d'impact

Porteur du projet : Observatoire de la Santé et du Social

Suivi de la réussite de la mesure : comité de suivi de l'Observatoire de la Santé et du Social

Budget :

2018-2019 :

- 1 ETP existant au sein du cadre de personnel de l'Observatoire
- 60.000 euros attribué à l'ASBL SACOPAR pour sa mission de sensibilisation des autorités locales

À partir de 2020 :

- personnel à réévaluer en vue de l'extension des chantiers

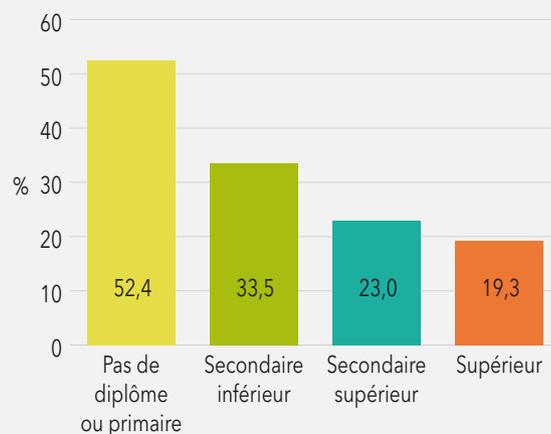
MESURE 2 : DÉVELOPPER LE MONITORING DES INÉGALITÉS

Vision : Pour mener des politiques de réduction des inégalités en santé, il faut pouvoir identifier quels sont les secteurs problématiques qui sont davantage marqués par les inégalités. Identifier les points les plus problématiques permettra une plus grande efficacité de nos actions. Bruxelles dispose déjà de bases de données importantes (enquête santé, bases de données de l'Observatoire de la santé et du social, fiscalité, observatoire de l'emploi, etc.) et s'enrichira de données nouvelles avec la mise en œuvre d'Iriscare. Les récoltes d'informations et leur analyse se poursuivront en collaboration avec l'INAMI et l'Agence inter-mutualiste.

L'objectif est de créer un set d'indicateurs santé. Les indicateurs seront choisis parce qu'ils sont révélateurs des inégalités sociales en santé (exemple : mortalité, invalidité, ...) d'une part et en lien avec les politiques bruxelloises (vaccination, 1^{ère} ligne de soins, politique hospitalière, dépistage) d'autre part.

L'analyse de ce set d'indicateurs constituera un monitoring des inégalités en santé et débouchera sur des recommandations et des priorités d'actions.

Proportion de la population (15 ans et plus) qui ne s'estime pas en bonne santé selon le niveau de diplôme (taux standardisé), Région bruxelloise, 2013



Source : Institut scientifique de Santé Publique, Enquête de Santé 2013

PLAN D'ACTION :

Développement des bases de données nécessaires à la statistique et l'analyse en santé à Bruxelles en vue de développer un set d'indicateurs et de formuler des recommandations pour la réduction des inégalités en santé

Chantiers déjà réalisés :

- Participation à l'enquête santé Belgique (ISP) - cofinancée par la COCOM
- Tableaux de bord de la santé de l'Observatoire de la Santé et du Social

Objectif 2019-2020 : Réalisation du premier monitoring en collaboration avec l'IMA et premières recommandations

Porteur du projet : Observatoire de la Santé et du Social (en collaboration avec l'IMA)

Évaluation et suivi : Réévaluation continue du set d'indicateurs

Budget : Budget récurrent d'étude de l'Observatoire de la Santé et du Social

MESURE 3 : **SOUTENIR LES INITIATIVES LOCALES**

Vision : Le niveau communal, voire une approche par quartier, est un niveau pertinent pour mobiliser les forces publiques et associatives autour de projets d'amélioration des conditions sociales et environnementales. La Commission communautaire commune propose de soutenir ces projets par exemple par des contrats locaux. Ce soutien peut s'inscrire dans le cadre du projet de l'OMS «Bruxelles Ville Santé». Bruxelles fait en effet partie du réseau européen des «Villes-Santé» de l'OMS, depuis 2003. Ce label réunit les villes et régions engagées dans une construction transversale de la santé publique dont les 4 piliers sont la lutte contre les inégalités sociales en santé, la santé dans toutes les politiques, la démocratie participative et le travail sur les déterminants sociaux et économiques de la santé.

La Commission communautaire commune souhaite associer plus fortement les pouvoirs locaux au projet «Ville-Santé» et leur donner la possibilité de créer des projets locaux.

La Commission Communautaire Commune souhaite renforcer son implication dans le réseau européen «Villes-Santé» afin de bénéficier davantage des retours d'expérience et de partager les bonnes pratiques et les projets innovants.

Ces contacts doivent également servir à entamer une discussion sur le rôle que les communes et les CPAS souhaitent jouer en matière de santé et le soutien qu'elles attendent du niveau régional et bicommunautaire.

PLAN D'ACTION :

Maintenir le label OMS et aller plus loin en lançant des projets de contrats locaux dans le respect du label OMS «Ville santé» et développer une plateforme d'échange des bonnes pratiques des projets «Ville santé» de l'OMS

Chantiers déjà réalisés : Bruxelles en tant que Région est active dans le label OMS depuis 2003. Un rapport a été établi en 2014. Le plan BVS 2020 repose sur l'établissement du PSB

Objectif 2019-2020 : Prise de contact avec les autorités locales pour déterminer l'intérêt et la faisabilité de projets locaux

Porteur du projet : SCR

Évaluation et suivi : Comité de suivi

Budget : Pas de nouveau budget à prévoir en 2019.

À partir de 2020 : si adhésion des communes au projet, budget de soutien des contrats locaux à prévoir - sous réserve de l'approbation des budgets annuels concernés



MESURE 4 :

METTRE EN ÉVIDENCE LES LIENS ENTRE SANTÉ ET ENVIRONNEMENT

Vision : Selon la Commission européenne, 20 % des maladies qui surviennent au sein des populations des pays industrialisés seraient imputables à des facteurs environnementaux. L'impact de l'environnement sur la santé n'est plus contesté même s'il reste difficile de le mesurer avec précision. Le lien entre santé et environnement est mis en exergue à plusieurs niveaux de pouvoirs depuis un certain temps. L'OMS-Région Europe a été la première autorité à tirer la sonnette d'alarme et mène des conférences tous les cinq ans depuis 1989. Sur l'inspiration de l'OMS, l'Union européenne a inscrit la protection de la santé et de l'environnement dans le traité de Maastricht et mène des programmes d'action auxquels la Belgique participe. En Belgique, l'éclatement institutionnel sur cette matière a amené à la création d'une Conférence interministérielle environnement et santé (CIMES). La CIMES suit le Plan National d'Action Environnement et Santé (National Environment and Health Action Plan ou NEHAP) qui a été pris à l'initiative de l'Organisation mondiale de la santé, de l'autorité fédérale, des Régions et des Communautés.

Dans l'esprit de ce plan, les ministres fédéraux, communautaires et régionaux en charge de l'environnement et de la santé ont, notamment, décidé de créer une cellule commune Environnement et Santé publique. Ils se sont aussi engagés à intégrer les banques de données existantes et à mieux harmoniser la recherche scientifique, ce qui permettra d'éviter les doublons. Par ailleurs, ils souhaitent accorder davantage d'attention à la relation entre l'environnement et la santé dans le cadre des formations, notamment médicales. La Région bruxelloise a, de son côté, développé différentes mesures, telles que la Cellule Régionale d'Intervention en Pollution Intérieure (CRIPI) qui évalue les problématiques de pollution de l'air intérieur et qui peut intervenir via les «ambulances vertes» en complément d'un diagnostic médical.

Outre la participation de la Commission communautaire commune aux organes et dispositifs précités, il est proposé de renforcer les liens entre les institutions et les acteurs de l'environnement et de la santé. Dans l'esprit du NEHAP, les objectifs de ce renforcement sont :

- la création d'une collaboration d'une part entre les autorités bruxelloises en matière d'environnement et les autorités de santé bicommunautaires, en particulier l'Observatoire de la Santé et du Social pour ce qui concerne les aspects d'analyse de données et de recherche et le service d'inspection d'hygiène ; et d'autre part entre les autorités précitées et les prestataires de soins ;
- la définition de priorités de recherche commune ;
- le développement de campagnes d'information et de sensibilisation.

À l'initiative de l'Observatoire de la Santé et du Social, les administrations bruxelloises compétentes en matière de santé (dont l'Observatoire de la Santé et du Social) et en matière d'environnement (dont Bruxelles Environnement) élaboreront des règles de collaboration et de partage de responsabilités de leurs administrations en vue de la mise en œuvre de cette mesure du Plan Santé Bruxellois.

PLAN D'ACTION :

Renforcer les liens entre les institutions et les acteurs de l'environnement et de la santé

Chantiers déjà réalisés : /

Objectif 2019-2020 : Protocole d'accord sur la collaboration entre l'IBGE et les SCR (dont un premier rapport à présenter au Collège réuni dans le courant du premier trimestre 2019)

Porteur du projet : Administrations bruxelloises compétentes en santé (Observatoire de la Santé et du Social prend l'initiative) et en environnement en associant les acteurs adéquats aux mesures concrètes et en priorité, les Cercles de médecine générale

Évaluation et suivi : Comité de suivi

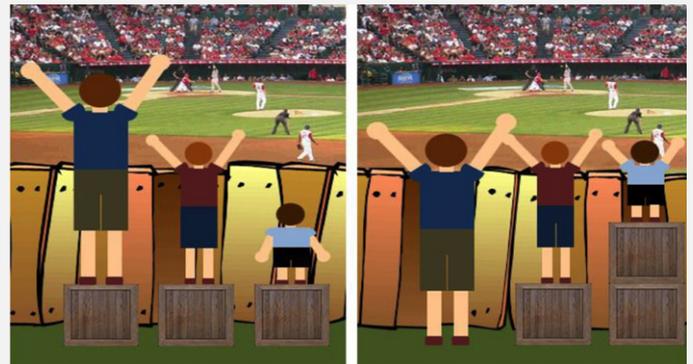
Budget : /

OBJECTIF 2

FAVORISER L'ACCÈS DES PUBLICS FRAGILES AUX SOINS DE SANTÉ ET À LA PRÉVENTION

L'universalité de l'accès à la santé et aux bénéfices de la sécurité sociale, financée en fonction des moyens de chacun est un principe fondamental de notre démocratie. Dans cet esprit, l'offre de soins doit être la plus universelle possible. Cependant, la montée des inégalités en matière de santé et d'accès aux soins de santé émet des signaux préoccupants. Certains publics fragilisés échappent à cette offre universelle ou n'en tirent pas les mêmes bénéfices. Même si la couverture sociale belge est relativement large, on constate qu'une part croissante de la population n'arrive pas à accéder aux soins, et ce particulièrement en Région bruxelloise :

- soit parce que les personnes sont exclues de la couverture sociale ;
- soit parce que, pour certaines personnes, le niveau de couverture sociale, au regard des moyens dont elles disposent, amène à un renoncement aux soins ;
- soit encore que les barrières financières, sociales ou culturelles les empêchent d'entrer dans l'offre de soins, telle qu'elle est conçue.



Source : Guide de l'Optique d'équité et d'inclusion, Ottawa

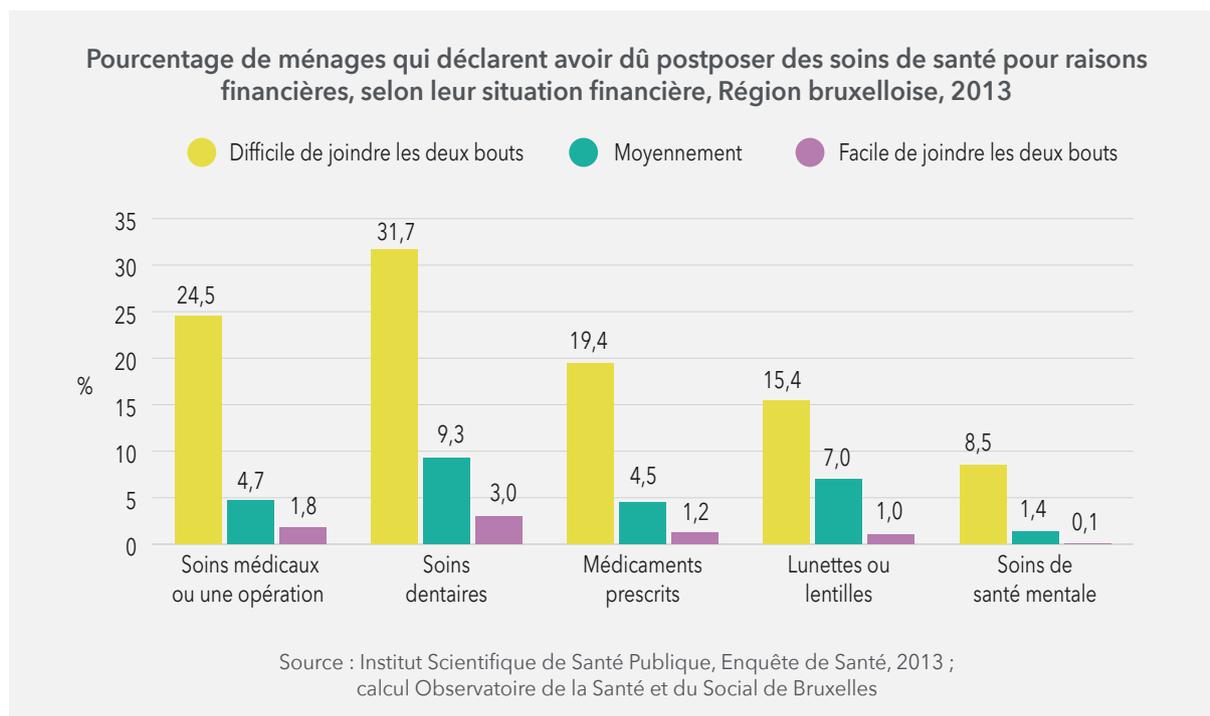
Une série de mesures existent au niveau fédéral : le Maximum à Facturer (auquel la Commission communautaire commune participe depuis la 6^{ème} Réforme de l'État) ou le régime préférentiel de l'intervention majorée, récemment simplifiée pour se baser uniquement sur les revenus.

Dans les compétences héritées de la 6^{ème} Réforme de l'État, la Commission communautaire commune doit être attentive à développer les dispositifs de soins de manière à ne pas créer d'exclusion des soins.

Mais elle doit également aller plus loin en portant une attention particulière aux groupes les plus fragiles. À cet égard, l'approche choisie est celle de l'universalisme proportionné, à savoir offrir une intervention à tous, mais avec des modalités ou une intensité qui varie selon les besoins. Le concept a été défini par Sir Michael Marmot dans son rapport établi à la demande du Ministère de la santé britannique en 2010 «*Viser exclusivement les plus défavorisés ne réduira pas suffisamment les inégalités de santé. Pour aplanir la pente du gradient social, les actions doivent être universelles, mais*

avec une ampleur et une intensité proportionnelles au niveau de défaveur sociale. C'est ce que nous appelons l'universalisme proportionné».

La notion d'universalisme proportionné peut s'appliquer en menant des actions différenciées, adaptées aux canaux de communication et aux besoins. L'important est d'identifier les besoins particuliers d'intervention pour certains sous-groupes, sans négliger les autres strates de la population. Le principe d'universalisme proportionné doit se décliner dans tous les projets.



Par ailleurs, afin de ne pas traiter que les symptômes, mais au contraire d'agir sur les causes de l'exclusion partielle ou totale de l'accès aux soins et à la prévention en santé, il est nécessaire de comprendre les mécanismes qui font que certains publics sont exclus de la couverture sanitaire ou ne tirent pas les mêmes bénéfices des politiques de santé. Cette compréhension doit permettre de définir des actions d'inclusion sociale efficaces.

Enfin, dans le déploiement futur de l'offre de soins, l'accent sera mis sur la proximité dans l'organisation des soins et le soutien à la prévention au niveau local (Cf. Axe 2). Cette logique de proximité doit être complétée par une approche dite «bas seuil». À cet égard, les structures de soins pour publics fragilisés tels que le Dispensaire Athéna seront soutenues et après évaluation, développées.

MESURE 1 : AMÉLIORER L'INFORMATION ET LA COMPRÉHENSION DES DIFFÉRENTS GROUPES DE PATIENTS

Vision : Le système de sécurité sociale belge permet un accès universel aux soins de haute qualité. Le niveau d'accessibilité financière est bien sûr perfectible. Mais le système offre déjà des facilités importantes pour certains publics plus fragiles ou prioritaires (Maximum à Facturer, intervention majorée). Ces facilités ne sont pas suffisamment connues ou utilisées par la population. Pour les groupes vulnérables, un faible niveau de connaissance se traduit par un moindre recours aux soins. Il s'agit de développer des dispositifs de communication appropriés visant à améliorer la connaissance des patients de l'offre de soins disponibles, de leurs droits en termes de couverture sociale et l'exercice effectif de ceux-ci.

La méconnaissance de la gratuité de soins dentaires aux enfants illustre la marge d'amélioration des dispositifs de prévention au sein de la population bruxelloise. Malgré un dispositif universel et gratuit, la santé bucco-dentaire des enfants est largement améliorable. On pourrait également citer les dépistages de certains cancers. La Commission communautaire commune souhaite développer et promouvoir la mise à disposition d'outils d'information sur les droits du patient, sur l'offre de soins et sur les conditions financières d'accès à celle-ci. Pour rencontrer l'objectif, les dispositifs de communication devront être diffusés au plus près du quotidien des citoyens (école, communes, CPAS, associations de quartier, Actiris, ...) et selon des modes diversifiés et adaptés aux contextes culturels. Ce travail mobilisera une grande diversité d'acteurs : les organismes assureurs, les acteurs de terrain notamment en cohésion sociale, les associations de patients, etc.

Par ailleurs, il y a lieu d'examiner la recommandation formulée par le livre blanc sur l'accès aux soins en Belgique relative à l'intégration au sein des services publics de personnes qui possèdent une expérience personnelle de la précarité, appelés «experts du vécu».

PLAN D'ACTION :

Identifier les groupes cibles et mettre au point des médias ad hoc

Chantiers déjà réalisés : /

Objectif 2019-2020 : Prise de contact avec les acteurs concernés en vue de la préparation d'une campagne pour un public spécifique

Objectif 2025 : Développement de médias ad hoc

Porteur du projet : Cabinets Santé - SCR - Iriscare, en collaboration avec les CPAS, les Organismes assureurs et les associations de patients et les acteurs de la cohésion sociale et les acteurs santé et leurs représentants (centres de coordination, revalidation, plannings familiaux, secteur handicap, ...)

Évaluation et suivi : Taux de participation aux dispositifs visés au travers du monitoring de l'Observatoire de la Santé et du Social

Budget :

- Aucun en 2019
- À partir de 2020 évaluer budgets nécessaires à la production de médias ad hoc - sous réserve de l'approbation des budgets annuels concernés

MESURE 2 : DÉVELOPPER LES DISPOSITIFS PARTICULIERS POUR PUBLICS FRAGILES



Vision : Dans le cadre de l'accessibilité des soins de santé, une vigilance accrue s'impose pour certains groupes plus vulnérables qui sont les premières victimes des inégalités en santé et qui sont exclus des systèmes classiques de soins.

Les publics les plus fragiles (sans-abris, relevant de la défense sociale, ou de l'aide médicale urgente, toxicomanie, etc.), parmi les plus prioritaires, sont les sans-abris et les publics ayant des pratiques à risque, notamment les travailleurs du sexe et les toxicomanes.

Leur difficulté d'accès aux soins s'explique par plusieurs facteurs : la perte de couverture sociale, la mauvaise compréhension du système de soins, la mauvaise adéquation de l'offre ou le manque de moyens. Ces publics ne sont aujourd'hui pas, ou mal, pris en charge par la première ligne de soins

«classique». Il est donc proposé que le développement futur de l'offre de soins de première ligne intègre une ligne de soins intermédiaire que l'on appelle «ligne 0,5». Selon la définition donnée par l'INAMI et Médecins du Monde dans leur livre blanc, la ligne 0,5 est «un ensemble de structures et/ou de services ayant une approche multidisciplinaire, flexible et proactive où les personnes exclues des soins peuvent bénéficier de soins de santé primaire avec des conditions d'accès non-discriminantes et respectueuses, MAIS qui a pour objectif à terme de réintégrer le patient dans la première ligne traditionnelle».

Cette ligne 0,5 se conçoit donc comme une structure de référence spécifique et temporaire qui doit tout mettre en œuvre pour renvoyer les patients fragiles dans la ligne de soins classique. Il sera proposé à Médecins du Monde et au cercle bicommunautaire de médecine générale de préparer un plan opérationnel 0,5, en collaboration avec les hôpitaux et les coordinations sociales médicales. La plateforme de concertation en santé mentale et la future structure d'appui au sans-abrisme seront

associées à la démarche. Dans l'attente de ce plan, les structures de soins pour publics fragilisés qui ont été financées ces dernières années, telles que le Dispensaire Athena, continueront à être soutenues et éventuellement, après évaluation, développées. L'objectif prioritaire est de stabiliser les financements de ces structures et si possible d'étendre leur capacité.

D'autres publics et secteurs spécifiques de la santé seront accompagnés. Le public des migrants, déjà identifié, fait déjà l'objet de soutien public. Le secteur de la santé mentale, qui montre une prévalence accrue dans les publics fragilisés, doit travailler en collaboration avec le reste de la première ligne de soins. La plateforme de concertation en santé mentale est chargée de mener un travail d'identification des freins et des leviers pour l'accès aux soins de santé au profit des personnes précarisées. Dans le même secteur, un soutien à l'ASBL SMES est à envisager.

PLAN D'ACTION :

Développer un plan «ligne 0,5»

Chantiers déjà réalisés : Financement de dispositifs pour publics fragiles : Dispensaire Athena, Medimmigrant, Solentra, Medihalte (projet aide aux personnes), etc.

Objectif 2019-2020 :

- Stabiliser les dispositifs existants et, après évaluation positive, développement de leur capacité
- Concevoir la «ligne 0,5» : mission à Médecins du Monde et au Cercle(s) de Médecine générale

Objectif 2025 :

- Développer les dispositifs de la ligne 0,5 sur base des recommandations reçues

Porteur du projet : SCR, IRISCARE, cabinets santé, Cercles de médecine générale, hôpitaux, Médecins du Monde et coordinations sociales médicales (CPAS), et autres secteurs à consulter (revalidation secteur handicap, centres de coordination, etc.)

Évaluation et suivi : Comité de suivi à créer

Budget :

- 2019 : à déterminer pour les besoins de la conception du plan
- 2020 : à déterminer pour le développement de la ligne 0,5 - *sous réserve de l'approbation des budgets annuels concernés*

MESURE 3 :

COORDONNER UNE ANALYSE SUR LES MÉCANISMES D'EXCLUSION SOCIO-SANITAIRE



Vision : Le non-recours aux soins et la sous-consommation des soins sont des phénomènes fréquemment démontrés par les analyses de dépenses de l'INAMI et par les études de l'Observatoire de la Santé et du Social, notamment par le rapport pauvreté et les analyses thématiques spécifiques. Il est nécessaire de continuer à identifier les phénomènes de sous-consommation, de non-recours aux droits et de barrières à l'accès aux soins de santé. Ce phénomène est observable dans toutes les grandes villes du pays et n'est pas spécifique à Bruxelles.

La Commission communautaire commune souhaite mettre en place une analyse des mécanismes qui amènent à la sous-consommation des soins, mais aussi à l'exclusion sanitaire. La meilleure compréhension de ces mécanismes doit mener à l'élaboration de solutions nouvelles pour la réintégration dans le système socio-sanitaire. La première ligne de soins, tout comme le secteur du sans-abrisme, est appelé à collaborer à cette analyse. L'INAMI et l'IMA seront également appelés à aider à la structure de l'analyse. Sous réserve d'accords ad hoc, les compétences des autres entités politiques bruxelloises pourront être appelées dans l'analyse.

Plusieurs aspects seront prioritairement analysés. Pour la 1^{ère} ligne, on s'attachera en priorité à :

- étudier la consommation de soins de 1^{ère} ligne (sur base des données de l'IMA et en collaboration avec la fédération des Maisons Médicales),
- mener une enquête en collaboration avec les Cercles de Médecine Générale pour mieux évaluer la charge de travail des médecins généralistes et mieux connaître leurs pratiques,
- et analyser, auprès des personnes qui n'ont jamais recours à la 1^{ère} ligne de soins, les freins, qu'ils soient financiers, sociaux ou autres.

PLAN D'ACTION :

Développer la structure de cette analyse avec l'INAMI et l'IMA et mener des analyses spécifiques en vue de formuler des recommandations à intégrer dans les politiques de santé

Chantiers déjà réalisés : Étude sur le non-recours aux droits sociaux et de la sous-protection sociale en Région bruxelloise

Objectif 2019-2020 :

- Évaluation du programme de dépistage du cancer sein, avec une attention particulière pour les publics fragilisés
- Analyse de la consommation de soins en 1^{ère} ligne

Porteur du projet : Observatoire de la Santé et du Social

Évaluation et suivi : Intégration des recommandations dans les politiques bicommunautaires

Budget : Prévu au sein du budget étude de l'Observatoire de la Santé et du Social

MESURE 4 : INTÉGRER LA RÉINSERTION SOCIO-PROFESSIONNELLE DANS LA PRISE EN CHARGE EN SANTÉ

Vision : Le bien-être physique et mental ne dépend pas uniquement de l'accès aux soins de qualité, mais est bien sûr lié à d'autres facteurs d'épanouissement personnel dont fait partie l'activité professionnelle. Certaines structures de soins en revalidation ou en toxicomanie travaillent déjà à la réinsertion socio-professionnelle. Dans les projets lancés depuis le début de la législature, la notion de réinsertion sociale a, en effet, été intégrée dans certains dispositifs de soins aux publics fragiles.

Sur leurs exemples, cette dimension peut être davantage prise en compte dans les exigences attendues et les financements des structures de soins en contact avec les publics fragilisés.

S'agissant de la remise à l'emploi, une collaboration avec Actiris devrait être envisagée, par exemple sous la forme d'une plateforme d'échange d'informations et de bonnes pratiques par les retours d'expériences des différents acteurs. Cette collaboration, si elle peut être mise sur pied, doit servir une meilleure compréhension mutuelle d'Actiris d'une part et des acteurs socio-sanitaires d'autre part.

Les offres de soins adaptées pour les publics fragilisés doivent également être une porte pour retrouver la couverture sociale à laquelle les personnes ont droit quand elles en ont été exclues par les accidents de la vie.

Les institutions qui prodigueront des soins aux publics fragilisés recevront également la mission de réintégrer les publics rencontrés dans la couverture sociale en collaboration avec les communes et les CPAS. Le taux de réintégration dans la couverture sociale sera mesuré.

Les structures devront également faire la promotion de la médecine générale et des autres formes d'offre classique.

PLAN D'ACTION :

Intégrer la réinsertion socio-professionnelle dans le champ d'action de certains acteurs de première ligne de soins

Chantiers déjà réalisés : Projet job coach

Objectif 2019-2020 : Évaluer la faisabilité d'intégrer la dimension de réinsertion dans le champ d'action des acteurs de soins en contact avec les publics fragiles

Objectif 2025 : Étendre le projet job-coach sur base des évaluations

Porteur du projet : SCR, Iriscare et cabinets santé. Les conventions de revalidation seront associées.

Évaluation et suivi : Taux de réinsertion des patients

Budget : À partir de 2017 : budget pour le projet «jobcoach» au sein du budget de la convention de revalidation l'ASBL le Gué - 52.000 euros

OBJECTIF 3

FAVORISER L'ÉQUITÉ DÈS LE DÉPART DANS LA VIE : PROMOUVOIR LA SANTÉ DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS



Le nombre d'enfants et d'adolescents est une richesse potentielle pour Bruxelles. La Commission communautaire commune veut investir dans sa jeunesse et lui donner, dès le plus jeune âge, les outils nécessaires à son épanouissement et à sa construction comme citoyen actif.

Pour réduire efficacement les inégalités en santé, la mise en place d'actions de prévention et de promotion de la santé dès le plus jeune âge est largement recommandée notamment par l'OMS dans ses approches pour la santé infantile. La scolarité précoce et la santé des enfants sont en effet parmi les déterminants ayant le plus grand impact sur la réduction des inégalités. Les thématiques à développer sont nombreuses et doivent se mener en collaboration entre les autorités compétentes, notamment avec le plan de promotion de la santé de la Commission communautaire française.

MESURE 1 : **CONSTRUIRE UN PLAN PÉRINATALITÉ EN VUE DE RÉDUIRE LES INÉGALITÉS EN SANTÉ**

Vision : Pour diminuer les inégalités en santé, il est impératif d'investir dans la prévention autour de la grossesse, de la naissance et de la petite enfance, là où s'installent les prémices des inégalités sociales en santé. Une étude de l'ONE de 2009 montre par exemple un lien significatif entre d'une part le niveau d'étude de la mère et d'autre part certains problèmes de santé et le développement du langage chez l'enfant.

La mortalité périnatale reste un enjeu majeur des politiques bruxelloises. Le nombre de grossesses à risque et de complications périnatales sont corrélées à la précarité des populations. Les femmes

enceintes vulnérables entrent trop tardivement dans une démarche de suivi médico-social de leur grossesse. L'enjeu est donc d'atteindre suffisamment tôt ces femmes pour leur prodiguer les examens et soins nécessaires.

Les services de soins périnataux sont institutionnellement morcelés, ce qui ne favorise pas l'émergence d'une offre de soins intégrale et accessible pour les femmes les plus fragiles et leurs enfants. La Commission communautaire commune souhaite donc prendre l'initiative de réunir les différents acteurs institutionnels et opérationnels afin de construire, ensemble, un plan périnatalité bruxellois : hôpitaux, ONE et Kind & Gezin, médecine générale, etc.

Une des mesures fortes de ce plan devrait être la création de réseaux entre les différents acteurs de la santé maternelle et infantile, de manière à offrir une approche globale, intégrée et accessible pour les femmes les plus vulnérables. Les premiers objectifs opérationnels pourraient être que chaque femme bruxelloise enceinte puisse bénéficier d'une consultation prénatale au cours du premier trimestre de sa grossesse et que les enfants de moins d'un an bénéficient d'un suivi préventif médical adapté.

Dans un premier temps, la Commission communautaire commune souhaite soutenir des acteurs qui offrent dès aujourd'hui un accès aux femmes enceintes les plus vulnérables et à leurs enfants.

La Commission communautaire commune poursuit son travail d'analyse des indicateurs de mortalité et de morbidité des mères et des enfants au travers, des études de l'Observatoire de la Santé et du Social et des rapports du Centre d'épidémiologie périnatale (CEpiP).

PLAN D'ACTION :

Construire un plan périnatalité

Chantiers déjà réalisés : Étude Observatoire de la Santé et du Social sur la périnatalité – participation au CEpiP

Objectif 2019-2020 :

- Soutien aux acteurs qui offrent dès aujourd'hui un accès aux femmes enceintes les plus vulnérables et à leurs enfants (exemple : Aquarelle, Nasci, etc.)
- Lancement d'une concertation en vue de construire un plan périnatalité bruxellois
- Participation au projet Born in Brussels

Objectif 2025 :

- Construction de réseaux périnataux
- Assurer une consultation prénatale pour toutes les femmes pendant le 1er trimestre de la grossesse

Porteur du projet : SCR et cabinets santé

Évaluation et suivi : Indicateurs de prise en charge des femmes et des enfants

Budget :

- 2019 : 50.000 euros pour le soutien aux structures qui viennent en aide aux femmes enceintes vulnérables et à leurs enfants
- À partir de 2020 : à déterminer pour le développement des réseaux et le soutien aux mesures spécifiques – *sous réserve de l'approbation des budgets annuels concernés*

MESURE 2 : AMÉLIORER LA SANTÉ MENTALE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS



Vision : Environ 14 % des enfants entre 11 et 18 ans scolarisés en Belgique ont une faible satisfaction par rapport à leur vie. Dans le monde, 20 % des enfants et des adolescents dans le monde présentent des troubles ou des problèmes mentaux. Dans la moitié des cas, les troubles mentaux se déclarent avant l'âge de 14 ans. Selon l'OMS, chez les 15-19 ans, le suicide est la deuxième cause de décès pour les filles et la troisième cause de décès pour les garçons.

Bruxelles peut compter sur une offre déjà importante en matière de pédopsychiatrie au sens large. Mais comme dans d'autres domaines, cette offre restait morcelée.

En 2015, la Commission communautaire commune a approuvé, en Conférence interministérielle en Santé Publique, le Guide «Vers une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents». L'objectif de cette nouvelle politique est de développer une approche intégrée dans l'accompagnement des enfants en situation de crise et de leurs parents. Cela s'est concrétisé à Bruxelles par la création du réseau «Bru-Stars». On remarquera au passage que Bru-Stars est un exemple réussi de décloisonnement des acteurs et des autorités. Le réseau est composé de plus de 30 partenaires issus, notamment, du secteur de la santé mentale, du handicap, de l'aide à la jeunesse, de l'enseignement, de la petite enfance et est soutenu par l'autorité fédérale et l'ensemble des entités fédérées compétentes sur le territoire bruxellois.

Ce réseau Bru-Stars a déjà permis de développer des programmes de crise, par la mise en place d'équipes mobiles et de créer un point de contact unique de crise pour Bruxelles. Ce dernier offre une réponse concrète aux besoins de la population confrontée à des situations de crise.

Les efforts bruxellois doivent maintenant se poursuivre dans le champ de la détection et de la prise en charge précoce.

PLAN D'ACTION :

Organiser une prise en charge précoce des enfants et adolescents ayant des troubles mentaux

Chantiers déjà réalisés : Création du Réseau Bru-Stars et des approches de crise, et création du point de crise

Objectif 2019-2020 :

- Poursuivre le soutien au Réseau Bru-Stars
- Lancer un projet-pilote de détection précoce
- Organiser et financer 1 à 2 unités d'hospitalisation en santé mentale pour les mères et leurs enfants

Porteur du projet : Réseau Bru-Stars, SCR, IRISCARE et cabinets santé

Évaluation et suivi : Indicateurs à développer sur la prise en charge en santé mentale infantile

Budget : 2018 :

- 60.000 euros pour le soutien au point central de crise – AB 03.004.34.01.3300
- 60.000 euros pour le projet sur la détection précoce – AB 03.004.34.01.3300
- 250.000 euros pour la création d'une unité mère-enfants – AB 05.002.31.06.3432 et 180.000 euros pour l'infrastructure dudit projet – AB 03.005.39.01.5122

MESURE 3 :

RENFORCER LA COUVERTURE VACCINALE DES ENFANTS ET FEMMES ENCEINTES

Vision : L'amélioration des programmes de vaccination a fortement contribué à la progression de la santé publique et à la régression de nombreuses maladies jusque-là mortelles. Son importance doit se comprendre non seulement d'un point de vue individuel, mais également collectif, car lorsque des seuils suffisants de vaccination peuvent être atteints, l'ensemble de la population se trouve protégée (seuil d'immunité collective). Jusqu'à présent, les indicateurs bruxellois semblent montrer que les couvertures vaccinales chez les nourrissons sont globalement bonnes et que le refus de vaccination est marginal. Il y a lieu de rester prudent, car les indicateurs sur la deuxième dose de vaccination rougeole-rubéole-oreillons ou la vaccination contre la coqueluche et la grippe chez les femmes enceintes ne sont pas encore optimaux. Dans un climat d'hésitation voire de méfiance face à la vaccination, il faut rester vigilant et continuer à sensibiliser à la vaccination. Par ailleurs, Bruxelles voit s'installer de nombreuses personnes issues d'autres pays qui ne sont pas toujours en ordre de vaccination. Le risque d'épidémie au sein de sous-groupes de population insuffisamment vaccinée reste important. Le statut vaccinal des personnes arrivant de pays étrangers devrait donc immédiatement être mis à jour de manière proactive ou réactive dès l'apparition de cas.

Les campagnes belges de vaccination se font sur base des recommandations du Conseil Supérieur de la Santé et du calendrier vaccinal. À Bruxelles, la vaccination se fait soit via les consultations



de l'ONE et de Kind en Gezin, soit dans les services de médecine scolaire de la communauté française et de la communauté flamande, soit à travers des consultations privées, par des pédiatres, des médecins généralistes ou des médecins hospitaliers. Les vaccins repris dans le programme établi sur base des recommandations du Conseil Supérieur de la Santé, pour les enfants de moins de 2 ans sont entièrement gratuits (à l'exception du vaccin contre le rotavirus). La dernière enquête de couverture vaccinale à Bruxelles remonte à 2012 et portait sur les nourrissons de 18 à 24 mois. Cette enquête produit des indicateurs primordiaux pour évaluer et ajuster les programmes de vaccination. Elle sera relancée pour la période 2018-2019.

Les campagnes de vaccination se poursuivent et tiendront compte des conclusions de la prochaine enquête vaccinale. La communication et la sensibilisation autour des enjeux de la vaccination restent également déterminantes dans l'adhésion de la population au programme de vaccination.

Les services d'inspection de la Commission communautaire commune poursuivent leur surveillance des épidémies et l'importance de la déclaration obligatoire de certaines maladies sera rappelée. Des campagnes de vaccination ciblant certains groupes à risque seront organisées.

Enfin, des campagnes de vaccination de la grippe au sein des établissements de soins et d'hébergement, comme dans les institutions pour personnes âgées devront être organisées.

Par ailleurs, le public et les prestataires bruxellois sont en demande d'avoir un accès plus aisé à leur état de vaccination. Cela nécessite l'organisation d'une base de données vaccinale accessible aux patients et aux prestataires de soins. Or, les données vaccinales sont aujourd'hui largement éclatées et peu informatisées. Deux bases de données électroniques - une base de données flamande : «Vaccinet» et une base de données francophones «e-vax» - existent, mais ne sont pas reliées. Le but consiste donc à entamer des discussions avec l'ONE et Kind en Gezin, organismes compétents pour les communautés française et flamande sur le territoire bruxellois, afin d'arriver, dans les cinq ans, à une base de données accessible par le public et les professionnels de santé, grâce à une solution dans le Réseau Santé Bruxellois.

PLAN D'ACTION :

Poursuivre les campagnes afin de maintenir voire d'améliorer les taux de couverture vaccinale et élaborer des campagnes ad hoc auprès des groupes cibles

Chantiers déjà réalisés : Enquête de couverture vaccinale et programme permanent de vaccination

Objectif 2019-2020 :

- Réception de la nouvelle enquête vaccinale 2018-2019 et analyse des premières conclusions
- Rencontre des différentes autorités en vue de la création d'une base de données relative à la vaccination des Bruxellois dans le cadre du Réseau Santé Bruxellois

Objectif 2025 :

- Maintien des taux de couverture vaccinale et amélioration du taux de vaccination des groupes cibles
- Mise en œuvre de la base de données accessible aux patients

Porteur du projet : SCR, cabinet santé, ONE, Kind&Gezin et Abrumet

Évaluation et suivi : Taux de couverture vaccinale

Budget :

- 2018 :
- budget enquête vaccinale en 2018 : 50.000 euros AB 03.001.08.01.1211
 - budget récurrent pour les campagnes de vaccination :
 - 635.000 euros AB 03.002.31.01.3432
 - 1.168.000 euros AB 05.002.31.13.3432
- 2019-2020 :
- budget à déterminer pour mener des campagnes spécifiques sur les groupes cibles – *sous réserve de l'approbation des budgets annuels concernés*

AXE 2

ASSURER À CHAQUE BRUXELLOIS UN PARCOURS DE SOINS ACCESSIBLE ET COHÉRENT

Plusieurs tendances lourdes structurent notre système de santé. Tout d'abord des changements démographiques et épidémiologiques avec l'explosion des maladies chroniques et des facteurs de dépendance. Ces évolutions nécessitent des prises en charge de plus en plus complexes. Par ailleurs, les pratiques cliniques, renforcées par les dispositifs financiers, font également évoluer les prises en charge, en renvoyant de plus en plus de patients à suivre en dehors de l'hôpital. C'est ce qu'on peut appeler le virage ambulatoire qui nécessite davantage de collaboration et de coordination entre les professionnels de la santé, car aujourd'hui, les pratiques montrent de nombreuses failles dans la prise en charge des patients. Le manque de suivi après les sorties d'hospitalisation, les hospitalisations évitables ou inadéquates, la faille entre la détection de patients fragiles et à risque de dépendance et leur prise en charge préventive sont autant d'exemples qui illustrent le manque de cohérence entre les différents segments d'un parcours de soins.

Ces changements pèsent sur la soutenabilité financière et organisationnelle des politiques de santé et posent donc la question du maintien de la solidarité pour financer l'accès aux soins. Des adaptations des dispositifs sont nécessaires en permanence.

La place des patients est également profondément modifiée. Ce changement va bien au-delà de l'intégration des droits des patients dans les politiques de santé. De plus en plus de patients veulent être des acteurs de leur propre santé.

Ces enjeux amènent la Commission communautaire commune à promouvoir une approche intégrée des parcours de santé, entre le préventif et le curatif, entre l'ambulatoire et l'hospitalier. Il n'est plus question d'aborder la prise en charge comme une suite d'actes isolés. L'approche par parcours de soins privilégie la transversalité, la coordination entre les acteurs et l'intégration du patient à sa santé, tout en conservant la liberté de choix du patient. Chacun doit pouvoir trouver une réponse adéquate à ses besoins, sans rupture dans la continuité de la prise en charge et sans redondance des moyens mis en œuvre. L'approche est exigeante, car elle nécessite de revoir les modes de fonctionnement de l'ensemble des acteurs et de sortir du cloisonnement entre acteurs et entre secteurs.

OBJECTIF 1

RENFORCER LA PRÉVENTION DANS LE PARCOURS DES PATIENTS

La place du curatif est encore très grande dans notre système de santé. La Région bénéficie d'une offre de soins riche et diversifiée, mais sans donner une place prioritaire à la prévention. La démarche préventive existe, mais elle n'est pas suffisamment valorisée et reste largement déconnectée des services de soins classiques. Or le curatif ne contribue que pour partie à l'état de santé et de bien-être. Les politiques de santé doivent se réorienter vers plus de prévention. Si la démarche préventive doit prioritairement s'appuyer sur les médecins généralistes, tous les acteurs, en ce compris l'hôpital, y ont un rôle à jouer. À cet égard, il est proposé de promouvoir une approche intégrée de la prévention. La prévention doit également s'adapter aux spécificités des publics fragilisés. Une articulation forte doit se créer avec les acteurs actifs auprès des populations plus fragiles (cohésion sociale, CPAS, logement, etc.).

La prévention fera l'objet d'un programme particulier à développer en concertation avec l'ensemble des parties prenantes. Ce programme constituera le plan pluriannuel prévu par l'Ordonnance du 19 juillet 2007 relative à la politique de prévention en santé.

La Commission communautaire commune n'est pas la seule autorité compétente en matière de santé et certainement pas en matière de prévention, sur le territoire bruxellois. Les politiques de prévention sont depuis longtemps portées par la Commission communautaire française, la Communauté française et la Vlaamse Gemeenschap. Les politiques bruxelloises de prévention gagneraient toutefois en efficacité si elles pouvaient s'aligner sur des objectifs communs et se renforcer mutuellement par la complémentarité de leurs approches ou de leurs moyens. De la même manière, les politiques préventives seront d'autant plus efficaces si elles pénètrent le tissu local et deviennent de réelles politiques de proximité.

La Commission communautaire commune prend l'initiative de créer une plateforme de concertation permanente notamment pour coordonner les politiques de prévention sur le territoire bruxellois.

La culture de prévention n'en est qu'à ses débuts. Et pourtant dans un contexte d'inquiétude sur la durabilité financière des systèmes de santé, il est important de mettre en avant le retour sur investissement que peuvent générer les approches préventives, notamment en diminution des dépenses, et ce sur le court et le long terme. Les efforts et leurs conséquences sont à apprécier par l'ensemble des autorités sanitaires du pays. Car un effort financier en matière de prévention réalisé par une autorité peut bénéficier à l'amélioration des budgets d'autres entités politiques.

Enfin, la prévention est un facteur de réduction des inégalités sociales en santé. Une attention particulière doit être réservée à certains publics fragilisés victime de certaines pathologies ou de certaines addictions.

MESURE 1 : INTÉGRER LA PRÉVENTION DANS LES PRISES EN CHARGE DES PATIENTS

Vision : La prévention et l'éducation des patients commencent à intégrer les différents plans développés ces dernières années en Belgique : des programmes de soins hospitaliers (comme la pédiatrie ou la gériatrie) aux projets-pilotes sur les maladies chroniques. Intégrer la prévention dans les pratiques curatives permet de commencer à structurer de réels parcours de santé. Il s'agit d'une culture de santé publique qui doit percoler chez l'ensemble des praticiens. Les outils d'accompagnement des professionnels de santé comprendront des aides aux mécanismes préventifs. Cela pourra s'étendre à l'éducation thérapeutique du patient, qui vise à donner aux patients les compétences pour mieux gérer leurs maladies (en particulier les maladies chroniques). Ce faisant, l'éducation thérapeutique peut non seulement améliorer la qualité de vie des patients, mais également éviter ou réduire les prises en charges lourdes notamment à l'hôpital.

La Commission communautaire commune inscrira l'intégration de la prévention et de l'éducation thérapeutique dans les parcours de soins via les exigences normatives ou les conditions de subventionnement des acteurs. Dans le cadre de la réforme du paysage hospitalier, la révision de certains programmes d'activités pourrait être la première expérience d'intégration plus poussée de la prévention dans les parcours des patients.

PLAN D'ACTION :

Intégrer la dimension préventive dans la révision des normes des acteurs de soins, notamment les normes hospitalières

Chantiers déjà réalisés : /

Objectif 2019-2020 : /

Objectif 2025 : Intégrer les recommandations des groupes de travail de la réforme du paysage hospitalier

Porteur du projet : SCR et cabinets santé

Évaluation et suivi : Conseil consultatif

Budget : /

MESURE 2 : CRÉER UN POINT UNIQUE D'INFORMATION ET D'ADRESSAGE EN MATIÈRE DE PRÉVENTION

Vision : Les politiques d'information en matière de prévention, de promotion de la santé, de dépistage et de vaccination sont encore très fragmentées à Bruxelles. Les modalités d'un dépistage comme le dépistage du cancer colorectal, par exemple, peuvent varier selon la Communauté organisatrice.

En créant un point unique sur les politiques de prévention, la Commission communautaire commune entend donner un accès plus aisé à l'information sur la prévention en santé et en particulier sur les campagnes de prévention, de dépistage et de vaccination. Ce point pourrait s'appeler «Bruprévention» - «Brupreventie». Ce point unique sera chargé :

- d'informer le public ;
- de définir les programmes de prévention sur une base scientifique (avec l'aide d'un conseil scientifique à créer) et en concertation avec l'ensemble des acteurs et en tenant compte des spécificités bruxelloises, en particulier l'approche pour les publics plus fragiles. Dans toute la mesure du possible, les campagnes seront cohérentes et unifiées dans leurs modalités d'action. Ces programmes pourront donc dépasser les campagnes déjà organisées ;
- d'organiser et de coordonner les campagnes préventives (dépistage, vaccination, sensibilisation). Les campagnes de prévention seront élaborées et réalisées en y associant étroitement les médecins généralistes qui doivent devenir le pivot des politiques de prévention ;
- d'évaluer les dispositifs de prévention, en collaboration avec l'Observatoire de la Santé et du Social.



À Bruxelles, le dépistage du cancer colorectal est actuellement organisé par la Commission communautaire française et par la Communauté flamande, avec des procédures et des âges différents pour le public-cible. Seul le dépistage organisé du cancer du sein, appelé Mammothest, fait l'objet d'un programme coordonné et unique entre les différentes entités à Bruxelles : COCOM, COCOF et la Communauté flamande. La COCOM est en charge de sa coordination institutionnelle et l'ASBL Brumammo en est l'opérateur effectif.

La révision des programmes de prévention et notamment de dépistage et leur meilleure adéquation aux publics fragilisés doit permettre d'augmenter les taux de couverture des dispositifs de prévention. Dans l'attente de la création de cette structure, une mission supplémentaire a été donnée à Brumammo. Cette mission vise à développer un dispositif de dépistage du cancer colorectal de manière à améliorer les taux de dépistage dans la population bruxelloise.

La structure sera à terme portée par la Commission communautaire commune, la Commission communautaire française et la Vlaamse Gemeenschap. Des discussions sont engagées en ce sens entre les entités.

PLAN D'ACTION :

Créer une structure qui assure l'information de la population en matière de prévention et qui élabore et mène les campagnes de prévention

Chantiers déjà réalisés : Projet de nouveau dépistage du cancer colorectal (lancement opérationnel 4^{ème} trimestre 2018)

Objectif 2019-2020 : Mise en place du point unique d'adressage en matière de prévention

Porteur du projet : SCR et cabinets santé

Évaluation et suivi : Comité de suivi piloté par l'administration (Observatoire) en vue d'évaluer les dispositifs de vaccination et de dépistage, en particulier le projet-pilote dépistage cancer colorectal
Indicateurs de couverture à fixer

Budget : 81.000 euros pour la révision du dépistage du cancer colorectal - AB 03.002.08.01.12.11

MESURE 3 :

DÉVELOPPER DES DISPOSITIFS PARTICULIERS - TUBERCULOSE

Vision : Par l'arrivée de publics issus de pays à forte incidence, Bruxelles est confronté à un enjeu particulier en ce qui concerne la Tuberculose. Le taux d'incidence de la tuberculose à Bruxelles est parmi le plus élevé de Belgique, 27,9 cas pour 100.000 personnes, alors que le taux d'incidence belge est à 9,3 cas pour 100.000 personnes. Le dépistage et le suivi des populations les plus touchées sont particulièrement complexes car on touche à des publics dans la plus grande précarité et, pour une grande partie des cas, sans-abris. Les groupes cibles prioritaires sont les migrants, les personnes sans-abri et les personnes dans les centres de détention.

En ce qui concerne le repérage et le dépistage, plusieurs acteurs institutionnels doivent être sensibilisés à maintenir leurs efforts : Fedasil et les autorités pénitentiaires au premier chef. Les personnes prises en charge médicalement par Fedasil ainsi que les personnes entrant dans des centres d'attente ou de détention doivent faire l'objet d'un dépistage systématique. En ce qui concerne le public sans-abri, l'inspection d'hygiène de la Commission communautaire commune est susceptible d'intervenir lorsque des cas dont l'observance au traitement fait défaut sont repérés.

Des mesures d'isolement peuvent être prises. Des mesures de dépistage «collectif» peuvent être prises en collaboration avec les acteurs tels que le FARES et le VRGT. Les acteurs de terrain en contact avec les publics concernés sont déjà sensibilisés à la problématique. Il y a lieu d'examiner si des sensibilisations ou des formations supplémentaires sont à mettre en œuvre. Cette mission peut être demandée au FARES.

En ce qui concerne le suivi médical, la difficulté réside dans la «traçabilité» des personnes touchées qui doivent suivre un traitement antibiotique durant plusieurs mois, alors qu'elles sont sans domicile fixe. Leur situation de vie entraîne, dans un grand nombre de cas, un manque de compliance au traitement, ce qui risque d'aggraver leur situation personnelle et leur contagiosité.



La Commission communautaire commune finance à cet égard la création d'une unité spécialisée au sein de l'hôpital Saint-Pierre, en ce compris une «sous-unité pour les cas de multi-résistance». La maladie ayant pratiquement disparu ces dernières années, ces unités spécialisées avaient été fermées. Vu la prévalence de la tuberculose à Bruxelles, il a été nécessaire de rouvrir ce type d'unité. La Fondation BELTA (FARES/VRGT) est également soutenue par la Commission communautaire commune pour tenir une consultation ambulatoire spécifique à la tuberculose, dans les murs de l'hôpital Saint-Pierre. Ce dispensaire antituberculeux entre dans la ligne d'accès bas seuil, dite «ligne 0,5». Compte tenu des spécificités du public atteint de tuberculose, un renforcement de la formation des acteurs de terrain, en particulier les acteurs «de rue», devrait être organisé. Vu la spécificité de l'approche vis-à-vis de la tuberculose, il sera demandé à la Fondation BELTA de proposer un plan d'approche pour les publics précarisés (en lien avec la ligne 0,5 - cfr. axe 1) et un plan de sensibilisation et de formation des acteurs.

L'OMS s'est donnée pour objectif d'éradiquer la tuberculose d'ici 2050. Pour atteindre cet objectif, la Belgique doit diminuer son incidence de 12 % par an. Atteindre cet objectif demandera la mobilisation de toutes les autorités et de tous les acteurs.

PLAN D'ACTION :

Renforcer les dispositifs de dépistage et de suivi des patients atteints de tuberculose

Chantiers déjà réalisés : Soutien à la consultation ambulatoire du FARES/VRGT

Objectif 2019-2020 :

- Ouverture de l'unité spécialisée rénovée à l'hôpital Saint-Pierre
- Plan de sensibilisation et de formation

Objectif 2025 : Diminution du taux de tuberculose

Porteur du projet : SCR, FARES/VRGT, Belta, Hôpital Saint-Pierre

Évaluation et suivi : Incidence de la tuberculose

Budget : 2019-2020 à déterminer sur base du plan proposé par le FARES - *sous réserve de l'approbation des budgets annuels concernés*

MESURE 4 : **DÉVELOPPER DES DISPOSITIFS PARTICULIERS -** **INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES**

Vision : Un grand nombre de mesures de prévention sont déjà prises par les Communautés, notamment sous forme de campagne de sensibilisation. Les nouvelles modalités (non-médicalisées) du dépistage du VIH doivent être fortement promues. Mais ces dépistages doivent être articulés avec une prise en charge médicale. Les publics prioritaires en la matière sont les travailleurs du sexe. Les campagnes de dépistage doivent être renouvelées sur base des propositions de la COCOF et de la Vlaamse Gemeenschap.

L'inspection d'hygiène de la Commission communautaire commune est susceptible d'intervenir lorsque des cas non-pris en charge sont repérés dans le cadre des maladies à déclaration obligatoire.

La Commission communautaire commune entend soutenir les campagnes de diffusion des moyens de prévention et les associations de défense des personnes les plus exposées aux risques.

PLAN D'ACTION :

Poursuivre la réduction des risques et le soutien aux campagnes de prévention

Chantiers déjà réalisés : /

Objectif 2019-2020 : Soutien aux associations de personnes à risques (travailleurs du sexe) en collaboration avec les autres entités subsidiaires

Porteur du projet : SCR, cabinets santé

Évaluation et suivi : Diminution des taux de contamination

Budget : 2019-2020 : à déterminer - *sous réserve de l'approbation des budgets annuels concernés*

MESURE 5 : DÉVELOPPER DES DISPOSITIFS PARTICULIERS - ADDICTIONS - TABAC

Vision : Malgré la prise de conscience des dernières décennies, la consommation de tabac continue à être un enjeu majeur de santé publique. La consommation de tabac est le principal risque sanitaire évitable au sein de l'Union européenne. Première cause de décès prématuré, le tabac tue chaque année près de 700.000 personnes dans l'Union européenne. Près de la moitié des fumeurs décèdent prématurément – en moyenne 14 ans plus tôt que les non-fumeurs.

Malgré des progrès considérables ces dernières années, le nombre de fumeurs reste élevé dans l'Union européenne : ils représentent 26 % de la population totale, et 25 % des 15-24 ans. La Belgique est dans la moyenne européenne en la matière. La consommation de tabac est plus importante chez les publics socio-économiquement défavorisés.

Suite à la 6^{ème} Réforme de l'État, la Commission communautaire commune a pris en charge le Fonds des assuétudes. Aujourd'hui, au travers du Fonds des assuétudes, la Commission communautaire commune finance la prise en charge d'un public jeune et sans emploi (en soutenant l'ASBL «les Amis de Bordet»), la formation des tabacologues (via le FARES) et la ligne téléphonique tabacstop (en soutenant, avec d'autres entités fédérées, la Fondation contre le cancer).

Sur le plan de la sensibilisation, plusieurs compétences échappent à la Commission communautaire commune : l'accélération de l'obligation du paquet neutre, renforcement des mesures à l'égard de la vente aux jeunes, etc. Ces points font l'objet de demande au sein de la Conférence interministérielle. La Commission communautaire commune poursuit son soutien au développement du sevrage tabagique, notamment en finançant la formation des tabacologues et l'intervention dans les frais des consultations.

Certains publics plus vulnérables sur le plan socio-économique ont peu recours aux services de sevrage tabagique. Il sera demandé aux acteurs actifs dans cette matière à Bruxelles de concevoir un plan d'approche de ces publics fragiles.

PLAN D'ACTION :

Poursuivre la réduction des risques et renforcer le soutien au sevrage tabagique

Chantiers déjà réalisés : Reprise du Fonds des assuétudes et financement de la formation des tabacologues

Objectif 2019-2020 : Plan pour les publics vulnérables

Porteur du projet : SCR, FARES/VRGT, Fondation contre le cancer, amis de Bordet, centres de sevrage tabagique

Évaluation et suivi : Diminution du nombre de fumeurs

Budget :

- 2015-2018 : 524.000 euros – AB 05.002.31.08.3432 et AB 05.002.31.09.3432
- 2019-2020 : budget complémentaire à déterminer sur base du plan proposé par le FARES – sous réserve de l'approbation des budgets annuels concernés

MESURE 6 : DÉVELOPPER DES DISPOSITIFS PARTICULIERS - ADDICTIONS - DROGUES

Vision : D'après le rapport 2017 d'Eurotox, la prévalence d'usage de cannabis au cours de la vie (avoir expérimenté le cannabis une fois dans sa vie) dans la population bruxelloise des 15-65 ans semble se stabiliser, voire régresser, après avoir connu une augmentation depuis 2001. L'usage récent (12 derniers mois) et l'usage actuel (30 derniers jours) sont stables : 8 % pour l'usage récent et 5 % pour l'usage actuel. Cela semble indiquer que, malgré une augmentation du nombre de personnes qui expérimentent le cannabis une fois dans leur vie, le nombre de consommateurs réguliers n'augmente pas. L'expérimentation d'une autre drogue illicite que le cannabis reste stable également (autour de 5 %).

La prévalence de la consommation de cannabis et d'autres drogues chez les 15-20 ans scolarisés à Bruxelles est en diminution.

Un plan drogues est développé au sein du Plan global de sécurité et de prévention de la Région bruxelloise. Le Plan prévoit notamment le financement d'un projet de centre intégré à très bas seuil d'accès confié aux asbl Transit, Médecins du Monde et au projet Lama. De son côté, la Commission communautaire commune soutient la Plateforme de concertation en santé mentale qui, en tant que sous-point focal de l'ISP, a pour mission de collecter et d'analyser les données relatives aux assuétudes. La Plateforme organise également une concertation entre acteurs concernés par les assuétudes et la santé mentale, en vue d'améliorer la collaboration entre les professionnels de santé et le travail en réseau.

La Commission communautaire commune demande à la Plateforme d'articuler son travail avec le Plan global de sécurité et de prévention et, notamment, d'examiner la possibilité de développer l'accès bas seuil.

PLAN D'ACTION :

Articuler le travail de la Plateforme de concertation en santé mentale au Plan global de sécurité et de prévention et examiner la possibilité de développer l'accès bas seuil.

Chantiers déjà réalisés : Soutien de la Plateforme de concertation en santé mentale dans son rôle de sous-point focal de l'ISP

Objectif 2019-2020 : Développement de l'accès bas seuil

Porteur du projet : SCR, Plateforme de concertation en santé mentale, Bruxelles Prévention et sécurité

Évaluation et suivi : Taux de prise en charge

Budget : 2019-2020 : à déterminer

MESURE 7 : DÉVELOPPER DES DISPOSITIFS PARTICULIERS - ADDICTIONS - ALCOOL

Vision : Selon les chiffres de l’OMS (2014), l’usage nocif de l’alcool entraîne dans le monde 3,3 millions de décès chaque année, soit 5,9 % des décès. Dans la tranche d’âge 20-39 ans, près de 25 % du nombre total de décès sont attribuables à l’alcool. Toujours selon l’OMS, «l’alcool est par ailleurs un facteur étiologique dans plus de 200 maladies et traumatismes. Elle est associée au risque d’apparition de problèmes de santé tels que les troubles mentaux et comportementaux, y compris la dépendance à l’égard de l’alcool, des maladies non transmissibles majeures telles que la cirrhose du foie, certains cancers et des maladies cardiovasculaires, ainsi qu’à des traumatismes résultant d’actes de violence et d’accidents de la circulation. Dernièrement, des relations de cause à effet ont été mises en évidence entre la consommation d’alcool et l’incidence de maladies infectieuses telles que la tuberculose ainsi que dans l’évolution du VIH/sida. La consommation d’alcool chez la femme enceinte peut entraîner le syndrome d’alcoolisme fœtal ou des complications liées à la prématurité.» La Société Scientifique de Médecine générale estime que 5 à 6 % de la population belge est dépendante de l’alcool. Et parmi cette population dépendante, seuls 8 % sont effectivement traités.

Il est possible de réduire les problèmes de santé et de sécurité et les problèmes socio-économiques imputables à l’alcool, mais cela exige l’engagement de tous les niveaux de pouvoirs afin d’agir sur la consommation d’alcool ainsi que sur les déterminants sociaux plus larges de la santé. À cet égard, la Commission communautaire commune plaide au sein de la Conférence interministérielle de la santé publique pour un renforcement de la réglementation sur la publicité et de la réglementation sur la vente d’alcool (en particulier aux jeunes) et de leur contrôle. De son côté, la Commission communautaire commune poursuit le financement de structures de prise en charge des personnes souffrant de troubles liés à la consommation d’alcool. Les règles de financement et d’organisation de ces structures ne permettent pas aujourd’hui la prise en charge des personnes exclues du système social (assurance maladie). Une réflexion est menée pour adapter leurs règles de financement. Une solution pourrait être trouvée dans le développement de la «ligne 0,5».

Par ailleurs, la détection précoce des troubles liés à la consommation d’alcool doit être intégrée dans la pratique de première ligne. Pour cela, la sensibilisation des acteurs de première ligne doit être intensifiée.

PLAN D’ACTION :

Poursuivre la réduction des risques liés à la consommation de l’alcool

Chantiers déjà réalisés : Financement de convention de revalidation ad hoc

Objectif 2019-2020 :

- Développement ligne 0,5 (Cf. axe 1)
- Campagne de sensibilisation de la première ligne de soins

Porteur du projet : SCR, Cercles de médecine générale, SSMG, coordinations sociales médicales (CPAS)

Évaluation et suivi : Diminution du nombre de consommateurs d’alcool à risque

Budget : 2019-2020 : À déterminer dans le budget du Cercle de Médecine générale - sous réserve de l’approbation des budgets annuels concernés

OBJECTIF 2

RENFORCER ET MIEUX ORGANISER

LA 1^{ÈRE} LIGNE DE SOINS

L'objectif central du Plan Santé Bruxellois est d'assurer aux patients une prise en charge globale, intégrée, centrée sur leurs besoins et, dans laquelle ils entrent au bon moment dans chaque niveau de soins. Pour offrir ce parcours intégré et cohérent, il faut pouvoir disposer des services de santé suffisants, adéquats et organisés. La 1^{ère} ligne de soins constitue le rassemblement des acteurs du secteur ambulatoire qui peuvent offrir l'approche à la fois généraliste et de proximité. Ces professionnels de première ligne (soins infirmiers à domicile, centres de coordination, kinésithérapeutes, dentistes, pharmaciens, etc.), et tout particulièrement les médecins généralistes, sont au cœur de tous les défis de la transformation de nos systèmes de santé (transition épidémiologique, virage ambulatoire, phénomènes démographiques) et ils peuvent être les acteurs du changement de la politique de santé bruxelloise. La Commission communautaire commune entend les accompagner dans ce changement en aidant à aborder les différents défis qui se posent à la 1^{ère} ligne de soins. Avec les compétences qui sont devenues les siennes depuis la 6^{ème} réforme de l'État, la Commission communautaire commune peut soutenir une meilleure organisation de la première ligne de soins et un renforcement de l'offre de soins adéquate.

L'offre de professionnels de santé de première ligne est importante en Région bruxelloise. Mais elle a tendance à se fragiliser, à l'image de la médecine générale. Si on ne peut pas encore constater une réelle pénurie de médecins généralistes à Bruxelles, les signaux sont néanmoins en train de passer au rouge avec la courbe démographique des médecins généralistes, le renouvellement trop lent, les changements de pratiques et surtout quelques pénuries sur certains quartiers. La Commission communautaire commune doit œuvrer à ce que la Région dispose des ressources humaines professionnelles nécessaires, accessibles et adéquatement réparties sur le territoire.

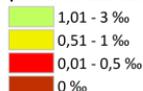
Un autre enjeu est de faire collaborer les professionnels entre eux. L'organisation des parcours de soins ne peut pas se concevoir avec efficacité dans une logique cloisonnée. La collaboration entre professionnels est indispensable pour assurer une prise en charge de qualité aux patients. Cette collaboration existe aujourd'hui, mais repose sur des initiatives individualisées. L'enjeu est donc de structurer et de pérenniser les modes de collaboration performante. Les niveaux de coordination sont nombreux : entre prestataires de 1^{ère} ligne, entre la 1^{ère} ligne et l'hôpital, entre les soignants et l'aide, entre les prestataires et les aidants-proches. Ces différents aspects doivent être rencontrés.

MESURE 1 : AMÉLIORER L'ADÉQUATION DES RESSOURCES HUMAINES ET LEUR RÉPARTITION TERRITORIALE

Vision : Pour offrir une première ligne capable de prendre en charge la population bruxelloise de demain, avec ses évolutions démographiques (augmentation de la population globale, arrivée de nouvelles populations, vieillissement et augmentation de la dépendance) et épidémiologiques (explosion des maladies chroniques), les ressources professionnelles doivent être suffisantes, adéquates et bien réparties sur le territoire.

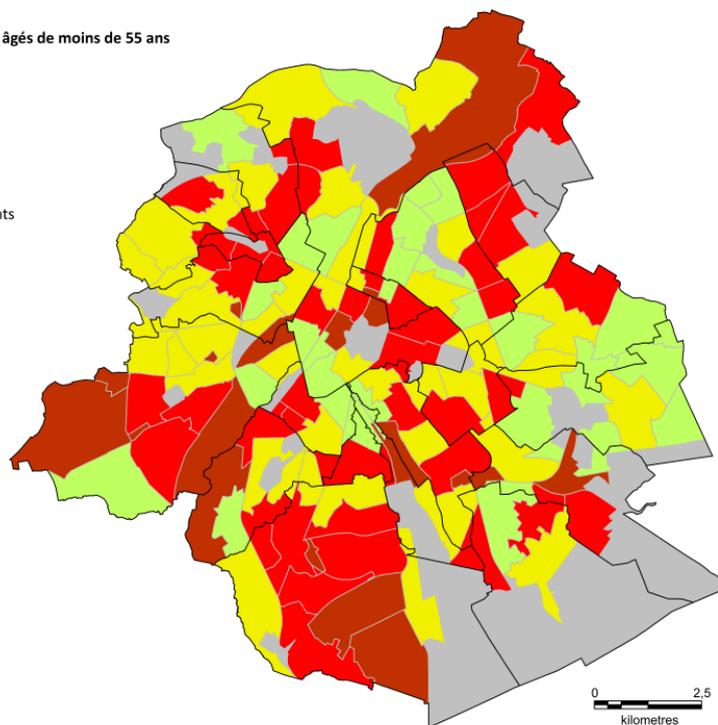
Les ressources visent l'ensemble des professions, médecins, infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes, métiers de l'aide. Une première démarche a été menée depuis 2014 à l'égard des médecins généralistes, par la reprise et l'adaptation au contexte bruxellois des mesures fédérales de soutien à la médecine générale, dispositif appelé «Fonds impulseo». Ces mesures de soutien doivent être adaptées pour le futur afin de devenir un outil efficace pour pallier les pénuries de médecins généralistes à Bruxelles. L'étude menée par l'Observatoire de la Santé et du Social sur les médecins généralistes (avril 2018) montre qu'il n'y a pas, actuellement, de pénurie sur l'ensemble du territoire bruxellois. Cependant, une série d'indicateurs montrent un risque à moyen terme : le fait que 44 % des médecins généralistes bruxellois soient âgés de 55 ans et plus et que le renouvellement tarde à se réaliser, et le changement dans les pratiques de médecins généralistes. Par ailleurs, la répartition des médecins généralistes sur le territoire bruxellois n'est pas homogène. On peut déjà constater des pénuries dans, au moins, un tiers des quartiers bruxellois.

Nombre de médecins âgés de moins de 55 ans
pour 1 000 habitants



Quartier peu peuplé

< 1 000 habitants



Les aides de demain doivent réellement inciter les nouveaux médecins généralistes à s'installer dans les quartiers en pénurie de Bruxelles. Pour y parvenir, les mesures de soutien Impulseo devront correspondre aux attentes des jeunes médecins qui ne semblent plus avoir les mêmes besoins, ni la même vision de la pratique que leurs aînés. Les demandes formulées par les jeunes médecins portent sur les pratiques de groupe, le soutien sous forme de coaching professionnel, mais aussi la question complexe de l'installation immobilière.

Les autres professions de la première ligne et en priorité les infirmiers feront l'objet d'analyse du même type que celle menée pour les médecins généralistes afin de déterminer les recommandations.

PLAN D'ACTION :

Analyser les pénuries de professionnels de santé en vue de prendre des mesures incitatives à l'installation en région bruxelloise

Chantiers déjà réalisés : Étude de l'Observatoire de la Santé et du Social sur les médecins généralistes en région bruxelloise

Objectif 2019-2020 :

- Adaptation des mesures de soutien à la médecine générale
- Étude de planification des autres professions de première ligne

Porteur du projet : Observatoire et structure d'appui à la première ligne pour l'analyse, SCR, Cabinets santé et acteurs de la médecine générale pour l'adaptation des mesures de soutien à la médecine générale

Évaluation et suivi : Indicateur : nombre de médecins généralistes et répartition territoriale

Budget : 2.350.000 euros -Mesures de soutien à la médecine générale - AB 05.002.31.11.3432

MESURE 2 :

DÉVELOPPER ET STRUCTURER LA PREMIÈRE LIGNE DE SOINS

Vision : Bruxelles bénéficie d'une offre de soins de première ligne très diversifiée et composée d'acteurs individuels engagés et proches de la population. Mais chacun reconnaît que le système de soins bruxellois est soumis à quelques écueils : la complexité institutionnelle et la complexité de l'offre, le manque de visibilité et le manque d'efficacité causé par le cloisonnement des acteurs. La Commission communautaire commune entend marquer les orientations stratégiques afin de développer et de structurer la première ligne qui soutiendra un modèle de soins intégrés, centrés sur les personnes : un décroisement entre les métiers de l'aide et du soin, une approche de proximité qui doit empêcher des hospitalisations évitables, et une coordination des parcours des patients, particulièrement les patients chroniques.

Une première étape doit être atteinte pour structurer le soutien au secteur. Pour permettre aux professionnels de la première ligne de travailler en plus grande coordination, une structure régionale d'appui à la première ligne de soins sera créée sur base des acteurs existants : le Réseau Local

Multidisciplinaire, les Services Intégrés de Soins à Domicile et la Plateforme de Soins Palliatifs. En concertation avec ces acteurs, les missions de la future plateforme porteront dans un premier temps sur la production d'outils de soutien aux professionnels de santé (cartographie, information), sur l'organisation de la formation des professionnels de première ligne et sur la concertation nécessaire au développement du travail en réseau au sein de la première ligne et entre les différentes lignes de soins. Cette plateforme, une fois constituée, devra associer une série d'acteurs pour atteindre ses objectifs (les médecins généralistes, les hôpitaux, les acteurs de la ligne 0,5, le réseau santé bruxellois, les pharmaciens, les services de soins à domicile, la plateforme de santé mentale, etc.).

Une deuxième étape sera de structurer effectivement les parcours de soins, en tirant les conclusions des différents projets en cours sur les approches intégrées et de proximité (en priorité les «projets-quartier» et le projet de soins intégré «Boost») et en se basant sur les bonnes pratiques identifiées.

Cette deuxième étape demandera d'associer encore d'autres acteurs, tels que les coordinations de soins.

Outre la plateforme, le secteur se verra développer par le soutien à la création de la ligne 0,5, qui, on le rappelle, a pour mission finale de réinsérer les patients dans la ligne de soins classique et par le soutien aux nouvelles pratiques de soins.

PLAN D'ACTION :

Développer et structurer la première ligne de soins afin de soutenir une approche intégrée et centrée sur les personnes

Chantiers déjà réalisés : Reprise des compétences relatives au soutien de métiers de première ligne

Objectif 2019-2020 :

- Ordonnance relative à la première ligne de soins
- Création de la structure régionale d'appui aux professions de première ligne de soins
- Premier contrat de gestion de la structure régionale d'appui

Objectif 2025 :

- Associer les coordinations de soins afin d'organiser de manière plus intégrée les prises en charge
- Associer de manière structurelle les secteurs de l'aide aux personnes au sein de la structure d'appui

Porteur du projet : SCR et structure d'appui, en y associant le secteur hospitalier, les MR-MRS, et les associations de patients

Évaluation et suivi : Indicateurs à fixer dans le contrat de gestion

Budget :

Structure d'appui :

- 140.000 euros : plateforme soins palliatifs - AB 03.001.34.02.3300
- 120.000 euros : SISD Conectar - AB 03.003.34.02.3300
- 360.000 euros : plateforme soins palliatifs - 05.002.34.02.3300
- 470.000 euros : RLM - 05.002.31.10.3432
- 48.880 euros : SISD Conectar - 05.002.31.10.3432 (payé directement par le fédéral jusqu'en 2018)
- 146.000 euros : SISD-Bruxelles - 05.002.31.10.3432 (payé directement par le fédéral jusqu'en 2018)

Cercle Médecine générale (n'est pas dans la structure d'appui) :

- 381.000 euros : FAMGB - AB 05.002.31.10.3432

Ligne 0,5 :

- 58.000 euros Medimmigrant - AB 03.004.34.04.3300
- 145.000 euros Médecins du monde - AB 03.001.34.01.3300 (120.000 euros) et AB 03.001.34.01.3300 (25.000 euros)
- 272.700 euros Dispensaire - AB.03.001.34.01.3300

MESURE 3 :

AMÉLIORER LE LIEN ENTRE L'HÔPITAL ET LA 1^{ÈRE} LIGNE DE SOINS



Vision : Les pratiques organisationnelles liées aux prises en charge des patients sont appelées à une transformation profonde. Même les modes de financement qui orientaient les acteurs vers des prestations individualisées sont en train de changer. Le mouvement engagé va pousser les différents niveaux de soins à collaborer, à prendre en compte les besoins de la population et à ancrer dans leurs pratiques la notion de parcours ou de trajets de soins. Par parcours de soins, il faut entendre l'abandon de la prise en charge vue comme une suite d'actes isolés, pour une prise en charge vue comme un véritable projet de soins, où chaque étape s'inscrit dans un processus coordonné, qui doit permettre d'éviter les ruptures de soins et les soins inutiles ou évitables. Si l'intérêt à agir est déjà largement partagé, les pratiques ne suivent pas encore de manière aussi homogène et efficace que souhaité. L'hôpital et la première ligne de soins sont

intrinsèquement complémentaires. Les bonnes pratiques qui visent à améliorer la coordination entre eux, telles que les projets SILOS, doivent être soutenues et développées. La structure régionale d'appui à la première ligne sera appelée à organiser une concertation avec les hôpitaux.

Par ailleurs, le cadre normatif doit progressivement intégrer des lignes directrices de la coordination entre les hôpitaux et la première ligne de soins. Dans un premier temps, des normes d'agrément seront prises afin d'améliorer le flux d'information entre l'hôpital et la première ligne au moment de l'entrée en hospitalisation et dans le suivi lors de la sortie du patient. L'encadrement juridique doit favoriser la continuité thérapeutique par la systématisation de la transmission de données par les médecins de ville à l'hôpital lors de l'admission et, inversement, la systématisation de la transmission de données par l'hôpital vers le médecin généraliste référent et les prestataires de première ligne amenés à faire le suivi du patient. L'encadrement juridique peut également soutenir l'organisation, la plus anticipée possible (lors de l'admission, voire de la pré-admission), des modalités de sortie du patient, en lien avec des trajets de soins à définir. Ces normes seront notamment liées aux futurs réseaux hospitaliers (au sens de la loi sur les hôpitaux, en cours de réforme). Une réflexion sera menée avec les acteurs sur la faisabilité d'intégrer dans les cadres normatifs une procédure de sortie du patient qui inclut les acteurs de la première ligne de soins. Cette procédure pourrait également se concevoir sous un mode d'accréditation. La structure régionale d'appui à la première ligne sera fortement associée à l'approfondissement des normes encadrant les liens entre l'hôpital et la première ligne de soins en vue d'améliorer la coordination et le suivi extrahospitalier.

Enfin, la communication entre les acteurs joue un rôle majeur dans la réussite du rapprochement entre l'hôpital et la première ligne de soins. À cet égard, l'outil d'échange électronique des données des patients, le Réseau Santé Bruxellois, a été largement soutenu ces dernières années. Le RSB et le coffre-fort multidisciplinaire se sont développés avec succès auprès des hôpitaux et des médecins généralistes, permettant à terme un échange de données aisé, sécurisé et fiable. Son développement doit être poursuivi.

PLAN D'ACTION :

Créer un cadre à la collaboration et au travail en réseau entre les hôpitaux et la première ligne de soins et soutenir la concertation entre les secteurs

Chantiers déjà réalisés : Développement du Réseau Santé Bruxellois

Objectif 2019-2020 :

- Adoption de premières normes sur la transversalité au moment de l'entrée et de la sortie de l'hospitalisation
- Mission donnée à la structure régionale d'appui à la première ligne pour l'organisation d'une concertation

Porteur du projet : SCR, structure régionale d'appui à la première ligne et coupoles hospitalières

Évaluation et suivi : Respect des normes, statistiques d'hospitalisations ou de re-hospitalisations évitables

Budget : /

MESURE 4 : ENCADRER LES NOUVEAUX SERVICES AMBULATOIRES

Vision : La transformation des pratiques de soins et l’amorçage du virage ambulatoire ont conduit de nombreux acteurs à développer des initiatives qui répondent aux besoins de leurs patients sans que les autorités n’aient anticipé ces nouvelles réponses et n’aient donc précisé l’encadrement juridique de ces nouvelles formes alternatives de soins.

Tous ces «nouveaux services ambulatoires» n’ont évidemment pas le même niveau de maturité et tous ne peuvent donc pas être diffusés tels quels. Certains nécessitent encore une période d’observation.

Parmi les plus «expérimentées», les maisons médicales constituent une formule qui a fait ses preuves, notamment auprès de publics moins favorisés. L’approche intégrée des maisons médicales rejoint les objectifs du Plan Santé Bruxellois. Les maisons médicales ont bénéficié de financements fédéraux, sans réel encadrement juridique et sans grande exigence quant au service rendu aux patients. Cela a favorisé l’installation de maisons médicales qui n’avaient pas réellement de projet intégré. L’expérience «maisons médicales» est maintenant à un tel niveau de maturité, qu’il est indispensable de commencer à réglementer le secteur afin d’offrir un minimum de qualité. Si la réglementation d’agrément s’avère impossible au niveau de la Commission communautaire commune, une approche de type labellisation voire d’accréditation, peut être envisagée.

D’autres services sont en cours de développement autour de la question de l’hospitalisation à domicile au sens large, c’est-à-dire pas exclusivement le remplacement d’une hospitalisation par un traitement ambulatoire, mais également la prise en charge en dehors de l’hôpital suite au raccourcissement des durées de séjour et enfin les prises en charge de type «soins de suite», appelés à compléter le concept de soins palliatifs tels qu’ils sont définis aujourd’hui.

Les services que l’on peut rassembler sous le vocable «hospitalisation à domicile» sont donc en cours de développement, avec quelques acteurs qui ont été des pionniers en la matière, notamment dans le secteur des soins palliatifs, comme Aremis ou avec d’autres projets beaucoup plus récents, tels que les projets-pilote «HAD» lancés au niveau fédéral et pour lequel le recul n’est pas encore suffisant. Pour ces nouvelles structures ambulatoires, un encadrement juridique, même minimal, doit être développé. Cependant, l’encadrement juridique ne peut se concevoir en dehors de toute approche de financement. Le financement majoritaire de ce type de structure restant une compétence fédérale, une concertation interministérielle doit nécessairement être organisée.

PLAN D'ACTION :

Établir un plan stratégique pour l'encadrement juridique et financier des nouvelles structures ambulatoires

Chantiers déjà réalisés : Suivi des projets pilotes en cours

Objectif 2019-2020 :

- Concertation avec le secteur de la médecine générale, la COCOF et l'INAMI en vue du développement d'un socle minimal d'exigences de qualité à l'égard des maisons médicales
- Premières conclusions des projets-pilotes «HAD» bruxellois

Objectif 2025 : Normes d'encadrement des nouveaux services ambulatoires

Porteur du projet : SCR

Évaluation et suivi : Production des normes d'encadrement

Budget : /

MESURE 5 :

RENFORCER LA GARDE EN MÉDECINE GÉNÉRALE ET LES LIENS ENTRE LES SERVICES D'URGENCE ET LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Vision : Le débat sur le recours inutile aux urgences hospitalières est mené depuis de nombreuses années sans qu'aucune tentative normative ou financière n'ait pu approcher le problème efficacement.

Il est vain de prétendre avoir la solution miracle pour désengorger les services d'urgence hospitaliers. La Commission communautaire commune entend, dans cette problématique complexe, apporter quelques éléments de nature à réorienter les comportements des patients. Ces éléments sont prioritairement construits autour des compétences liées à la médecine générale.

Depuis la reprise de certaines compétences transférées dans le cadre de la 6^{ème} Réforme de l'État, une attention particulière a été portée à la garde en médecine générale. La Commission communautaire commune finance la centrale téléphonique de la Garde bruxelloise. L'objectif à long terme serait de donner aux Bruxellois un numéro d'appel unique, couplé à un tri des patients et d'un référencement vers soit la garde en médecine générale soit les services d'urgence. La mise en place de ce numéro unique (du type 1733) rencontre des obstacles organisationnels à Bruxelles. Dans un premier temps, en l'attente de ce numéro unique, la garde bruxelloise continuera à être soutenue. La garde bruxelloise fait, d'ailleurs, figure d'exception dans le paysage belge, puisque l'ASBL Garde bruxelloise - Brusselse wachtdienst «GBBW», a réussi à organiser une garde unifiée, fonctionnant les soirs, nuits, weekends et jours fériés sur tout le territoire bruxellois. Et - fait exceptionnel - la GBBW ne connaît pas de pénurie



de médecins généralistes pour participer à la garde. Au-delà de ce succès, il est indispensable de poursuivre la sensibilisation du public au recours en première instance à la médecine générale. Une campagne de promotion de la médecine générale sera organisée en collaboration avec les Cercles de médecine générale actifs sur le territoire bruxellois. La Commission communautaire commune sera également attentive à déployer une offre suffisante de postes de garde sur le territoire bruxellois. Cette compétence restant fédérale, de nouvelles demandes seront formulées en Conférence interministérielle Santé Publique afin d'être associé à la réflexion fédérale sur la politique des postes de garde.

En parallèle, il y a lieu de travailler au renforcement des liens entre les services d'urgence hospitaliers et la médecine générale. Une concertation entre ces secteurs, déjà entamée lors des premières rencontres autour du lancement du Plan Santé, sera poursuivie et structurée, afin de parvenir à un socle minimal de normes relatives, d'une part, à l'obligation de créer des partenariats structurés entre les hôpitaux et la médecine générale et, d'autre part, à la création d'une procédure de référencement à la médecine générale. L'objectif est d'intégrer ces deux aspects au sein des normes d'agrément, par exemple sous la forme de «processus à accréditer».

Enfin, la Commission communautaire commune entend avoir une approche différente dans le débat sur le recours inapproprié aux urgences hospitalières, en ciblant la réflexion sur deux groupes prioritaires : les enfants (car les hôpitaux bruxellois constatent une explosion du recours aux urgences pédiatriques) et les personnes âgées (car l'entrée en hospitalisation par la voie des urgences est un moment et un marqueur-clef dans l'institutionnalisation et dans la perte d'autonomie). Il paraît évident, en ce qui concerne ce dernier groupe prioritaire, que le recours aux urgences par les personnes âgées en crise est un signe d'un certain déficit de prévention et de coordination entre les lignes de soins. Une étude est menée par l'Observatoire sur ces deux groupes cibles : les urgences pédiatriques et gériatriques.

Les conclusions attendues pour fin 2018 serviront à l'établissement de mesures nouvelles à l'égard de cette problématique.

PLAN D'ACTION :

Renforcer les liens entre la médecine générale et les services d'urgence afin de promouvoir le recours approprié à la médecine générale

Chantiers déjà réalisés :

- Financement de la garde bruxelloise en médecine générale
- Lancement de l'étude sur les urgences pédiatriques et gériatriques

Objectif 2019-2020 :

- Conclusions de l'étude de l'Observatoire sur les urgences pédiatriques et gériatriques
- Concertation entre les hôpitaux et la médecine générale pour la prise de normes sur les partenariats et le référencement

Objectif 2025 :

- Entrée en vigueur complète des nouvelles normes sur les partenariats et le référencement, inspection et/ou audit sur les processus
- Création du numéro d'appel unique couplé au tri médical

Porteur du projet : Observatoire de la santé et du social (étude), SCR, coupoles hospitalières et Cercles de médecine générale, et une fois en place, la structure régionale d'appui à la première ligne de soins

Évaluation et suivi : Indicateur : nombre de recours inapproprié aux services d'urgence
À suivre par l'Observatoire

Budget : 2019 :

- Étude sur les urgences pédiatriques et gériatriques : prévu dans le budget étude de l'Observatoire
- Campagne de promotion de la médecine générale : 80.000 euros - AB 05.002.31.11.3432

MESURE 6 : RENFORCER LES PARCOURS DES PATIENTS CHRONIQUES ET COMPLEXES

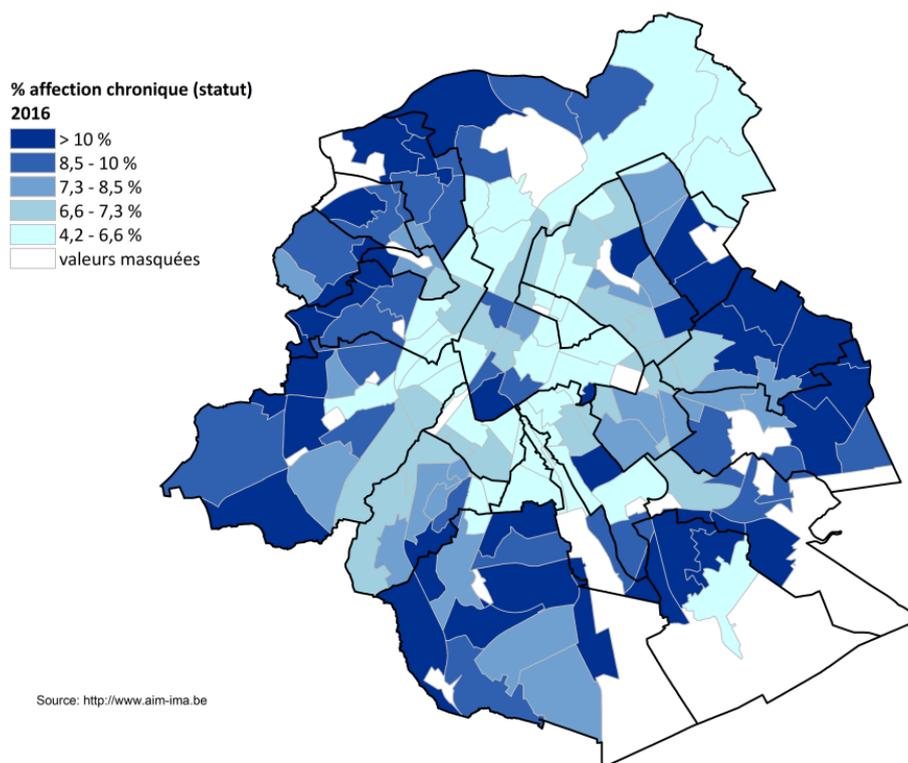
Vision : Les patients souffrant de maladies chroniques sont en augmentation et constituent, à eux seuls, un défi financier pour les systèmes de santé, a fortiori lorsque les pathologies se cumulent et constituent un cas complexe. Renforcer le suivi de ces patients est indispensable pour éviter les prises en charge aiguës, notamment les hospitalisations.

Lors de la dernière décennie, les professionnels de santé, l'État fédéral et, plus récemment, les entités fédérées ont développé une nouvelle approche des maladies chroniques. Il s'agit d'une démarche proactive, intégrée, multidisciplinaire et qui repose sur les dernières recommandations scientifiques. Trois piliers constituent cette approche : l'amélioration de la qualité ; la collaboration entre les différents professionnels amenés à agir autour du patient : médecin généraliste, médecins spécialistes et prestataires en donnant une place de coordinateur au médecin généraliste ; et la participation active du patient (empowerment et self-management).

Cette approche s'est traduite depuis 2009 dans les trajets de soins soutenus par l'INAMI. Il existe des trajets pour deux pathologies : le diabète de type 2 et l'insuffisance rénale. Le Réseau Local Multidisciplinaire bruxellois (RLM-b), appelé à intégrer la structure d'appui à la première ligne de soins, a reçu pour mission de créer et d'animer un réseau des professionnels de santé amenés à intervenir dans un trajet de soins. Les premières évaluations des trajets de soins (étude ACHIL 2013) ont pu mettre en évidence les tendances positives dans la prise en charge des patients inscrits dans un trajet de soin (amélioration du suivi du patient et des paramètres de résultats). Les trajets de soins sont poursuivis par l'INAMI et depuis 2015, la compétence liée à l'organisation du réseau autour des trajets de soins revient à la Commission communautaire commune. L'approche intégrée et multidisciplinaire, telle que développée dans les trajets de soins, se prolonge dans les récents

projets-pilotes autour des malades chroniques. Ces projets sont issus du Protocole d'accord conclu entre les autorités fédérales et les entités fédérées basé sur une approche intégrée de l'aide et des soins dans le cadre des maladies chroniques. Le projet «BOOST», retenu pour Bruxelles, repose sur un modèle organisationnel comprenant trois fonctions : un référent de proximité, un référent hospitalier qui assure la liaison et une fonction de concertation. La vision soutenue par les autorités bruxelloises (COCOM et COCOF) et choisie par les 47 partenaires de BOOST pour les guider est : une organisation des soins locale (acteurs de proximité, accessibilité), participative (rôle actif du patient et de son entourage) et intégrée (concertation des acteurs). Le projet BOOST va se décliner en 49 actions à mener entre septembre 2018 et fin de l'année 2021. Le RLM-b est largement impliqué dans le suivi du projet BOOST. Sur base des conclusions du projet BOOST, il sera décidé d'étendre l'approche à l'ensemble du territoire bruxellois.

Enfin en vue de préparer l'intégration structurelle dans le paysage bruxellois d'une vision intégrée des soins, une réflexion doit être menée sur les outils réglementaires et les cadres de travail nécessaires à la concrétisation de cette vision intégrée. Un projet sera lancé à cet égard.



PLAN D'ACTION :

Renforcer et structurer les parcours des patients chroniques et complexes

Chantiers déjà réalisés : Reprise de la compétence liée au Réseau Local Multidisciplinaire

Objectif 2019-2020 :

- Intégration du RLM-b dans la structure régionale d'appui à la première ligne et lancement projet-pilote BOOST
- Lancement projet sur la maturité de la Région bruxelloise à l'égard du développement d'une vision intégrée des soins et sur les référentiels nécessaires à ce développement

Objectif 2025 : Extension des projets à l'ensemble du territoire sur base des conclusions du projet BOOST et des dernières évaluations des trajets de soins

Porteur du projet : RLM-b et les partenaires du projet BOOST, en y associant les centres de coordination

Évaluation et suivi : Indicateurs de suivi et d'amélioration de la qualité des patients pris en charge dans les trajets de soins et dans le projet BOOST

Budget : 2019 :

- budget structure d'appui
- budget projet vision intégrée : 400.000 euros

MESURE 7 :

SOUTENIR LA MÉDECINE GÉNÉRALE DANS LA PRISE EN CHARGE DE PROBLÉMATIQUES DE SANTÉ MENTALE

Vision : La prévalence des problématiques liées à la santé mentale est importante à Bruxelles (Cf. objectif 4 de ce même axe). Les médecins généralistes sont souvent les premiers contacts des patients avec ce type de problématique. Comme cela a été rappelé dans le «Livre noir de la Médecine générale», les médecins généralistes s'estiment démunis dans la prise en charge de ces situations. Ils réclament une meilleure accessibilité de la psychiatrie, une meilleure communication et une meilleure coordination entre les acteurs.

Dans la logique d'amélioration de la structuration et de la coordination de la première ligne de soins, la Commission communautaire commune entend répondre aux besoins des médecins généralistes confrontés aux situations de santé mentale. Afin d'intégrer leurs préoccupations, la Commission communautaire commune a, sous la législature 2014-2019, imposé la présence des médecins généralistes au sein de la Plateforme de concertation en santé mentale.

L'ensemble du secteur de la santé mentale partage la préoccupation des médecins généralistes relative à l'accès à l'offre en santé mentale de manière générale, et, en particulier, lors d'une crise. Pour y répondre, un point unique de crise a été créé pour les enfants et les adolescents, au sein du Réseau BRUSTARS. Cette initiative emporte la satisfaction de l'ensemble des professionnels du

secteur et de leurs patients. Il est donc proposé d'étendre cette initiative à l'ensemble des publics adultes afin de créer un point de contact unique en santé mentale pour le territoire bruxellois.

Par ailleurs, la Commission communautaire commune soutiendra les projets-pilotes visant à installer des psychologues de première ligne au plus près des pratiques de médecine générale. Cette pratique qui associe des psychologues aux pratiques de médecine générale existe au sein des maisons médicales. Leurs pratiques et leurs recommandations devront être prises en compte dans l'évaluation des projets-pilotes en vue de leur extension possible.

Enfin, les médecins généralistes font face à des situations où santé mentale et précarité sont mêlées. Il est souhaitable que les approches précarité, notamment dans le cadre de la structure sans-abrisme, associe le secteur de la médecine générale.

PLAN D'ACTION :

Soutenir la médecine générale dans la prise en charge en santé mentale

Chantiers déjà réalisés : Création du point unique enfants et adolescents

Objectif 2019-2020 : Lancement du premier projet-pilote «psychologue de première ligne»

Objectif 2025 :

- Évaluation des projets-pilotes «psychologues de première ligne et extension le cas échéant
- Création d'un point de contact unique pour l'ensemble des publics «santé mentale»

Porteur du projet : Plateforme de concertation en santé mentale

Évaluation et suivi : Conclusions du projet-pilote - chiffres d'activité du point de crise

Budget : 2019 :

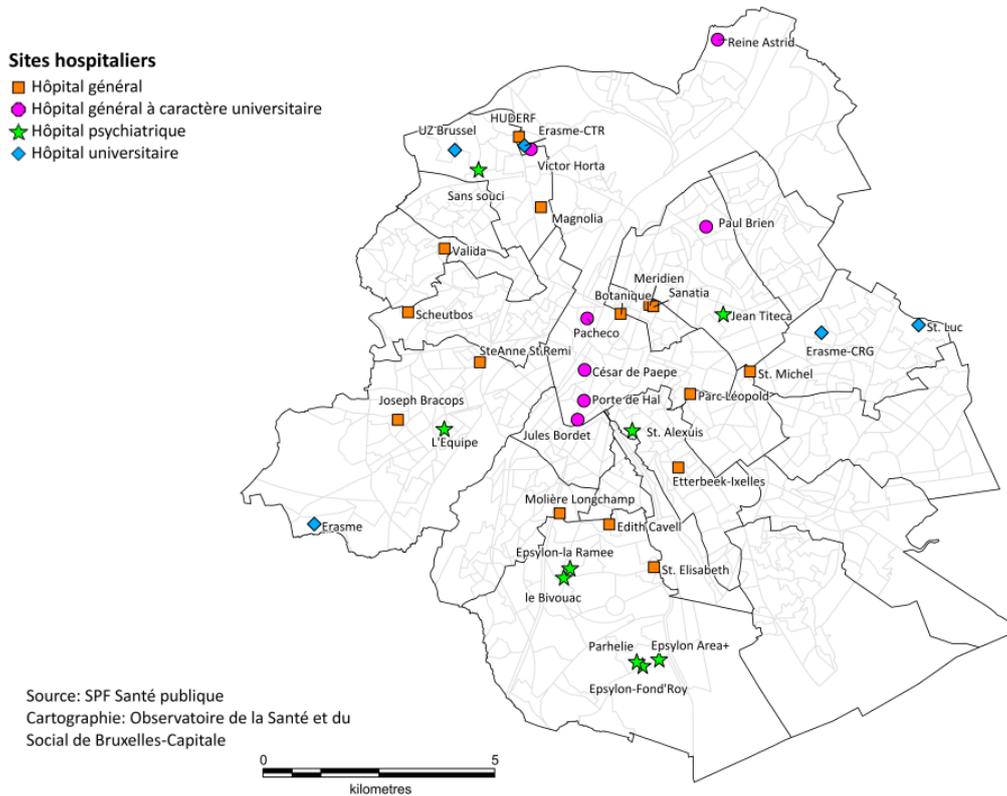
- 60.000 euros point de contact Brustars -AB 03.004.34.01.3300
- 70.000 euros projet-pilote psychologue de première ligne - AB 03.004.34.01.3300

OBJECTIF 3

REPOSITIONNER L'HÔPITAL DANS LE PAYSAGE DES SOINS

Le rôle du secteur hospitalier reste fondamental pour garantir le droit de chaque citoyen à des prestations de soins hospitaliers accessibles et de qualité qu'ils soient préventifs ou curatifs. En matière de politique hospitalière, le Collège réuni s'est engagé à travailler sur un cadre législatif plus adéquat. L'approche de nouveaux concepts d'agrément est développée dans l'axe 3 de ce Plan. Le plan réseau devra faciliter les regroupements et les synergies dans les activités directement liées aux patients, mais aussi dans le domaine des supports logistiques et administratifs.

Le secteur hospitalier a connu lors des dernières décennies plusieurs vagues de rationalisation qui a vu la fermeture de lits, d'unités, voire de sites hospitaliers et de reconversion d'activités. À Bruxelles certains regroupements ont eu lieu et certains sont encore en cours.



Tout comme leurs voisins européens, les hôpitaux belges n'ont pas terminé leur réorganisation. Ils sont confrontés aux changements démographiques, épidémiologiques, technologiques et organisationnels. Les nouveaux besoins sont suffisamment connus : l'augmentation du vieillissement et de la dépendance, l'explosion des maladies chroniques, l'évolution médicale et technologie qui permet des hospitalisations de plus en plus courtes voire un évitement des hospitalisations.

Le rôle de l'hôpital, compte tenu de ces évolutions, sera profondément modifié : une augmentation du caractère aigu (le long care étant de plus en plus sorti de l'hôpital), une spécialisation accrue, un travail en collaboration avec la première ligne de soins pour le suivi des patients. L'objectif serait de donner les outils nécessaires aux hôpitaux pour qu'ils puissent jouer pleinement leur nouveau rôle à l'horizon 2025.

La Commission communautaire commune souhaite imprimer deux axes de transformation. Le premier axe de transformation porte sur l'adéquation de l'offre des hôpitaux en regard des besoins des populations et s'inscrit dans la logique des réseaux, initiée par la Ministre fédérale de la Santé publique. L'autre axe de transformation entend répondre au virage ambulatoire en impliquant l'hôpital dans la prise en charge des patients en dehors de ses murs.

MESURE 1 : **DÉVELOPPER LES RÉSEAUX HOSPITALIERS POUR UNE** **MEILLEURE ADÉQUATION DE L'OFFRE**

Vision : La Commission communautaire commune a soutenu les objectifs de la réforme de Maggie De Block, en signant, en 2015, une déclaration commune à toutes les autorités compétentes en matière de santé. La réforme consiste à redéfinir le rôle de l'hôpital dans le paysage des soins et donner, aux hôpitaux, les outils pour qu'ils jouent ce nouveau rôle. La Commission communautaire commune soutient la réforme initiée par le Fédéral, non pas dans un objectif de maîtrise budgétaire à court terme, mais surtout dans un objectif d'efficacité, d'amélioration de la qualité des soins et de durabilité du modèle. La création de réseaux doit permettre, en complément des futures programmations d'activités, de garantir une offre de base complète dans chaque réseau et de concentrer certaines activités plus spécialisées, plus lourdes en expertise, en ressources humaines et financières. Le réseau assure que le service de base soit accessible à la population, sans créer ou laisser de doublons, causes de perte d'efficacité. Les hôpitaux devront avoir une réelle politique de réorganisation de leurs activités afin de rencontrer un triple objectif : la proximité, la qualité et l'efficacité.

Vu la nouvelle répartition des compétences entre les entités politiques, suite à la 6^{ème} Réforme de l'État, la réforme hospitalière ne peut aboutir que dans une parfaite coordination des différents niveaux de pouvoirs. Si l'État fédéral entend édicter les règles de base des réseaux, il reviendra à la Commission communautaire commune de compléter ces règles de base et d'agréer les réseaux et les hôpitaux qui en font partie. La Commission communautaire commune est également en charge de prévoir une nouvelle réglementation d'investissement dans les infrastructures, cohérente avec l'approche de réseau. À l'avenir, l'hôpital qui souhaitera obtenir l'intervention de la Commission communautaire commune dans le développement ou l'entretien de son infrastructure, devra

construire un plan stratégique démontrant que l'offre de l'hôpital répond de manière rationnelle aux besoins de la population.

La définition des activités à mener par les réseaux loco-régionaux sera soutenue par un travail de réflexion entre les autorités et le secteur sur trois activités jugées prioritaires : le pôle mère enfant, la personne âgée et les services d'urgences.

Compte tenu notamment de la présence d'hôpitaux universitaires relevant des Communautés sur le territoire bruxellois, un travail de collaboration entre les entités fédérées sera mené afin d'avoir une approche unifiée dans l'agrément des réseaux.

PLAN D'ACTION :

Développer les réseaux hospitaliers

Chantiers déjà réalisés :

- Poursuite du calendrier de construction
- Déclaration commune du 29 juin 2015 et travail de préparation au sein de la Conférence interministérielle

Objectif 2019-2020 :

- Programmation et agrément des réseaux hospitaliers bruxellois dans le cadre de la réforme fédérale
- Nouvelle réglementation relative à l'intervention dans le financement de l'infrastructure

Porteur du projet : SCR, coupoles hospitalières

Évaluation et suivi : Inspections d'agrément

Budget : /

MESURE 2 :

DÉVELOPPER LA PRISE EN CHARGE ET LE SUIVI EN DEHORS DE L'HÔPITAL

Vision : La médecine hospitalière a une approche presque exclusivement aiguë du traitement des patients. Cela pouvait s'entendre dans un contexte où les patients restaient hospitalisés jusqu'à complet rétablissement. Ce contexte n'existe plus aujourd'hui : les durées de séjour raccourcissent, les hospitalisations de jour s'accroissent et les revalidations se font à l'extérieur de l'hôpital. Bref, le patient pris en charge par la médecine hospitalière passe de moins en moins de temps sous le contrôle des acteurs hospitalier. L'hôpital est appelé à passer la main à d'autres professionnels de la première ligne de soins qui apprennent à prendre en charge des patients de plus en plus complexes. Passer la main ne veut cependant pas dire se retirer de la démarche de suivi. La Commission communautaire commune souhaite que les hôpitaux restent des acteurs engagés dans la prise en charge et le suivi de leurs patients, même lorsque ceux-ci sortent des murs de l'hôpital. L'intérêt à agir semble partagé par tous les acteurs, mais la façon d'organiser les liens entre l'hôpital et la première ligne de soins est loin d'être homogène et structurée.

Les hôpitaux sont déjà associés à plusieurs mesures de ce Plan Santé en vue de créer une approche coordonnée et intégrée de la prise en charge des patients. On retrouve cette approche essentiellement dans l'objectif 2 relatif à la première ligne de soins.

L'objectif est d'intégrer, dans l'encadrement juridique des hôpitaux, des obligations relatives à la création de réels partenariats avec la première ligne de soins, aux procédures de sortie des patients et à la transmission des données entre hôpital et première ligne de soins, en particulier avec la médecine générale. Le partenariat sera une condition d'agrément des hôpitaux et des réseaux.

Cet encadrement juridique pourrait conduire à faire de la coordination et du suivi extrahospitalier une fonction pleine et entière.

Les hôpitaux sont également appelés à s'investir dans les formes alternatives à l'hospitalisation. La nouvelle réglementation relative à l'infrastructure constituera une ouverture dans le soutien à ces nouvelles formes de prise en charge.

PLAN D'ACTION :

Développer la prise en charge et le suivi en dehors de l'hôpital

Chantiers déjà réalisés : /

Objectif 2019-2020 : Encadrement juridique des relations entre l'hôpital et la première ligne de soins en vue d'améliorer la prise en charge et le suivi des patients

Porteur du projet : SCR, coupoles hospitalières et structure régionale d'appui à la première ligne de soins

Évaluation et suivi : Indicateurs de la qualité de la collaboration entre l'hôpital et la première ligne de soins - à développer

Budget : /

OBJECTIF 4

AMÉLIORER LA SANTÉ MENTALE DE LA POPULATION

La santé mentale s'entend dans son acception large et non limitée aux pathologies psychiatriques. Les troubles de santé mentale sont responsables pour près du tiers des incapacités de travail dans le monde. Une personne sur quatre sera atteinte, à un moment de sa vie, d'une pathologie mentale.

La prévalence des troubles mentaux est plus forte dans les grandes villes.

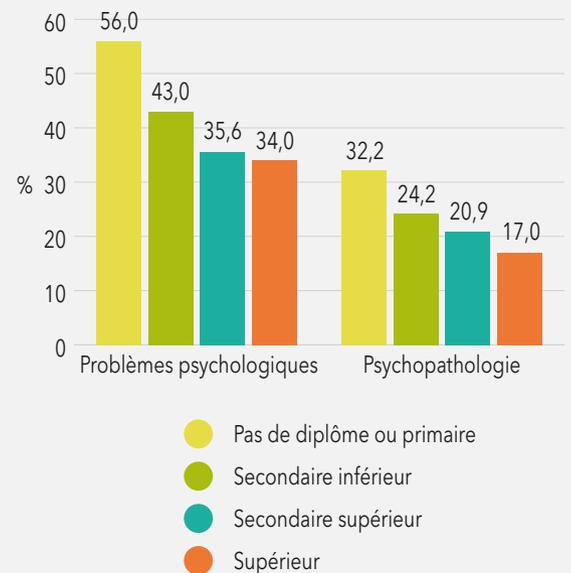
L'enquête santé 2013 (ISP) révèle que les problèmes psychiques sont en augmentation en Belgique et que la situation bruxelloise est plus mauvaise que celle des deux autres régions. Les pourcentages de personnes avec des problèmes psychiques et de personnes à risque sont significativement plus élevés : respectivement 40 % et 25 %, alors que ces taux sont de 29 % et de 16 % en Flandre et de 35 % et de 20 % en Wallonie. L'étude fait apparaître que les personnes avec un niveau de scolarité faible ont une fragilité plus importante en matière de santé mentale.

La gravité de la situation appelle un changement de paradigme.

La santé mentale est au confluent de nombreuses problématiques : les déterminants sociaux de la santé, la grande précarité, l'emploi, l'isolement des personnes âgées, les addictions, la difficulté de la première ligne de soins à prendre en charge les problèmes de santé mentale.

Cet objectif est à lire en complémentarité avec les autres volets du Plan Santé Bruxellois, notamment l'approche concernant la 1^{ère} ligne de soins.

Prévalence des problèmes psychologiques et des psychopathologies parmi la population de 15 ans et plus selon le niveau de diplôme*, Région bruxelloise, 2013



Source : Institut Scientifique de Santé Publique, Enquête de Santé 2013 ; calcul Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

* Standardisé pour le sexe et l'âge (population de référence européenne, 2013)

Par ailleurs, une articulation forte doit être maintenue avec les autres autorités de santé bruxelloises et belges pour le développement des réseaux adultes et des réseaux enfants et adolescents, et les plans en matière d'assuétude et d'internement.

Le défi que devra relever la Commission communautaire commune est de susciter une approche intégrée, globale, centrée sur le patient et visant la réinsertion. La logique de réseau, initiée en 2002 et intensifiée depuis 2015, doit se poursuivre par le rassemblement des différents acteurs du soin autour du patient, mais également par l'implication d'autres compétences indispensables au rétablissement non seulement fonctionnel, mais aussi social et personnel du patient : le logement, l'emploi, l'enseignement, etc.

Enfin, dans l'objectif de mieux informer le public et de ne pas stigmatiser les personnes atteintes de troubles mentaux, la Commission communautaire commune devra travailler à une campagne de sensibilisation qui donne une information pertinente et qui valorise le travail des acteurs de terrain.

MESURE 1 : DÉVELOPPER LES RÉSEAUX ET DONNER UN POINT DE CONTACT UNIQUE

Vision : Depuis 2002 et tout particulièrement depuis le dernier Protocole d'accord en 2015, l'État fédéral et les Communautés et Régions mettent en place un modèle pour répondre à l'ensemble des besoins en santé mentale sur un territoire donné, en l'occurrence sur le territoire bruxellois. L'objectif est de donner au patient une approche globale et intégrée quel que soit son point d'entrée dans la prise en charge. Ce modèle vise à associer toutes les ressources disponibles sur le territoire et de les structurer autour de 5 fonctions : fonction 1 de prévention et dépistage ; fonction ambulatoire ; fonction de réhabilitation ; fonction d'unités intensives ; fonction d'hébergement à long terme.

À Bruxelles, même si le paysage institutionnel est complexe, le réseau en santé mentale (appelé réseau 107) se met en place pas à pas. La plateforme de concertation associe tous les acteurs, en ce compris la médecine générale, en vue de couvrir les besoins sur tout le territoire.

Depuis 2016, toute décision relative à l'offre ou à l'organisation de la prise en charge de la santé mentale fait l'objet d'une concertation au travers du comité de réseau.

La Commission communautaire commune entend poursuivre son soutien à la Plateforme de concertation en santé mentale pour qu'elle poursuive son travail de renforcement du Réseau en santé mentale. Rappelons qu'un Réseau spécifique pour les enfants et adolescents, appelé Bru-Stars, a également été créé à Bruxelles sous la législature 2014-2019 et a développé le point de contact de crise pour enfants et adolescents.

Une des missions qui serait donnée à la Plateforme d'ici 2025 serait la création d'un point de contact unique pour l'ensemble des publics «santé mentale». Ce point de contact permettra notamment de soulager la médecine générale qui bénéficiera d'un point de référence pour orienter leurs patients.

PLAN D'ACTION :

Poursuivre le développement du Réseau et créer un point de contact unique

Chantiers déjà réalisés : Soutien au Réseau 107 et renforcement de la coordination avec notamment l'intégration de la médecine générale au sein de la Plateforme de concertation en santé mentale

Objectif 2019-2020 : Poursuivre la couverture du territoire par le Réseau 107

Objectif 2025 : Créer un point de contact unique

Porteur du projet : Plateforme de concertation en santé mentale

Évaluation et suivi : Plateforme et Observatoire de la Santé et du Social

Budget : 2018

- plateforme 240.000 euros – AB 05.002.34.01.3300 et 275.000 – AB 03.004.34.02.3300
- différents projets (BRUSTARS, Solentra, Lerni, NORWEST, en route, etc.) 964.000 euros AB 03.004.34.01.33 000

MESURE 2 :

AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ AUX STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE EN SANTÉ MENTALE

Vision : L'ensemble des acteurs de soins reconnaît un manque de places à Bruxelles pour la prise en charge des troubles de santé mentale, en particulier les situations aiguës. Avec un total de 1.608 lits psychiatriques, Bruxelles est largement en dessous de l'offre nécessaire pour répondre aux besoins des patients bruxellois et des patients non-bruxellois traités dans les institutions bruxelloises. Une étude quantitative sur les besoins en santé mentale est en cours de réalisation par le Centre d'expertise (KCE). La Commission communautaire commune a chargé l'école de Santé Publique de l'UCL de mener une étude complémentaire sur la situation bruxelloise.

Dans l'attente des résultats de ces études, la Commission communautaire commune a entamé un travail de développement des places d'accueil extrahospitalier et des alternatives.

Le secteur de la santé mentale est en attente d'une augmentation des places en dehors de l'hôpital, en maison de soins psychiatriques (MSP) et en initiatives d'habitations protégées (IHP). À défaut de places disponibles de ce type, les patients restent hospitalisés dans les services psychiatriques ou se retrouvent dans des structures non adaptées : des maisons de repos pour personnes âgées, des structures d'hébergement non-agrées, voire dans la rue.

D'ici 2019, 74 nouvelles places de MSP seront agréées par la Commission communautaire commune. D'ici 2025, 180 nouvelles places en MSP et 45 nouvelles places en IHP devraient pouvoir être créées.

Les besoins laissent certainement la place à des initiatives alternatives encore à créer. On peut citer, à cet égard, le projet-pilote capteurs de logement «BRU4HOME», créé par 15 acteurs du monde de la santé mentale, du sans-abrisme et du handicap.

Neuf lits hospitaliers dédiés aux patients à double diagnostic (santé mentale et handicap) en crise seront opérationnels d'ici la fin 2018 : 7 lits au Centre Hospitalier Jean Titeca et 2 lits à la Clinique Saint Jean. La Commission communautaire commune finance par ailleurs une équipe mobile spécifique pour les patients à double diagnostic.

Par ailleurs, les normes d'encadrement des différentes structures et notamment des lits hospitaliers doivent être revues, en collaboration avec le secteur, afin d'assurer une plus grande qualité de la prise en charge et la viabilité des institutions. La révision de l'encadrement des lits hospitaliers nécessitera une volonté commune de Bruxelles et de l'État fédéral.

PLAN D'ACTION :

Améliorer l'accessibilité en augmentant l'offre

Chantiers déjà réalisés : 14 nouvelles places en MSP agréées depuis 2014

Objectif 2019-2020 :

- Création de 60 nouvelles places en MSP
- Réception des études (KCE et étude bruxelloise)

Objectif 2025 :

- Nouvelle planification de l'offre
- Révision des conventions de revalidation

Porteur du projet : SCR et Iriscare

Évaluation et suivi : Augmentation des patients pris en charge

Budget :

- 2018 : 120.000 euros pour l'équipe mobile double diagnostic - AB 03.004.34.01.3300
- 2019 : 480.000 euros pour l'équipe mobile double diagnostic - AB 03.004.34.01.3300 et budget MSP - AB 05.002.31.05.3432
- à prévoir d'ici 2025 :
8.640.000 euros pour l'ouverture des 180 nouvelles places en MSP
765.000 euros pour l'ouverture de 45 nouvelles places en IHP
sous réserve de l'approbation des budgets annuels concernés

MESURE 3 : DÉVELOPPER LA SENSIBILISATION ET LA DÉ-STIGMATISATION

Vision : La stigmatisation est un phénomène social complexe. Les personnes touchées par la maladie mentale sont très souvent étiquetées et victimes de stéréotypes. Elles font peur et suscitent donc la crainte et le rejet. L'OMS disait, déjà en 2001, que «la stigmatisation était l'obstacle le plus important à surmonter». Pour beaucoup, la stigmatisation cause plus de souffrance que la maladie elle-même.

La Commission communautaire commune soutiendra les projets développés en collaboration avec les associations de patients et les prestataires visant à lutter contre la stigmatisation de la maladie mentale et à expliquer au public la réalité de la maladie et du travail des acteurs de terrain.

Les projets «En route» et «Norwest», qui créent les conditions pour faire des personnes concernées des patients-partenaires, sont déjà soutenus financièrement par la Commission communautaire commune.

Une réflexion sera menée afin de soutenir voire de susciter des projets où le public atteint de troubles mentaux est mélangé à d'autres publics, afin de favoriser la compréhension des problématiques de santé mentale, notamment par des approches artistiques.

Par ailleurs, une sensibilisation des employeurs aux problématiques de santé mentale sera organisée.



PLAN D'ACTION :

Développer une politique de sensibilisation et de dé-stigmatisation de la maladie mentale

Chantiers déjà réalisés : Projets «En route» et «Norwest»

Objectif 2019-2020 : Développer une campagne de sensibilisation

Porteur du projet : Plateforme de concertation en santé mentale en collaboration avec les associations de patients et les organismes assureurs

Évaluation et suivi : Enquête de notoriété de la campagne

Budget : 2019 à déterminer

OBJECTIF 5

VEILLIR EN BONNE SANTÉ À BRUXELLES



Viellir et rester en bonne santé est l'espoir de chacun, et aussi une réalité pour beaucoup de personnes âgées dans notre pays. Parmi celles-ci, nombreuses sont celles qui, tôt ou tard, sont confrontées au besoin de soins. Un large éventail de services tels que les soins à domicile, l'accueil de jour, le court séjour, etc. devraient leur donner la possibilité de vivre plus longtemps dans leur environnement familial. Pour certains, le séjour en institution est nécessaire. Dans les deux cas, prodiguer l'aide et les soins nécessaires, à un prix abordable, dans un cadre de vie où il fait bon vivre, tant pour les personnes, leur famille, et le personnel de soins, est essentiel.

La Région bruxelloise ne connaît pas les mêmes enjeux et défis que la Flandre et la Wallonie en ce qui concerne l'évolution des

besoins et de l'offre dans le domaine des soins aux personnes âgées. Les personnes âgées de plus de 65 ans sont proportionnellement moins nombreuses en Région bruxelloise qu'ailleurs. Mais, au sein de ce groupe des 65 ans et plus, la part des 80 et plus est plus importante que dans les autres Régions. Par ailleurs, une part croissante de cette population sera victime de précarité.

L'offre de soins aux personnes âgées en Région bruxelloise démarre avec un handicap notoire. Si l'offre disponible peut apparaître suffisante en nombre de lits, elle est fortement inadaptée aux besoins. Le nombre de lits de maisons de repos et de soins est largement inférieur aux autres régions :

- À Bruxelles 38,7 % des lits sont des lits MRS
- En Wallonie : 43,6 % des lits sont des lits MRS
- En Flandre : 61,8 % des lits sont des lits MRS

Et l'offre bruxelloise ne présente pas assez d'alternatives à l'hébergement, les centres de soins de jour et les lits de court séjour.

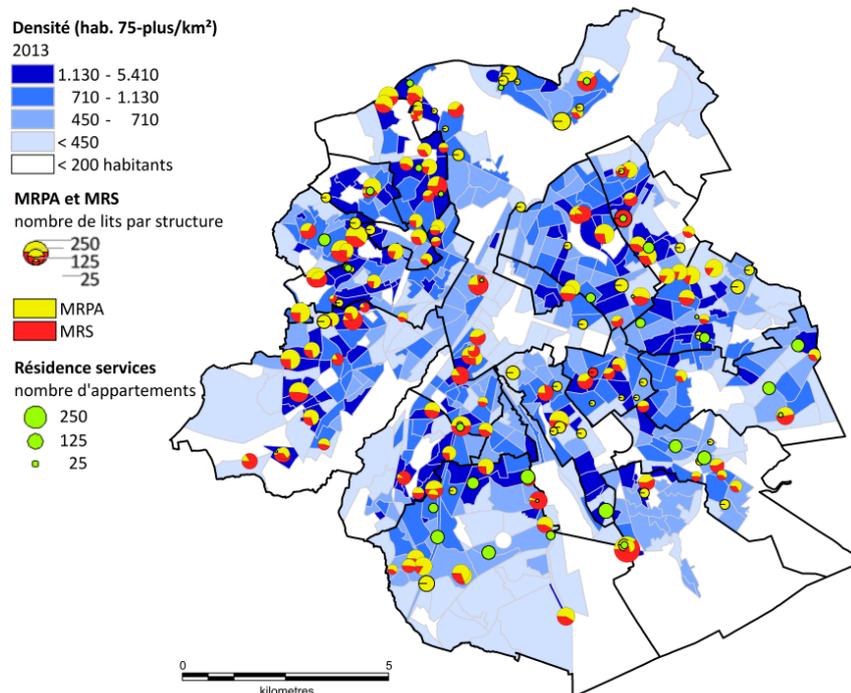
L'enjeu est également celui de la durabilité financière du système. Compte tenu de la démographie, de l'allongement de la durée de vie et de l'explosion des maladies chroniques, les budgets doivent être affectés de la manière la plus efficace possible.

MESURE 1 : ADAPTER L'OFFRE RÉSIDENTIELLE AUX BESOINS DE DEMAIN

Vision : En ce qui concerne l'offre d'hébergement et de soins, le nombre de lits actuels et à ouvrir en maison de repos sont suffisants au vu du vieillissement de la population, et ils sont relativement bien répartis sur le territoire bruxellois. Les personnes âgées institutionnalisées à Bruxelles présentent proportionnellement un profil de dépendance plus léger comparé aux autres régions. C'est notamment lié au manque de structures alternatives en accueil et hébergement, à la proportion plus importante de personnes isolées à Bruxelles, aux logements coûteux et peu adaptés, etc.

En effet, à Bruxelles, plus d'un tiers des résidents en maison de repos et de soins présente encore une relative autonomie (profils O et A sur l'échelle de Katz). Une récente étude de l'Observatoire de la Santé et du Social, réalisée en collaboration avec l'ULB, s'est penchée sur les profils et les parcours de vie de ces personnes en maisons de repos. L'objectif est de permettre de mieux comprendre ce phénomène à Bruxelles, et le cas échéant, d'adapter l'offre et l'organisation de l'aide et des soins afin de favoriser le bien-être et la santé de nos personnes âgées à Bruxelles.

Une nouvelle programmation de l'offre de soins pour personnes âgées doit être mise en place, pour permettre un double mouvement, aux deux extrémités de la prise en charge de la dépendance : assurer le maintien à domicile lorsque cela est possible pour les personnes peu dépendantes d'une part et d'autre part assurer une offre suffisante en places pour patients fortement dépendants (en ce compris la problématique de la démence).



L'objectif est de disposer d'une nouvelle programmation pour 2020 et de la réaliser d'ici 2025. La programmation recouvrira les structures classiques d'hébergement (MRPA, MRS, court séjour, ...), en ce compris les lits à profils particuliers (démence, Alzheimer, ...), mais aussi les structures alternatives qui permettent le maintien à domicile. Cette nouvelle programmation pourrait être réalisée notamment par la reconversion de lits existants ou en portefeuille. Cette opération devra se faire dans un esprit de rééquilibrage des places disponibles entre les secteurs actifs sur Bruxelles.

La qualité de la prise en charge dans les structures pour personnes âgées passe en grande partie par l'adéquation et la qualité du personnel de ces structures. Une réflexion sera menée pour adapter les normes d'encadrement de ces structures. Une approche «qualité» sera progressivement intégrée dans le contrôle de l'autorité sur les structures pour personnes âgées, avec notamment la production d'indicateurs de qualité et l'organisation d'inspections thématiques.

PLAN D'ACTION :

Adapter l'offre aux besoins en soins pour personnes âgées

Chantiers déjà réalisés : Ordonnance du 13 juillet 2017 visant à instaurer un moratoire sur le nombre de lits pour certains établissements d'accueil et d'hébergement pour personnes âgées

Objectif 2019-2020 : Arrêtés relatifs à la nouvelle programmation

Objectif 2025 : Nouvelle programmation réalisée

Porteur du projet : Iriscare

Évaluation et suivi : Indicateurs relatifs aux profils de patients

Budget : 2019-2020 : reconversion au sein d'un budget constant : 263 millions d'euros - AB 05.002.31.01.3432

MESURE 2 :

ORGANISER DES SOINS DE PROXIMITÉ EN VUE DE PRÉVENIR LA DÉPENDANCE ET DE MAINTENIR LES PERSONNES ÂGÉES DANS LEUR LIEU DE VIE

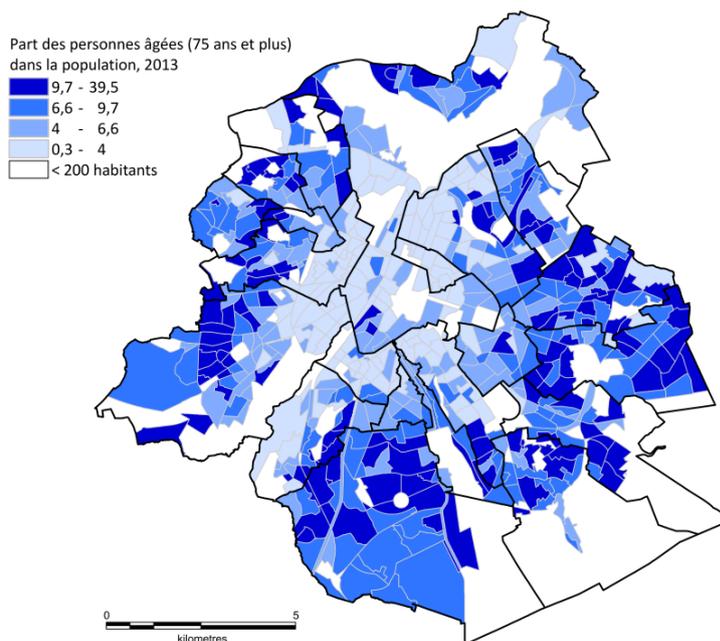
Vision : De nombreuses entrées en institution pour personnes âgées pourraient être évitées si l'on investissait davantage dans le maintien à domicile : l'adaptation du logement, le renforcement du réseau social de proximité, l'implication des personnes âgées dans les activités sociales et culturelles au sein du quartier, etc.

Dans ce cadre, une approche intégrée et de proximité sera développée. Elle consiste à recréer un maillage social et une approche sanitaire préventive, au plus près des souhaits et des besoins des personnes plus âgées, pour leur permettre de rester à domicile dans de bonnes conditions.

Trois projets-pilotes ont été sélectionnés afin de tester un modèle d'organisation intégrée de l'aide et des soins par quartier devant favoriser le maintien à domicile des personnes âgées. L'innovation sociale et technologique sera également mobilisée pour rencontrer cet enjeu. Pour aider les prestataires à organiser au mieux la prise en charge à domicile, des projets de partage de données de première ligne sont développés dans le cadre des projets e-santé.

Sur base des conclusions de ces projets-pilotes, la Commission communautaire commune devra définir sa politique de maintien à domicile, notamment par l'extension sur l'ensemble du territoire de référents-quartier.

L'approche par quartier sera menée et suivie en collaboration avec la structure d'appui à la première ligne de soins et évaluée par l'Observatoire de la Santé et du Social.



PLAN D'ACTION :

Organiser des soins de proximité en vue de prévenir la dépendance et de maintenir les personnes âgées dans leur lieu de vie

Chantiers déjà réalisés : Projets-pilotes au sein de quartiers sélectionnés

Objectif 2019-2020 : Fonctionnement des projets-pilotes et suivi des projets

Objectif 2025 : Intégration des conclusions des projets-pilotes dans la définition de la politique de maintien à domicile

Porteur du projet : SCR, structure d'appui de la première ligne, trois projets-pilotes

Évaluation et suivi : Observatoire

Budget : 300.000 euros projets-pilotes - AB 03.003.34.02.3300

OBJECTIF 6

ACCOMPAGNER LA FIN DE VIE

L'accompagnement de fin de vie est parfois négligé ou insuffisamment connu non seulement des prestataires de soins, mais aussi et surtout de la population en général. Pourtant, compte tenu des évolutions de la médecine et de la croissance démographique, de plus en plus de patients bénéficieront d'une approche en soins palliatifs ou continus. De l'avis des professionnels de la santé, entre 10.000 et 20.000 patients ont actuellement besoin de soins palliatifs en Belgique. Cette estimation met en exergue la nécessité de disposer de soins palliatifs de qualité dans tous les lieux de soins en respectant l'esprit de la loi relative aux soins palliatifs, telle que modifiée en 2016 qui élargit la définition des soins palliatifs en préconisant des soins palliatifs précoces, initiés en fonction des besoins et des souhaits des patients et qui vont de pair pendant un certain temps avec des traitements destinés à soutenir la vie. On peut regretter que l'esprit de la loi ne se soit encore que peu traduit dans la réglementation fédérale.

À Bruxelles, l'accompagnement de fin de vie, comme beaucoup d'autres matières, relève de différents niveaux de pouvoir que le tableau ci-dessous illustre. La concertation et la coordination des différents acteurs présents sur le terrain sont indispensables pour assurer au patient une prise en charge continue et cohérente.

Autorités responsables	Type de prise en charge
Fédéral	<ul style="list-style-type: none">• Soins palliatifs à domicile (Forfait soins palliatifs, Nomenclature médecine générale, soins infirmiers et kinésithérapie)• Financement des soins palliatifs à l'hôpital (Fonction palliative dans les hôpitaux, Fonction «liaison pédiatrique»)
Pour les Communautés à Bruxelles Communauté française, COCOF, COCOM, VG-VGC	<ul style="list-style-type: none">• Hébergement thérapeutique (la cité Sérine)• Services de soins palliatifs et continus : Continuing care, Fédération bruxelloise des soins palliatifs, Aremis, Centre de PsychoOncologie, Cancer et psychologie, Cité Sérine et Cefem• Équipe multidisciplinaire palliative : Interface• Équipe multidisciplinaire palliative (Sémiramis et Continuing care)• Plate-forme de soins palliatifs• Fonction palliative dans les maisons de repos• Équipe multidisciplinaire palliative Oméga qui intervient pour les patients bruxellois NL

Les services ambulatoires bruxellois disponibles ne permettent pas aujourd'hui de rencontrer la demande de soins palliatifs. L'urgence est donc au développement de l'offre.

Par ailleurs, l'importance à Bruxelles des populations en situation précaire de même que la grande multi-culturalité présente sur le territoire de la Région génèrent des besoins et une approche particulière dont il faut tenir compte.

Enfin, la mobilité des patients entre les différents lieux de prise en charge (hôpital, maison de repos, domicile) nécessite une coordination entre les acteurs afin d'éviter les ruptures dans la prise en charge. La coordination des acteurs est une mission confiée à la structure régionale d'appui à la première ligne.

MESURE 1 : DÉVELOPPER ET MIEUX ORGANISER L'OFFRE AMBULATOIRE EN SOINS CONTINUS ET SOINS PALLIATIFS

Vision : Il s'agit de développer de manière urgente l'offre des soins palliatifs à domicile qui permettra ainsi de pallier le manque de places en soins palliatifs à l'hôpital ou en institutions et répondra au souhait des Bruxellois de rester à domicile le plus longtemps possible. Ce souci s'étend particulièrement aux enfants. Un monitoring des besoins devra être mis en place. Cette tâche pourrait être confiée à la Fédération Bruxelloise Pluraliste de Soins Palliatifs et Continus.

Compte tenu de l'éclatement des compétences dans ce domaine, une concertation devra être menée avec les autres autorités compétentes sur le territoire bruxellois afin d'établir un plan «fin de vie». Avec ses leviers institutionnels et financiers, la Commission communautaire commune entend renforcer immédiatement les équipes multidisciplinaires afin d'augmenter leur capacité de prise en charge. Les budgets dégagés en 2018 permettront une augmentation de capacité de 300 patients supplémentaires.

Dans le cadre d'un plan à discuter avec l'ensemble des autres acteurs institutionnels bruxellois, la Commission communautaire commune entend défendre une vision multidisciplinaire, intégrée, de qualité et centrée sur les capacités et souhaits (en ce compris culturels) du patient. Dans cette vision, on doit pouvoir assurer la continuité des soins palliatifs de qualité entre les hôpitaux et la première ligne pour permettre aux patients de rester ou rentrer chez eux à domicile ou en structures d'hébergement pour personnes âgées, le cas échéant en définissant un trajet de soins palliatifs ou continus. Les missions des différents acteurs de soins et leur articulation devraient être mieux définies afin d'éviter les ruptures dans la prise en charge ou au contraire les doublons. Sur ce point également, la concertation entre toutes les entités politiques est indispensable.

Enfin, les campagnes de sensibilisation aux enjeux de la fin de vie et de son accompagnement sont nécessaires pour ouvrir une réflexion de la population sur cette problématique.

PLAN D'ACTION :

Développer et mieux organiser l'offre de soins palliatifs

Chantiers déjà réalisés :

- Reprise de la compétence relative à la Plateforme bruxelloise «Palliabru» (association pluraliste de soins palliatifs de la Région de Bruxelles-Capitale)
- Financement de l'extension de capacité des équipes multidisciplinaires

Objectif 2019-2020 : constitution de la structure d'appui à la 1^{ère} ligne qui reprend les missions de Palliabru

Objectif 2025 :

- Plan bruxellois interinstitutionnel d'accompagnement de la fin de vie
- Redéfinition de normes et de critères d'agrément pour les services actifs dans les soins palliatifs, notamment les équipes multidisciplinaires palliatives et les maisons de repos et de soins

Porteur du projet : SCR, cabinets santé et structure régionale d'appui à la première ligne

Évaluation et suivi : Nombre de patients pris en charge

Budget : 2018

- Plateforme 500.000 euros - AB 05.002.34.02.3300 et 03.001.34.02.3300
- Équipes multidisciplinaires : 660 000 euros - AB 05.002.31.10.3432

OBJECTIF 7

RENFORCER LA SÉCURITÉ SANITAIRE

La maîtrise des risques sanitaires, en particulier les épidémies, la résurgence et l'apparition de certaines maladies, fait fondamentalement partie des missions de santé publique de la COCOM. Cette tâche s'inscrit en collaboration avec les institutions et experts compétents. L'émergence de nouveaux risques, qu'ils soient infectieux, environnementaux ou liés au terrorisme biologique, et la prise de conscience de ceux-ci ont largement fait évoluer les attentes sociétales en la matière. Cette exigence doit pousser à renforcer et professionnaliser la protection des citoyens et rendre plus lisibles les actions en matière de surveillance et de sécurité sanitaire. À ce sujet, la COCOM souhaite jouer un rôle de coordination entre les différents acteurs institutionnels fédéraux et bruxellois, notamment en continuant à s'impliquer dans l'élaboration et la mise à jour de procédures ainsi que dans le contrôle de leur mise en place au sein des institutions de soins.



Les politiques liées à la sécurité sanitaire seront élaborées et menées en cohérence avec le Plan Global prévention et sécurité de la Région Bruxelloise.

MESURE 1 : **DÉVELOPPER LA CONNAISSANCE DU POINT DE SIGNALLEMENT** **UNIQUE EN TANT QU'AUTORITÉ SANITAIRE BRUXELLOISE**

Vision : La COCOM dispose, au sein de ses services, d'un point de signalement sanitaire pour Bruxelles. Tout risque pour la santé publique, principalement d'origine infectieuse, est communiqué à un service composé de plusieurs médecins et infirmiers. Autour de ce point de signalement, la Commission communautaire commune a développé un site internet accessible à tous et un numéro de garde joignable 24h/24 - 7j/7. Le service en charge de la sécurité sanitaire au sein des Services du Collège réuni organise un retour d'informations continu entre le service et les professionnels de la santé pour la gestion de crise sanitaire ou de danger pour la santé publique.

Ce point de contact est soutenu par des obligations de signalement de certaines maladies infectieuses pour lesquelles des mesures de santé publique peuvent être appliquées. La connaissance de ce service doit être améliorée au sein du public des professionnels de santé, le but étant de promouvoir ce point de signalement unique pour renforcer la surveillance et la gestion des alertes.

PLAN D'ACTION :

Améliorer la coordination avec les autres institutions compétentes en matière de prévention et les acteurs de terrain

Chantiers déjà réalisés : Point de signalement en place

Objectif 2019-2020 : Organiser une campagne de sensibilisation auprès des professionnels de santé

Porteur du projet : SCR - Service hygiène

Évaluation et suivi : Enquête de notoriété du service à réaliser 6 mois après la campagne

Budget : À déterminer pour 2019

MESURE 2 :

PROMOUVOIR LA SURVEILLANCE DES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE

Vision : Le dispositif de déclaration obligatoire des maladies infectieuses existe déjà en COCOM. Il s'agit de l'ordonnance du 19 juillet 2007 relative à la politique de prévention en santé et de l'arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune du 23 avril 2009 relatif à la prophylaxie des maladies transmissibles. L'objectif est de monitorer la prévalence des maladies infectieuses sur le territoire, mais également de pouvoir prendre dans les meilleurs délais les mesures de sécurité sanitaires nécessaires pouvant aller jusqu'au déclenchement de plans de crise.

Les recommandations de l'OMS à l'égard de la liste des maladies à déclaration obligatoire ont évolué. Celles-ci seront intégrées dans le dispositif bruxellois.

Par ailleurs, malgré une première campagne de communication auprès des professionnels de santé entre 2014 et 2018, la connaissance des obligations réglementaires est largement perfectible.

Des efforts doivent être menés pour parfaire la vigilance sanitaire en mobilisant les acteurs institutionnels et individuels, notamment par le biais des réseaux de laboratoires et médecins vigies. L'appropriation des mécanismes de veille sanitaire par les professionnels de la santé, mais aussi par les patients est nécessaire pour le renforcement de la sécurité sanitaire.

Cette matière fait l'objet de concertation entre entités fédérées et état fédéral en vue d'une amélioration continue des flux d'information et des bonnes pratiques.

PLAN D'ACTION :

Promouvoir la déclaration des maladies infectieuses

Chantiers déjà réalisés :

- Dispositif juridique et opérationnel de déclaration
- Plan de communication réalisé auprès des acteurs entre 2014 et 2018

Objectif 2019-2020 :

- Révision de la liste des maladies à déclaration obligatoire
- Lancement d'une nouvelle campagne d'information en collaboration avec les acteurs de la première ligne de soins

Porteur du projet : SCR - Service d'inspection d'hygiène

Évaluation et suivi : Prorata de déclaration par rapport au nombre réel de cas

Budget : À déterminer pour 2019 en ce qui concerne la campagne de sensibilisation

MESURE 3 :

AMÉLIORER L'ÉLABORATION ET L'IMPLÉMENTATION DES PROCÉDURES DE GESTION DE CRISES SANITAIRES

Vision : La recrudescence de menaces sanitaires, d'origine naturelle, environnementale, terroriste ou technologique implique le développement de procédures standardisées applicables en cas d'alerte. Il s'agit d'un processus dynamique auquel chaque institution compétente doit contribuer. La Commission communautaire commune souhaite prendre l'initiative d'élaborer ou de compléter les procédures de gestion de crise sanitaire.

PLAN D'ACTION :

Améliorer l'élaboration et l'implémentation des procédures de gestion de crises sanitaires

Chantiers déjà réalisés : Participation aux instances fédérales sur le risque sanitaire et révision des procédures existantes

Objectif 2019-2020 : Réaliser une analyse de risques et de besoins

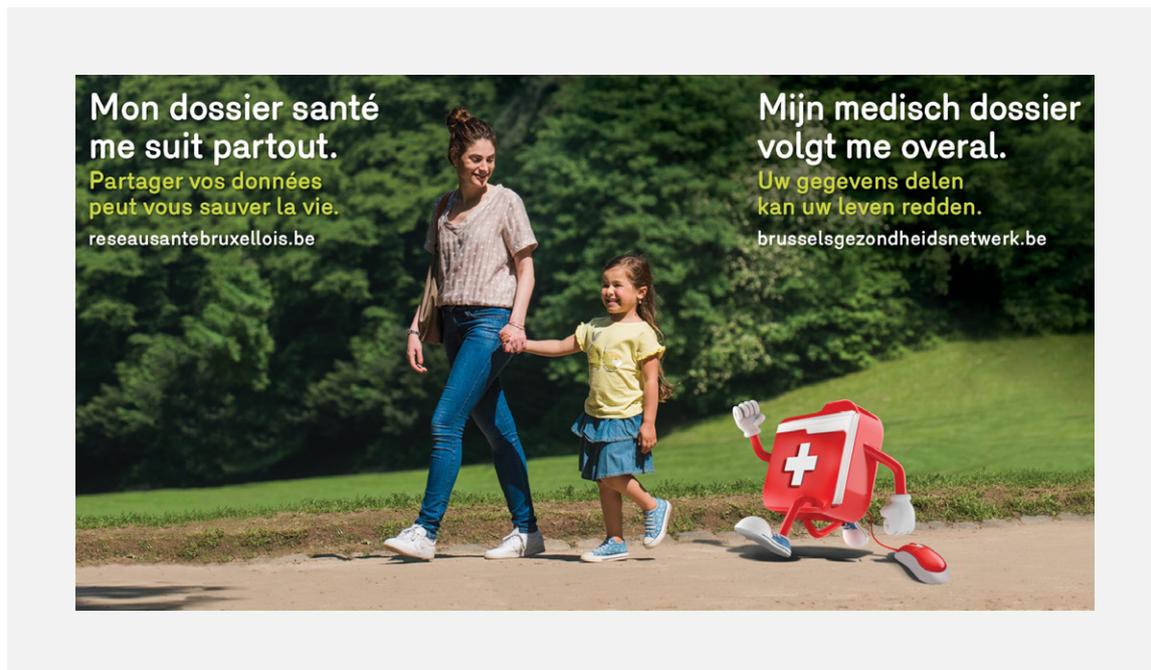
Porteur du projet : SCR - service d'hygiène

Évaluation et suivi : Mise à disposition des procédures ainsi que le contrôle de leur mise en place au sein des institutions de soins ou auprès des acteurs concernés

Budget : /

OBJECTIF 8

AMÉLIORER LA COMMUNICATION ENTRE LES ACTEURS DE SOINS ET ENTRE LES ACTEURS ET LES PATIENTS



La nécessité d'améliorer les parcours de soins décrits transversalement dans cet axe du Plan Santé Bruxellois implique une meilleure communication entre les acteurs de soins et entre les acteurs et leurs patients. L'échange électronique de données médicales peut jouer un rôle déterminant dans l'amélioration de la communication. Un plan stratégique «e-santé» bruxellois a été pris en 2017. La stratégie de l'e-santé en Région bruxelloise vise prioritairement le déploiement des outils de partage d'information entre prestataires et à destination du patient. Les objectifs généraux poursuivis sont triples :

- soutenir la qualité et la sécurité des soins : l'e-santé offre aux professionnels de santé une disponibilité plus forte de données médicales et socio-sanitaires. Ces données sont disponibles en plus grande quantité, plus rapidement, et dans un contexte qualitatif accru,

puisque toutes les données sont validées par d'autres professionnels. Ce faisant, le partage de données bien utilisé améliore la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients.

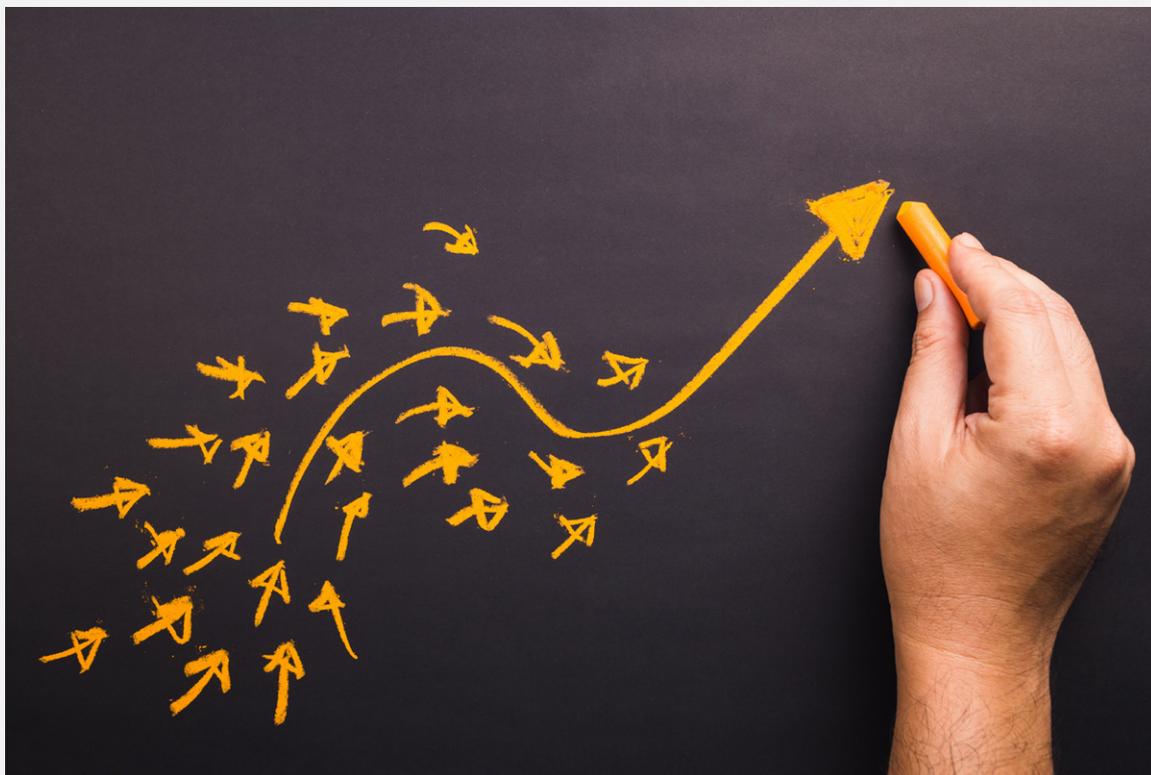
- renforcer la coordination des professionnels de soins et la multidisciplinarité de la prise en charge : l'e-santé, par la disponibilité des données permet aux professionnels de santé d'accroître et d'améliorer la coordination de leurs actions. Elle facilite le décloisonnement entre les hôpitaux et la première ligne de soins, par exemple au travers des expériences de prises en charge ambulatoires et d'alternatives à l'hospitalisation. Elle soutient les politiques de maintien à domicile des personnes fragiles et dépendantes et le suivi des malades chroniques.
- aider le patient à devenir un partenaire actif de sa santé : les développements en cours en e-santé ont également pour but d'impliquer plus fortement le patient dans son parcours de santé. L'implication du patient au travers de l'e-santé va donc au-delà de son droit à l'information. Par les applications e-santé, il s'agit de mettre à la disposition du patient les informations qui le concernent, mais aussi de lui permettre de dialoguer avec les professionnels qui le prennent en charge.

La Commission communautaire commune n'est certes pas la seule autorité compétente en matière de santé de manière générale ni en matière d'e-santé de manière plus précise. Mais l'autorité bicommunautaire bruxelloise dispose néanmoins de leviers juridiques et financiers qui doivent soutenir le développement de l'e-santé. La Commission communautaire commune a notamment accompagné les prestataires de la première ligne de soins dans leur connaissance et leur utilisation du partage de données. La Commission communautaire commune a également permis la création des outils nécessaires au partage électronique de données. Les outils de partage de données doivent être construits à une dimension régionale afin de rendre cohérents les systèmes et de susciter des économies d'échelle. À cet égard, la Commission communautaire commune reconnaît l'ASBL Abrumet comme l'acteur-clef pour le développement de l'e-santé et la charge de mettre en œuvre et de gérer le Réseau de Santé Bruxellois ainsi que le coffre-fort multidisciplinaire (Brusafe).

AXE 3

AMÉLIORER LA CONDUITE DE LA POLITIQUE DE SANTÉ

Le Plan Santé est une première tentative à Bruxelles, voire en Belgique, de construire une vision globale d'une politique complexe et en pleine mutation. Pour réussir les différentes mesures et atteindre les différents objectifs de ce plan, la politique de santé bruxelloise doit mobiliser l'ensemble des acteurs au service de la santé de la population. Ce dernier axe définit les outils et les leviers nécessaires pour conduire efficacement la politique de santé.



OBJECTIF 1

DÉVELOPPER LA PARTICIPATION DES PATIENTS ET SOUTENIR LES DROITS DU PATIENT

En Belgique, tant au niveau de l'État fédéral qu'au niveau des Communautés et Régions, quelques initiatives ont été prises ces 15 dernières années pour faire participer les patients aux décisions relatives aux soins de santé : de la loi sur les droits du patient en 2002, aux différents subsides octroyés aux associations de patients. Les expériences relatives à la participation des patients sont toutefois beaucoup plus poussées dans les pays voisins de la Belgique.

La participation accrue des patients au système de santé bruxellois vise à rencontrer deux types d'objectifs. Le premier est un objectif de démocratie sanitaire. Le patient n'est pas seulement un malade qui reçoit un service c'est aussi un citoyen actif qui peut donner son avis sur l'organisation des politiques de santé. Le deuxième objectif vise l'efficacité des politiques et l'amélioration de la qualité des soins. La participation des patients améliore les soins de santé, tant sur le plan individuel que collectif. C'est ce que tendent à démontrer les instances internationales comme l'OMS et l'Union européenne.

La Commission communautaire commune entend développer la participation des patients par leur intégration dans les structures d'avis et de décision et dans les établissements de soins. Cette intégration fait encore l'objet de nombreux préjugés et de nombreuses craintes et devra donc être préparée par des mesures d'information, de sensibilisation et de concertation.

Au-delà de la représentation formelle et structurée des patients dans les organes d'avis et les établissements, il peut être envisagé d'instaurer une concertation permanente avec les plateformes d'associations de patients. Cette possibilité et ses modalités de faisabilité seront discutées avec les plateformes de patients déjà structurées : la LUSS et la VPP.

L'expérience du vécu doit pouvoir être valorisée et servir l'amélioration des parcours des patients. Des projets-pilotes seront lancés en ce sens.

MESURE 1 : **ORGANISER LA PARTICIPATION DES PATIENTS ET DES USAGERS DANS LES INSTITUTIONS ET DES ORGANES D'AVIS**

Vision : La participation des patients et des usagers au sein des établissements et leur participation à la définition des politiques de santé poursuit à la fois un objectif démocratique et un objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Certaines initiatives existent déjà, soit imposées par la réglementation, comme dans les structures pour personnes âgées, soit menées de

manière volontaire comme les comités d'usager en santé mentale. L'objectif à terme est d'intégrer ou de mieux intégrer les patients aux organes d'avis bruxellois et de les intégrer au sein des institutions de soins.

Pour être effectives, les mesures de participation des patients et des usagers doivent s'inscrire dans un climat de confiance et d'acceptation mutuelle. Il s'agit donc, avant tout, de développer une véritable culture de la participation. Plusieurs mesures seront prises en concertation avec les plateformes d'associations de patients et les professionnels de santé pour faire émerger cette culture de la participation. Parmi ces mesures, il peut s'agir de programmes de formation aux représentants des patients et aux patients experts du vécu afin de leur donner les outils nécessaires au débat sur les politiques de santé ; et inversement des formations pour les acteurs à écouter les patients et leurs représentants en évitant de tomber dans un discours technique.

En vue de sensibiliser le public à la démocratie sanitaire, une journée spécifique pourrait être organisée chaque année par la Commission communautaire commune. Dans cet esprit, l'organisation d'une journée sur la fracture numérique a déjà été confiée à la LUSS et la VPP au sein de la semaine bruxelloise de l'e-santé. Cette collaboration peut servir de pilote à une collaboration plus structurée.

L'opportunité et la faisabilité de ces propositions n'étant pas encore abouties, il sera proposé aux plateformes de patients d'établir un plan d'action plus précis.

La réflexion de la participation des patients au système de santé s'étend aux usagers des services d'aide à la personne et en particulier aux personnes avec un handicap.

PLAN D'ACTION :

Organiser la participation des patients au sein des institutions de santé et des organes d'avis

Chantiers déjà réalisés : Conférence sur la fracture numérique pendant la semaine e-santé

Objectif 2019-2020 : Définition d'un plan d'action pour les mesures de sensibilisation à la participation des patients

Objectif 2025 : Intégration des plateformes d'associations de patients aux organes d'avis et création de comités intégrant les patients au sein des institutions de soins

Porteur du projet : SCR, Iriscare et plateformes d'associations de patients

Évaluation et suivi : Participation effective des plateformes d'associations de patients

Budget : /

MESURE 2 : DÉVELOPPER DES PROJETS-PILOTES «PATIENTS-PARTENAIRES»

Vision : Personne d'autre que le patient et son entourage ne savent mieux ce que c'est de vivre avec une maladie ou un handicap et d'appréhender la prise en charge au quotidien. Pourtant ce savoir est peu valorisé. Recueillir et utiliser leur expérience du vécu sont des facteurs d'amélioration du parcours du patient. La Commission communautaire commune souhaite proposer aux acteurs de soins de mener des expériences-pilotes du type «patients-partenaires». Ces projets-pilotes expriment la volonté de transformer la relation soigné-soignant pour l'orienter vers plus de collaboration et de co-construction. Dans les projets existants dans d'autres pays, comme le Canada, les projets ont mené à une plus grande satisfaction mutuelle des patients et des professionnels de santé, une amélioration de l'observance des traitements, une diminution des plaintes et de la survenance d'événements indésirables, voire une réduction des coûts par exemple par la réduction de la durée des traitements ou des hospitalisations.

PLAN D'ACTION : Développer des projets patients-partenaires

Chantiers déjà réalisés : /

Objectif 2019-2020 : Projets lancés en 2018-2019

Porteur du projet : Cabinets santé et SCR - PAQS et plateformes d'associations de patients pour le suivi

Évaluation et suivi : Conclusions des projets-pilotes

Budget : 50.000 euros - AB 03.001.34.01.3300

MESURE 3 : REVOIR L'ORGANISATION DE LA MÉDIATION RELATIVE AUX DROITS DU PATIENT



Vision : La Loi relative aux droits du patient instaure un droit de plainte auprès d'un service de médiation. Une fonction de médiation a été créée au niveau fédéral. Par ailleurs, une série de réglementations ont imposé à certaines institutions de soins de mettre un service de médiation à la disposition des patients au sein de leur institution. Pour les institutions qui ne sont pas soumises à ce type de réglementation, les patients peuvent s'adresser au service fédéral de médiation. Cette possibilité et cette fonction de médiation sont encore mal connues du public et son organisation n'empêche pas encore la satisfaction des usagers.

La Commission communautaire commune dispose de compétences pour définir la manière dont la fonction de médiation peut s'organiser sur le terrain. Un groupe de travail composé de membre du Conseil consultatif, du Conseil de gestion santé et aides aux personnes d'Iriscare et des plateformes d'associations de patient sera organisé par les SCR et les cabinets en charge de la santé afin de proposer des pistes d'amélioration de l'organisation de la fonction de médiation à Bruxelles.

PLAN D'ACTION :

Améliorer l'organisation de la médiation autour des droits du patient

Chantiers déjà réalisés : Reprise de la compétence relative aux rapports des fonctions de médiation hospitalières

Objectif 2019-2020 : Conclusions du groupe de travail chargé de proposer des pistes d'amélioration de l'organisation de la fonction de médiation

Objectif 2025 : Intégration des recommandations dans la réglementation et mise en place de la médiation renouvelée

Porteur du projet : SCR assure le secrétariat du groupe de travail

Évaluation et suivi : Intégration des recommandations dans la réglementation

Budget : /

OBJECTIF 2

SOUTENIR LA QUALITÉ ET ASSURER LA SÉCURITÉ

L'amélioration de l'efficience de notre système de santé va de pair avec l'amélioration de la qualité du service rendu. S'il est difficile de chiffrer le retour sur investissement des politiques de qualité, tout le monde s'accorde pour reconnaître que le coût de la non-qualité est préjudiciable tant à l'usager et au professionnel de santé qu'au système lui-même. Sur ce constat, des politiques d'amélioration continue des processus de soins se mettent progressivement en place.

La culture du management de la qualité tend à s'installer au sein de nos institutions de santé depuis une dizaine d'années. Une impulsion avait été donnée en 2007 par le SPF Santé Publique qui avait adopté son premier programme pluriannuel «coordination qualité et sécurité des patients» dans les établissements de soins. Les secteurs eux-mêmes ont pris conscience de la nécessité d'agir et ont pris une série d'initiative, telle que la création de l'ASBL PAQS, Plateforme pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, créée à l'initiative des hôpitaux bruxellois et wallons, des mutuelles, et des départements universitaires en santé publique.

Certains pays, notamment les voisins directs et culturellement proches de la Belgique, la France et les Pays-Bas, ont choisi de travailler sur l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité par le biais des systèmes d'accréditation. Ce choix n'a pas été fait en Belgique, même si de nombreux hôpitaux se sont inscrits dans une démarche d'accréditation, dont la quasi-totalité des hôpitaux relevant de la Vlaamse Gemeenschap. Ces hôpitaux recourent aux systèmes d'accréditation canadien ou américain. La Commission communautaire commune n'entend pas, à ce stade, imposer aux institutions de soins une obligation d'accréditation. Car l'accréditation, pour être réellement profitable, doit découler d'une démarche volontariste dans le chef des institutions. La majorité des états ayant imposé l'accréditation sont d'abord passés par une phase d'accréditation volontaire.

La Commission communautaire commune a la responsabilité de s'assurer que les services de soins proposés aux patients répondent aux exigences de qualité et de sécurité. Elle s'attachera à promouvoir l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité. Plusieurs chantiers sont à mener prioritairement dans les années à venir : l'adaptation des systèmes normatifs, l'instauration de politiques d'évaluation, notamment par la création d'indicateurs qui permettent de mesurer les situations à évaluer, l'implication du patient dans l'amélioration de la sécurité et de la qualité et des politiques de transparence et de communication aux usagers.

Ces chantiers devront se décliner progressivement dans l'ensemble des secteurs et institutions de soins par des plans «qualité et sécurité».

L'implémentation de ces plans sera soutenue par les structures qui possèdent une expertise en la matière : la PAQS, comme structure d'appui en qualité et sécurité et les structures sectorielles (plateforme santé mentale, structure d'appui à la première ligne de soins, coupoles hospitalières).

MESURE 1 : **DÉVELOPPER UN NOUVEAU CONCEPT D'AGRÉMENT QUI FAVORISE** **L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ ET L'IMPLICATION DU PATIENT**

Vision : Un changement culturel tourné vers la sécurité et la qualité s'opère depuis une dizaine d'années. Ce changement s'est notamment transcrit, bien qu'encore timidement, dans les dernières normes d'agrément hospitalières (par exemple : les programmes de soins pour enfants) ou dans les normes relatives aux maisons de repos et de soins. Pendant longtemps, il était admis que le respect des normes menait nécessairement à la vérification de la qualité d'une institution et de ses pratiques. Ce présupposé n'est plus accepté ni acceptable aujourd'hui, compte tenu de l'obsolescence souvent observée des normes d'agrément, de leur caractère presque exclusivement quantitatif et de l'absence d'adaptabilité aux activités réelles de l'institution. Les concepts d'amélioration continue et d'évaluation entrent progressivement dans les mœurs managériales, notamment, avec l'application dans l'hôpital, des théories de sécurité et de qualité, développées depuis les années 1960, et appliquées dans de nombreux secteurs industriels et commerciaux, telles que l'accréditation, la labellisation ISO, les certifications, le «lean management», etc. Une étude a été menée en 2014-2015 par les départements de santé publique des universités présentes sur le territoire bruxellois sur le concept d'agrément des hôpitaux. Cette étude, ainsi que l'avis rendu par le Conseil consultatif, ont mené aux orientations qui suivent. L'accréditation ne sera pas imposée aux institutions à ce stade, même si elle sera recommandée, voire stimulée lorsque cela sera possible et pertinent. Les normes d'agrément et leur contrôle gardent leur pertinence pour assurer la régulation des secteurs. Toutefois, elles peuvent être adaptées afin d'en faire également un outil d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité. Un travail sera mené afin d'intégrer dans les normes des différents secteurs les éléments suivants :

- l'obligation de mettre au point un plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité ;
- la participation des patients à l'établissement et à la révision des plans de qualité et de sécurité ;
- le cas échéant l'obligation de disposer ou de recourir à un coordinateur qualité ;
- l'inclusion dans les obligations d'agrément de référentiels liés aux points jugés essentiels par les directives de l'OMS, de l'Union Européenne et repris comme points prioritaires minimaux dans les systèmes d'accréditation, à savoir, au minimum et selon le type d'institution : l'identito-vigilance, le «safe surgery», l'hygiène et les maladies nosocomiales, la communication, les procédures de sortie du patient et de liaison aux prestataires de suite, la déclaration relative aux événements indésirables dans le parcours patient ;
- l'inclusion éventuelle de référentiels thématiques propres aux institutions (par exemple : un référentiel sur les urgences pédiatriques).

Les secteurs évolueront progressivement vers un nouveau modèle qui sera un modèle d'agrément et d'évaluation de la qualité des institutions de soins. En conséquence, la procédure d'agrément et le contrôle régulier se scinderont en deux parties :

- une partie administrative/quantitative (le corps normatif actuel comme par exemple : nombre d'infirmières par unité, exigences architecturales, etc.) qui doit être maintenue, mais qui pourra être simplifiée et adaptée aux nouvelles exigences ;
- et une partie dite de «compliance», c'est-à-dire une partie enrichie d'éléments visant l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité. Lors des contrôles de compliance, l'institution doit répondre à un niveau d'exigence minimale et s'améliorer par rapport à son niveau antérieur. L'inspection de compliance n'est plus seulement une inspection de contrôle de respect de normes, mais s'accompagne d'un feed-back individualisé et de recommandations pour progresser.

L'institution pourra s'appuyer sur les structures expertes notamment celles qui seront reconnues par la Commission communautaire commune, pour acquérir des outils d'amélioration continue.

L'institution sera dispensée de cette partie «compliance» de l'agrément s'il s'inscrit dans un processus d'accréditation (accrédité par l'Isqua).

Ces différents éléments constituent un changement dans l'approche classique de l'agrément, puisqu'une partie des normes contrôlées devront faire l'objet d'un audit sur les processus plutôt que d'une vérification administrative d'éléments quantitatifs ou purement standardisés. Ce changement quasi-culturel doit être préparé au sein des services d'inspection.

Ces orientations seront imprimées dans les normes d'agrément de l'ensemble des secteurs de soins, mais feront prioritairement l'objet de mise en chantier dans le secteur hospitalier et dans les normes relatives au parcours des patients entre l'hôpital et la première ligne de soins.

Enfin, l'amélioration continue sera également soutenue par la création d'indicateurs qualité appropriés aux différentes activités.

PLAN D'ACTION :

Développer un nouveau concept d'agrément qui favorise l'amélioration continue de la qualité et l'implication du patient

Chantiers déjà réalisés :

- Étude «Vers un nouveau modèle d'agrément pour les hôpitaux bicommunautaires bruxellois ? Étude exploratoire et pistes de scénario», UCL, ULB, VUB 2014-2015
- Avis du Conseil consultatif du 20 mai 2015 sur l'étude précitée

Objectif 2019-2020 :

- Formation des services d’inspection aux notions d’amélioration continue de la qualité et de la sécurité
- Groupe de travail avec le Conseil consultatif pour la modification des normes d’agrément des hôpitaux en vue d’intégrer l’amélioration continue de la qualité et de la sécurité et l’implication des patients, en ce compris les normes relatives au parcours du patient entre l’hôpital et la première ligne de soins

Objectif 2025 :

- Modification des normes d’agrément en vue d’intégrer l’amélioration continue de la qualité et de la sécurité et l’implication des patients dans les secteurs suivants : IHP, MSP, MR-MRS, conventions de revalidation
- Premières inspections menées sur les normes adaptées

Porteur du projet : SCR, Iriscare, Conseil consultatif

Évaluation et suivi : Normes modifiées

Budget : 2019-2020 : budget à déterminer pour les formations des services d’inspection

MESURE 2 : DÉVELOPPER DES PLANS QUALITÉ ET SÉCURITÉ SECTORIELS

Vision : Afin de susciter l’amélioration continue de la qualité et de la sécurité au sein des institutions de soins, la Commission communautaire commune entend établir pour les secteurs de la santé des plans sectoriels pluriannuels.

Ces plans devront reprendre les éléments suivants :

- des normes d’agrément intégrant des référentiels liés à l’amélioration continue de la qualité et de la sécurité. Ce point ainsi que l’inspection desdites normes ont été détaillés dans la mesure précédente ;
- un soutien méthodologique et organisationnel qui pourra être apporté par des structures expertes, notamment la PAQS qui est déjà un partenaire de la politique bruxelloise ;
- les outils nécessaires aux politiques d’évaluation et d’amélioration continue de la qualité, notamment les systèmes d’information ;
- la définition d’indicateurs permettant de mesurer les situations à évaluer, et de donner un feedback des mesurages aux institutions ;
- les mesures relatives à la transparence des politiques de qualité et de sécurité et la communication avec le public ;
- la participation des patients à la définition des politiques de qualité et de sécurité et à leur évaluation par le développement de comité de patients et d’expériences «patients-partenaires».

PLAN D'ACTION :

Développer des plans pluriannuels sectoriels relatifs à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients

Chantiers déjà réalisés : Rapport de la PAQS : «Définition d'un set d'indicateurs de qualité commun aux hôpitaux bruxellois et wallons», février 2018, réalisé pour la Commission communautaire commune et la Région wallonne

Objectif 2019-2020 : Établissement d'un premier plan pluriannuel pour le secteur hospitalier

Objectif 2025 : Établissement des plans sectoriels pour le secteur des personnes âgées et de la santé mentale

Porteur du projet : SCR, Iriscare, Conseil consultatif, cabinets santé

Évaluation et suivi : Mesures d'évaluation prévues par les plans sectoriels - comité(s) d'évaluation à créer

Budget : 2019-2020 : budget à déterminer pour l'assistance des groupes de travail par une structure experte

Si la mission est confiée à la PAQS, cela fera partie de son budget mission - AB 03.001.34.01.3300

OBJECTIF 3

METTRE L'INNOVATION AU SERVICE DE LA SANTÉ

La Région bruxelloise dispose de nombreux atouts scientifiques, médicaux et industriels pour constituer un pôle d'excellence en matière de santé. Trois universités sont présentes sur son territoire. Elle peut également compter sur plusieurs hôpitaux universitaires et non-universitaires développant des centres d'expertise dans de nombreux domaines (pédiatrie, oncologie, etc.) et une offre de première ligne de soins diversifiée. En outre, la région bruxelloise connaît un dynamisme industriel remarquable autour des technologies de la santé. 582 entreprises «healthtech» emploient 15.149 personnes à Bruxelles et la création de start-up belges en technologies de la santé se fait à plus de 50 % à Bruxelles, plutôt que dans d'autres régions.

Cette conjonction d'atouts doit être mise au profit de la santé de la population bruxelloise et de la patientèle non-bruxelloise qui recourent au service des institutions de soins à Bruxelles.

MESURE 1 :

CRÉER LES PONTS ENTRE L'INDUSTRIE INNOVANTE EN SANTÉ ET LES INSTITUTIONS DE SOINS ET LEURS PATIENTS

Vision : Afin de mettre le plus rapidement possible l'innovation dans les technologies de santé au service des professionnels de santé et de leur patient, la Commission communautaire commune a entamé une démarche de mise en commun des différents acteurs. Cette dynamique a été mise en place en 2016 avec la création de la plateforme e-santé.brussels qui réunit les Ministres de la santé bicommunautaires, le cluster LifeTech, la Fédération patronale Agoria, l'asbl Abrumet et Innoviris. Tous ensemble, ces acteurs ambitionnent d'accélérer la mise au point de solutions innovantes en santé et de les faire connaître aux secteurs et aux professionnels de santé. La plateforme donne une vision globale et cohérente de l'approche innovante en santé et soutient le développement d'un écosystème propice au développement de l'industrie en santé. La plateforme a été créée autour des technologies de l'e-santé. Mais sa dynamique s'étend aux autres technologies. Récemment, le cluster Lifetech a développé un Réseau d'hôpitaux innovants qui sont mis en contact direct avec les start-up bruxelloises afin qu'ils collaborent à la création de solutions utiles à l'amélioration du fonctionnement des institutions de soins.

PLAN D'ACTION :

Créer les ponts entre l'industrie innovante en santé et les institutions de soins et leurs patients

Chantiers déjà réalisés : Création de la plateforme

Objectif 2019-2020 : Poursuite des actions de la plateforme e-santé.brussels

Porteur du projet : Cabinets santé, plateforme e-santé.brussels

Évaluation et suivi : Nombre de start-up créées, nombre d'application e-santé ou de solutions innovantes intégrées dans le fonctionnement des institutions de soins

Budget : /

OBJECTIF 4

PROMOUVOIR UNE APPROCHE DE CONTRACTUALISATION AVEC LES STRUCTURES SUBSIDIÉES

Afin d'associer plus fortement les différents acteurs de la santé aux objectifs du Plan Santé Bruxellois, une démarche de contractualisation accrue est proposée. Cette démarche entend valoriser les partenariats entre les autorités et les acteurs de la santé subsidiés par la Commission communautaire commune. La contractualisation privilégie la réalisation d'objectifs déterminés et le rapportage de ceux-ci et le cas échéant la définition de contrat de gestion pluriannuel. Cette approche accroît la responsabilité des acteurs. Mais la tâche de justification et de contrôle des subsides octroyés sera simplifiée.

Les Services du Collège réuni sont chargés d'établir un plan visant à réviser les réglementations de subvention afin d'introduire plus fortement une logique de contractualisation entre l'autorité et les acteurs subsidiés.

OBJECTIF 5

CONCERTER ET ÉVALUER LE PLAN SANTÉ BRUXELLOIS

L'évaluation de la réussite de ce Plan Santé, la pertinence de ces propositions et sa mise à jour nécessite un travail important de suivi. Sa mise en exécution et sa mise à jour feront l'objet d'une concertation.

MESURE 1 :

ASSURER LE SUIVI ET D'ÉVALUATION DU PLAN ET DÉVELOPPER UNE MÉTHODOLOGIE DE CONCERTATION PERMANENTE

Vision : Le Plan Santé Bruxellois, présenté pour la première fois en 2018, a pour vocation d'être régulièrement évalué et mis à jour, idéalement tous les 5 ans. Une première mesure d'évaluation et de mise à jour pourrait avoir lieu en 2020. Afin de soutenir cette évaluation, il y a lieu de construire un outil de suivi de la réalisation des différents objectifs, et de l'intégration des recommandations qui découlent des différentes études et projets-pilotes soutenus par le Plan Santé bruxellois. Cette mission est confiée à l'Observatoire de la Santé et du Social.

L'implication et la mobilisation de tous les acteurs de la santé autour des objectifs du Plan Santé Bruxellois est nécessaire pour sa mise en œuvre effective sur tout le territoire bruxellois. La Commission communautaire commune s'engage donc à mettre au point une méthodologie de concertation visant à impliquer le plus en amont possible les acteurs bruxellois de la santé. Cette méthodologie de concertation ne remplace pas les procédures d'avis imposées par les différentes ordonnances et arrêtés du Collège. Elle visera à recueillir les avis et expertises du terrain et à établir un consensus le plus large possible autour des politiques et des projets à mener. La formule retenue est la création d'une plateforme de concertation permanente, qui pourra organiser des groupes de travail ad hoc. La plateforme sera composée :

- des Membres du Collège compétents pour la politique de santé ;
- des différents acteurs sectoriels , à savoir une représentation des Conseils consultatifs et du Conseil de gestion d'IRISCARE, le cas échéant, complétée par certaines organisations non-représentées dans ces organes et en garantissant une représentation des associations de patients ;
- d'une représentation du Conseil économique et social
- et de l'Observatoire de la Santé et du Social, qui assurera le secrétariat de la plateforme, avec le soutien technique des Services du Collège réuni et des services d'Iriscare

L'objectif de cette concertation sera d'assurer la participation permanente des parties prenantes au suivi et à l'évaluation, et en particulier :

- dans le développement d'une méthodologie de planification et de chiffrage des besoins ;
- dans la fixation de priorités communes ;
- dans la mise à jour du plan.

Les propositions formulées par la plateforme seront le cas échéant soumises au Conseil consultatif et au Comité de gestion santé et aide aux personnes d'IRISCARE.

PLAN D'ACTION :

Développer la concertation autour du Plan Santé Bruxellois et de sa mise en œuvre

Chantiers déjà réalisés : /

Objectif 2019-2020 : Mise en place de la plateforme de concertation

Porteur du projet : Observatoire de la Santé et du Social, services du Collège réuni et service d'Iriscare

Évaluation et suivi : Objet de la mesure

Budget : Évaluation des besoins de l'Observatoire lors de l'établissement du budget 2020 - *sous réserve de l'approbation des budgets annuels concernés*

OBJECTIF 6

ORGANISER LA COORDINATION DES DIFFÉRENTES ENTITÉS POLITIQUES

Sur le territoire bruxellois, huit ministres sont appelés à exercer une compétence en matière de santé :

- la compétence fédérale;
- les compétences de la Communauté française en matière de petite enfance, d'agrément et de contingentement des professions de santé et hôpitaux universitaires ;
- les compétences de la Communauté flamande;
- les compétences de la Commission communautaire française;
- les compétences de la Commission communautaire flamande;
- et enfin les compétences de la Commission communautaire commune.

La politique de santé nécessite à de nombreux égards un travail cohérent et donc une concertation poussée entre ces différentes autorités en santé. Un espace de concertation existe déjà. Il s'agit de la Conférence interministérielle Santé Publique qui produit de nombreux résultats, mais qui n'est pas spécifique aux politiques bruxelloises. De nombreuses concertations informelles et souvent bi- ou trilatérales ont lieu entre ces différentes entités avec succès. La Commission communautaire commune souhaite encore mieux structurer la concertation et la coopération entre les entités, afin d'aboutir à des programmes de santé cohérents au bénéfice de la population bruxelloise.

Par ailleurs, la conduite de politique de santé implique souvent d'associer les compétences relatives à l'aide aux personnes. Les Ministres en charge de ces matières à Bruxelles devraient donc pouvoir être associés à tout ou partie de cette concertation.

MESURE 1 : **ORGANISER UNE PLATEFORME DE CONCERTATION PERMANENTE ENTRE LES AUTORITÉS EN MATIÈRE DE SANTÉ COMPÉTENTES SUR LE TERRITOIRE BRUXELLOIS**

Vision : L'efficacité et la cohérence de la prise de décision dans les politiques de santé bruxelloises restent une réelle gageure dans notre système institutionnel bruxellois.

La Commission communautaire commune souhaite mieux structurer la concertation et la coopération entre les entités, afin d'aboutir à des programmes de santé cohérents et de développer des projets en commun, au bénéfice de la population bruxelloise. Il est rappelé que l'article 136 de la Constitution donne à la Commission communautaire commune un rôle d'organe de concertation entre les Communautés.

Il est donc proposé d'organiser une plateforme de concertation permanente entre les autorités en santé compétentes sur le territoire en santé et d'étendre cette concertation, lorsque cela est nécessaire aux Ministres en charge de l'aide aux personnes.

La concertation doit s'organiser au niveau politique, mais aussi au niveau des administrations. Une réflexion peut être menée sur la pertinence et la faisabilité d'organiser une concertation entre les secteurs relevant d'autorités institutionnelles différentes.

En raison de son caractère bicommunautaire et de l'extension récente de ses compétences, il est proposé que la Présidence et le secrétariat de cette plateforme de concertation soient assurés par les Membres du Collège réuni en charge de la santé.

La nécessité d'une formalisation de cette concertation par le biais d'un Accord de Coopération sera examinée par les autorités qui auront accepté de participer à la plateforme de concertation telle que proposée.

PLAN D'ACTION :

Développer la concertation et la coopération entre les autorités compétentes en santé et le cas échéant en aide aux personnes à Bruxelles

Chantiers déjà réalisés : Concertations informelles

Objectif 2019-2020 : Lancement de la plateforme de concertation permanente

Porteur du projet : Cabinets santé et SCR

Évaluation et suivi : /

Budget : Si nécessaire pour le secrétariat au sein des budgets de fonctionnement des SCR

BIBLIOGRAPHIE

- ABRUMET. 2016. Rapport annuel 2017. Bruxelles.
- Agence Régionale de Santé Ile-de-France (ARS). 2013. Le Projet Régional de Santé 2013 - 2017. Améliorer la santé des Franciliens et combattre les inégalités de santé. Paris.
- AGNES, Accompagnement dans la grossesse, la naissance et le Postnatal : quelles exigences et quelles solutions ? «Étude sur le profil des mères nouvellement accouchées». Rapport final. 2008. http://www.one.be/fileadmin/user_upload/one_des/rech2008n_2_AGNES_-_Profil_des_meres_accouchees.pdf
- Aissou M., Danos J.-P., Jolivet A. 2014. Décideur Santé. *Structurer les parcours de soins et de santé. Politiques, méthodes et outils pour la mise en œuvre de la loi Santé*. Bordeaux.
- Belgian paediatric short stay study (BePASSTA Study Group). 2011. Organisation et financement des activités pédiatriques des courts séjours. Rapport final. Bruxelles.
- Bielen F., Janssens S., Ronsmans M., Le trajet de soins diabète type 2 : Evaluation de la satisfaction du patient et perception de l'expérience vécue. Rapport destiné à la Fondation Roi Baudouin, à l'Association du Diabète et à la Vlaamse Diabetes Vereniging. 2013. <http://www.trajetdesoins.be/fr/Bibliotheque/pdf/rapport-annexe2b.pdf>
- Blanchet C., Hamel D., Lamontagne P., Lasnier B., Nolin B., Tessier S. (2015). Facteurs favorables à la santé et problèmes de santé chroniques chez les aînés québécois. Collection Vieillesse et santé. Institut national de santé publique du Québec.
- Bremond M., Fieschi M., Le partage d'informations dans le système de santé. Presses de sciences Po (P.F.N.S.P.). Les Tribunes de la Santé 2008/4 (n°21). CAIRN. 2008. DOI 10.3917/seve.021.0079. <http://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2008-4.htm>
- Commission Communautaire française de la région de Bruxelles-Capitale (COCOF). 2014. Outil de programmation des services ambulatoires en Région bruxelloise - Arrêté 2013/1326. Bruxelles.
- Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique. 2015. Avis n°64 du 14 décembre 2015 relatif aux aspects éthiques de l'obligation de vacciner. Bruxelles. <https://www.wiv-isp.be/matra/PDFs/Avis%20bioethique%20Obligation%20vaccinale%20mai%202016.pdf>
- Cremers A., Labat A., Sow M., Accompagnement autour de la naissance pour les familles précarisées : offre et besoins. Fondation Roi Baudouin. 2013. Bruxelles.
- Culture et santé asbl. 2016. La littéraire en santé. D'un concept à la pratique. Guide d'animation. Bruxelles.

- Denis A., Teller M., Leviers pour une meilleure participation des patients. Nouvelles pratiques et possibilités de reconnaissance et de financement. Fondation Roi Baudouin. Série : Participation des patients dans les soins de santé et la politique de santé. 2011. Bruxelles.
- Deschodt M., Claes V, Van Grootven S., Milisen K., Boland B., Flamaing J., Denis A., Daue F., Mergaert L., Devos C., Mistiaen P., Van den Heede K., Approche gériatrique globale : rôle des équipes de liaison interne gériatrique - Synthèse. Health Services research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de santé (KCE). 2015. Reports 245Bs.
- Eikemo T. A., Huijts T., Bambra C., McNamara C., Stornes P., Balaj M. Les inégalités sociales de la santé et leurs déterminants : Principaux résultats de l'édition 7 de l'Enquête Sociale Européenne. Principaux résultats de l'ESS. European Social Survey. 2016. London.
- Farfan-Portet M.-I., Denis A., Mergaert L., Daue F., Mistiaen P, Gerkens S. L'hospitalisation à domicile : orientations pour un modèle belge - Synthèse. Health Services research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de santé (KCE). 2014. KCE Reports 250Bs. 2014. D/2014/10.273/66
- Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles (FAMGB). 2015. Le droit aux soins de santé pour tout individu vivant dans la Région de Bruxelles-Capitale. Accessibilité aux soins pour tout individu vivant dans la Région de Bruxelles-Capitale, une utopie ? 2015. Bruxelles.
- Fédération des associations de Médecins Généralistes de Bruxelles (FAMGB). 2013. Le Livre Blanc de la Médecine Générale à Bruxelles. Bruxelles.
- Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles (FAMGB). 2015. Soins de santé primaires à Bruxelles. Manifeste de la Première Ligne de Soins à Bruxelles. 5 octobre 2013. Bruxelles.
- Fonds des affections respiratoires asbl. 2017. *Registre belge de la tuberculose 2015*. Bruxelles.
- Forum Bruxelles de lutte contre les inégalités. 2017. Hors Circuit. Laboratoire de l'intervention sociale. Accessibilité / Non-recours / Innovation. 20 propositions de chantiers. Saint-Gilles.
- Guio A.-C., Fusco A., Marlier E. Pauvreté et inégalités en Belgique. Quelques éléments de comparaison internationale. CAIRN Info.
https://www.cairn.info/article_p.php?ID_ARTICLE=RPVE_504_0013
- Health Behaviour in school-aged children (HBSC). 2014. L'enquête HBSC EN Belgique francophone. Premiers résultats 2014. <http://sipes.ulb.ac.be>
- Hoyez A.-C., Territoires, mobilités et santé : comment composer et penser une offre de soins pour les populations migrantes en situation précaire ? Revue francophone sur la santé et les territoires. 2015. Rennes.
- Huis voor Gezondheid. 2016. Jaarverslag 2015. Zorg dragen in Brussel. Brussel.
- Humblet P., Amerijckx G., Aujean S., Deguerry M., Vandenbroeck M., Wayens B., Note de synthèse BSI. Les jeunes enfants à Bruxelles : d'une logique institutionnelle à une vision systémique. 2015. Brussels Studies n°91. Bruxelles. www.brussels-studies.be
- Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). 2013. Trajets de soins : Rapport global d'évaluation. <http://www.trajetsdesoins.be/FR/Bibliotheque/pdf/rapport.pdf>
- Institut national d'assurance maladie invalidité (INAMI), Médecins du monde. 2014. Livre Blanc sur l'accès aux soins en Belgique. Bruxelles.

- Institut national d’assurance maladie invalidité (INAMI). 2017. Tables ronde des femmes enceintes vulnérables. Femmes enceintes vulnérables à Bruxelles. Comment pouvons-nous améliorer l’accompagnement des femmes enceintes qui vivent dans la pauvreté afin de répondre à leurs questions et leurs besoins en matière de soins ? Bruxelles.
- Institut scientifique de la Santé Publique. 2008. Enquête de la santé par interview, Belgique 2008. Contacts avec le service des urgences. Bruxelles.
- Lafortune G., Couffinhal A., Berchet C., Socha-Dietrich K., Auru A., Interim Report. Cooperation with OECD in promoting efficiency in health care – Scoping paper on health system efficiency measurement, OECD. 2016.
- Lambert L., Macq J., Coordination méso des soins de santé à Bruxelles : diagnostic de la situation et scénarios de futur. Étude réalisée pour l’Observatoire de la Santé et du Social et la Cocom de Bruxelles-Capitale. Institut de recherche santé et société (IRSS). Université Catholique de Louvain. 2015.
- Mantoura P., Morrison V., (2016). Note documentaire. Pour des connaissances en matière de politiques publiques favorables à la santé. Les approches politiques de réduction des inégalités de santé. Montréal, Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. 2016.
- McDaid D., Park A-L. Evidence on financing and budgeting mechanisms to support intersectoral actions between health, education, social welfare and labour sectors. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2016 (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 48).
- Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. 2014. Bruxelles, Ville-Région en Santé de l’OMS («BVS»). Étude de faisabilité septembre 2013 – août 2014. Bruxelles.
- Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. 2015. Naître Bruxellois(e)-Indicateurs de santé périnatale des Bruxellois(es) 2000-2012. Bruxelles.
- Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. 2015. Quatrième rapport d’évaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein en Région bruxelloise (2009-2013). Bruxelles.
- Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise. Commission communautaire commune. Bruxelles 2016 Dépôt légal D/2017/9334/35.
- Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. 2017. Les personnes âgées et les maisons de repos et de soins en région bruxelloise. État des lieux en 2016 avec un focus sur les résidents des maisons de repos présentant un profil O ou A. Bruxelles : Commission Communautaire Commune.
- Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. 2017. Aperçu du non-recours aux droits sociaux et de la sous-protection sociale en Région bruxelloise. Cahier thématique du Rapport bruxellois sur l’état de la pauvreté 2016. Commission Communautaire Commune. Bruxelles.
- Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. 2018. Les profils des résidents O et A en maison de repos pour personnes âgées en région de Bruxelles-Capitale : Parcours, logiques d’orientation, d’accueil et alternatives. Bruxelles : Commission Communautaire Commune.

- Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. 2018. Les médecins généralistes en région bruxelloise : qui sont-ils, où pratiquent-ils et où se situent les potentielles pénuries ? Observatoire de la Santé et du Social, Bruxelles, Commission communautaire commune.
- Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. 2018. Baromètre social 2018. Bruxelles : Commission Communautaire Commune.
- Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. 2019. Parcours.Bruxelles : Évaluation qualitative du système de la santé mentale et des parcours des usagers dans le cadre de la réforme Psy 107 en Région de Bruxelles-Capitale. Bruxelles : Commission Communautaire Commune.
- OECD. 2016. Health at a glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing. Doi : 10.1787/9789264265592-en
- Ontario. Agency for Health Protection and Promotion. 2013. Plan stratégique 2014 - 2019. Actions, connaissances et données probantes pour une population ontarienne en santé. Toronto.
- Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe. 2014. *The case for investing in public health*. Denmark.
- Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe. 2015. Santé 2020 : les transports et la santé. Copenhague.
- Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe. 2015. Santé 2020 : la protection sociale et la santé. Copenhague.
- Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe. 2015. *Santé 2020 : l'éducation et la santé par le développement de la petite enfance*. Copenhague.
- Organisation mondiale de la Santé. 2015. Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030. Projet de consultation.
http://www.who.int/hrh/documents/synthesis_paper_them2015/en/
- Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe. 2016. *Santé 2020 : Action multisectorielle pour la santé des migrants*. Copenhague.
- Osté J., Acda A., Verhoeff A., Preventief Verbinden. Kadernota Volksgezondheid Amsterdam 2012 - 2015. Gemeente AMSTERDAM. 2011. Amsterdam.
- Plate-forme de concertation pour la santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale. 2017. Rapport d'activités 2017. Coordination Assuétudes.
http://www.brudoc.be/opac_css/doc_num.php?explnum_id=1919
- Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients (PAQS). 2016. Définition d'un set d'indicateurs de qualité commun aux hôpitaux bruxellois et wallons. Bruxelles. (Version provisoire).
- Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients (PAQS). 2017. Impliquer le patient pour améliorer la sécurité ? Bruxelles.
- Remacle A., Boutsen M., Fabri V., Caractérisation des femmes non dépistées pour le cancer du sein. Rapport méthodologie. Rapport de l'Agence Intermutualiste. 2011. Bruxelles.
- Réseau français des Villes-Santé de l'Organisation mondiale de la santé. 2015. Agir sur les déterminants de la santé. Les actions des Villes-Santé. Rennes.

- SMITH P., 2014. Evaluation de l'efficacité des systèmes de santé. Examen par les pairs en matière de protection sociale et d'inclusion sociale. Rapport de synthèse. Commission européenne. Direction générale de l'emploi, des affaires sociales et de l'inclusion. Luxembourg.
- Stévenot C., Hogge M., Observatoire Socio-Epidémiologique Alcool-Drogues (EUROTOX). 2017. L'usage de drogues en Wallonie et à Bruxelles. Rapport 2017. Bruxelles.
- Teller M., Soins de santé et politique de santé : avec la participation du patient, c'est mieux. Fondation Roi Baudouin. 2008. Bruxelles.
- Van Leeuw V., Leroy Ch., Englert Y., Zhang WH. Santé périnatale en Région bruxelloise - Année 2015. Centre d'Epidémiologie Périnatale (CEPIP), 2017.
- Van Leeuw V., Debauche Ch., Daelemans C., Debiève Fr., Leroy Ch. Santé périnatale en en Région bruxelloise - Année 2016. Centre d'Epidémiologie Périnatale (CEPIP), 2018.
- Vrijens F, Renard F, Camberlin C, Desomer A, Dubois C, Jonckheer P, Van den Heede K, Van de Voorde C, Walckiers D, Léonard C, Meeus P. La performance du système de santé Belge - Rapport 2015. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2015. KCE Reports 259B. D/2015/10.273/02.
- Williams A. P., Lum J., Morton-Chang F., Kuluski K., Pecham A., Warrick N., Ying A., Integrating Long-Term Care into a Community-Based Continuum. Shifting from "Beds" to "Places". IRPP Study. 2016. Quebec.

