



PROVINCE
de **NAMUR**

Service de l'Observation, de la Programmation et du Développement territorial



ETUDE DES BESOINS EN MATIERE D'OFFRE DE SOINS DE PREMIERE LIGNE SUR LA COMMUNE DE HASTIERE

QUESTIONS DE SANTE ET DE SOCIETE

PUBLICATION OCTOBRE 2020

Rédaction :

- ◆ Jonathan Sanglier - Service de l'Observation, de la Programmation et du Développement Territorial de la Province de Namur

En collaboration avec :

- ◆ La Commune de Hastière – le Collège et l'Administration communale
- ◆ Le BEP, Bureau économique de la Province de Namur
- ◆ La Direction de la Santé Publique de la Province de Namur
- ◆ La Cellule Cartographie de la Province de Namur

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	1
2. CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE ET MEDICO-SOCIAL DE LA COMMUNE DE HASTIERE....	3
2.1 Situation géographique	3
2.2 Aspects démographiques.....	4
2.3 Déterminants socio-économiques	9
2.4 État de santé de la population	11
2.5 Offre de soins et de services	14
2.6 Mobilité	20
2.7 Conclusions	24
3. LA MEDECINE GENERALE EN BELGIQUE	25
3.1 Evolution de la pratique.....	25
3.2 La problématique de la pénurie d'offre de soins en zone rurale.....	26
3.3 Quelques pistes pour attirer des médecins généralistes.....	28
3.4 Inégalités socio-économiques en matière de recours aux services de santé.....	29
3.5 Conclusions	30
4. LA PRATIQUE MEDICALE GROUPEE	31
4.1 Les différentes pratiques de soins de première ligne.....	31
4.2 La pratique en Maison médicale.....	32
4.3 Les caractéristiques des maisons médicales.....	35
4.4 Carte des Maisons médicales en province de Namur.....	36
4.5 Les premières étapes quand on souhaite s'associer	37
5. LES SOUTIENS FINANCIERS POSSIBLES	39
5.1 Impulséo	39
5.2 Subvention des « Association de Santé Intégrée » (ASI)	41
5.3 Financement FEADER.....	45
5.4 Financement Interreg - FEDER	47
6. CONCLUSIONS ET PROPOSITIONS	49
Annexes	53
Bibliographie :	64

1. INTRODUCTION

En 2019, le Collège communal de Hastière a sollicité l'Administration de la Santé Publique, de l'Action Social et Culturelle (ASPASC) de la Province de Namur pour mener une réflexion conjointe sur l'offre de soins de première ligne sur la commune. Derrière cette demande apparaît la préoccupation du Collège de pallier à la pénurie de médecins généralistes qui se fait peu à peu ressentir sur l'entité et garantir une offre de soins accessibles à l'ensemble de la population dans les années à venir.

Plusieurs questions ont émané lors d'une première rencontre entre les services de l'ASPASC et les autorités communales de Hastière :

- 1) A partir des indicateurs existants, quel est l'état de la situation de la commune (et de ses communes avoisinantes) en matière de démographie, d'état de santé et d'offre de soins et de services ;
- 2) Comment travailler à l'attrait des métiers de soins de première ligne à Hastière ?
- 3) Quel dispositif faut-il soutenir dans les années à venir ?
- 4) Encourager la mise en place d'une maison médicale ou une pratique médicale pluridisciplinaire est-elle une solution ?
- 5) Existe-t-il d'autres pistes pour développer une offre de proximité en soins de première ligne qui permette de répondre aux besoins de la population ?

Les soins de première ligne se caractérisent par une accessibilité universelle, une approche globale, axée sur les objectifs de la personne. Ils sont dispensés par des équipes de professionnels aux compétences généralistes, capables d'assurer la prise en charge de la grande majorité (90%) des problèmes de santé. Leur travail doit s'accomplir dans un partenariat durable avec les personnes (usagers des services de santé) et leurs aidants, dans le contexte de la famille et de la communauté locale, et joué un rôle central dans la coordination générale et la continuité des soins dispensés à la population. Si 90% des interactions en santé peuvent être assurées par la première ligne, la qualité d'un système de santé est donc fortement dépendante de la qualité de sa première ligne de soins¹.

Le présent rapport se veut un outil d'aide à la réflexion qui permette d'alimenter les échanges à venir entre la Commune, la Province et les acteurs locaux de la première ligne de soins.

La récolte des données dans le chapitre 2 a été effectuée à partir d'un zoom territorial sur la commune de Hastière mais également sur les communes limitrophes, la Province de Namur dans son ensemble et la Wallonie afin de relativiser les interprétations et conclusions en tenant compte du contexte global dans son ensemble. Il représente une photographie statistique du territoire à un moment donné en prenant en compte des informations relatives à la situation démographique, la situation socio-économique, l'état de santé de la population, les offres de soins de santé, de services et de transports disponibles.

¹ Alvarez Irusta, Lucia ; Belche, Jean-Luc ; Biston, Christine ; Buret, Laetitia ; D'Ans, Pierre ; et. al.
Un livre blanc de la première ligne en Belgique francophone. (2020)

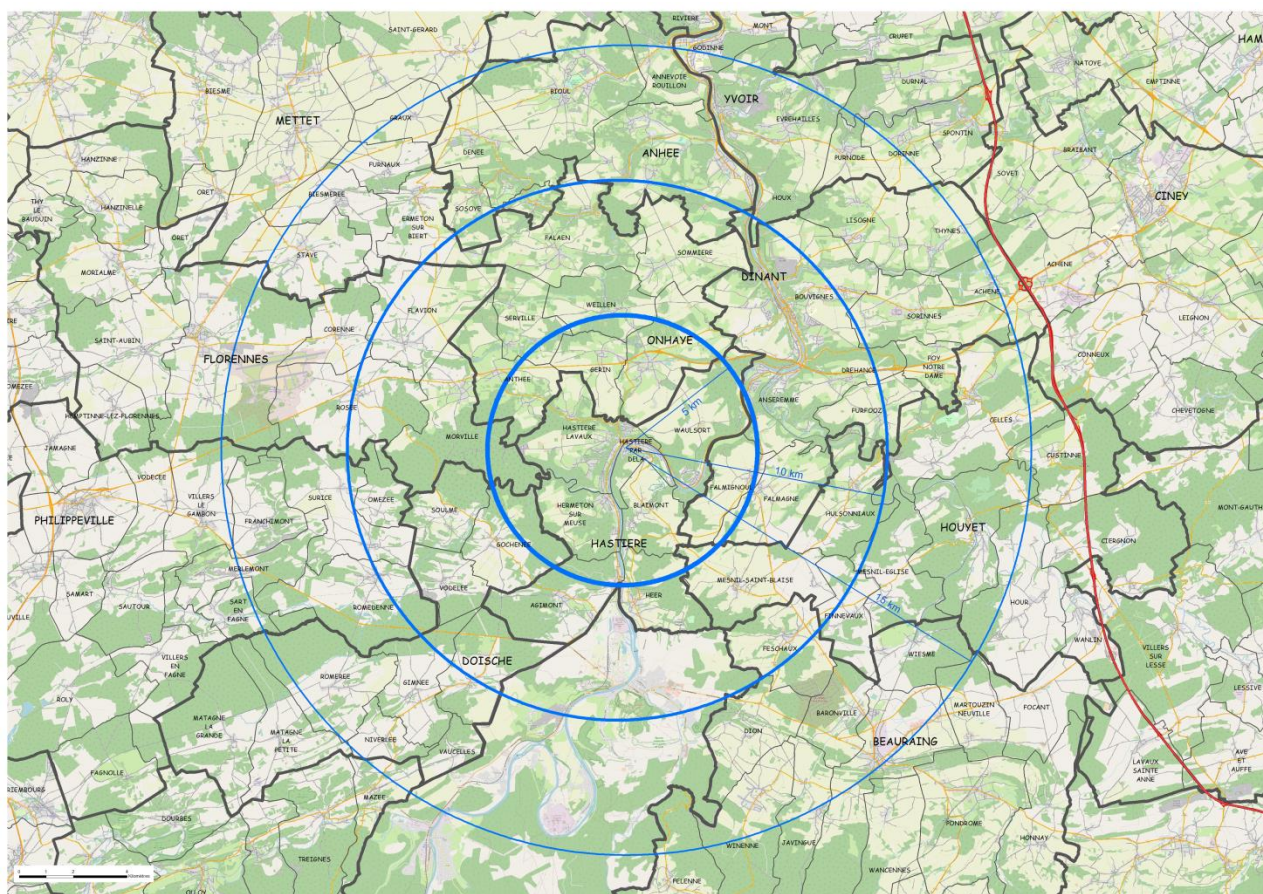
Les chapitres suivants sont quant à eux plus généraux et sont applicables aux communes wallonnes. Ils traitent de :

- L'évolution de la médecine générale en Belgique (l'évolution de la pratique sur le terrain et du profil des jeunes diplômés, la problématique de la pénurie des offres de soins en milieu rural, les pistes pour attirer les jeunes générations de praticiens et l'inégalité dans le recours aux soins de santé entre les catégories socio-économiques) ;
- La pratique médicale groupée (les différentes manières d'envisager la pratique médicale en groupe, la conception des soins en Maison médicale, un exemple de typologie pour montrer la diversité des formes possibles de maisons médicales, ce qui influence le choix d'un type de pratique plutôt qu'un autre et les premières étapes quand on souhaite se regrouper) ;
- Les soutiens financiers possibles pour les médecins généralistes : prime Impulséo (I, II, III), subventions dans le cadre des associations de santé intégrée agréées, financement FEADER et FEDER (au niveau européen).

2. CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE ET MEDICO-SOCIAL DE LA COMMUNE DE HASTIERE

2.1 Situation géographique

Située en province de Namur, Hastière est l'une des 15 communes de l'arrondissement de Dinant. Elle est délimitée au nord par les communes de Dinant, Onhaye et Florennes, à l'ouest par la commune de Doische, à l'est par la commune de Houvet et au sud par la commune française de Givet faisant partie du département des Ardennes.



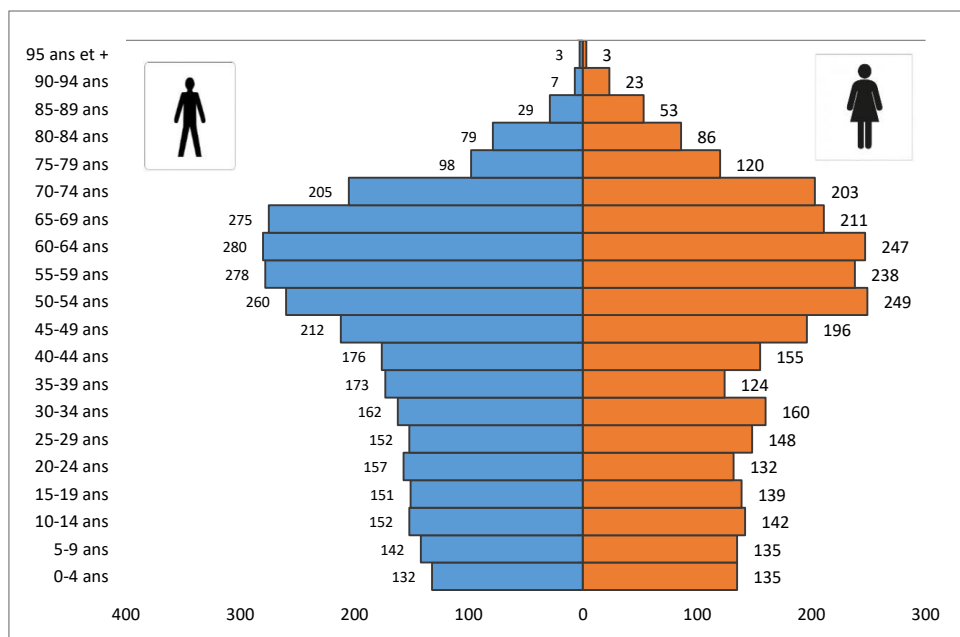
Hastière est une commune se déployant sur les deux rives de Meuse. Par ailleurs, c'est au sein de la commune que la Meuse entre sur le territoire belge. Surnommée la « Perle de la Haute-Meuse », Hastière est composée également de nombreuses zones boisées, de roches et de grottes. Sa superficie est de **56,46 Km²** et son centre administratif se trouve à Hastière-Lavaux.

2.2 Aspects démographiques

2.2.1 Structure de la population

Au 1er janvier 2019, Hastière compte un peu plus de 6.000 habitants dont **2 899 femmes (48,14 %)** et **3123 hommes (51,86 %)**.

Pyramide des âges de la Commune au 01/01/2019



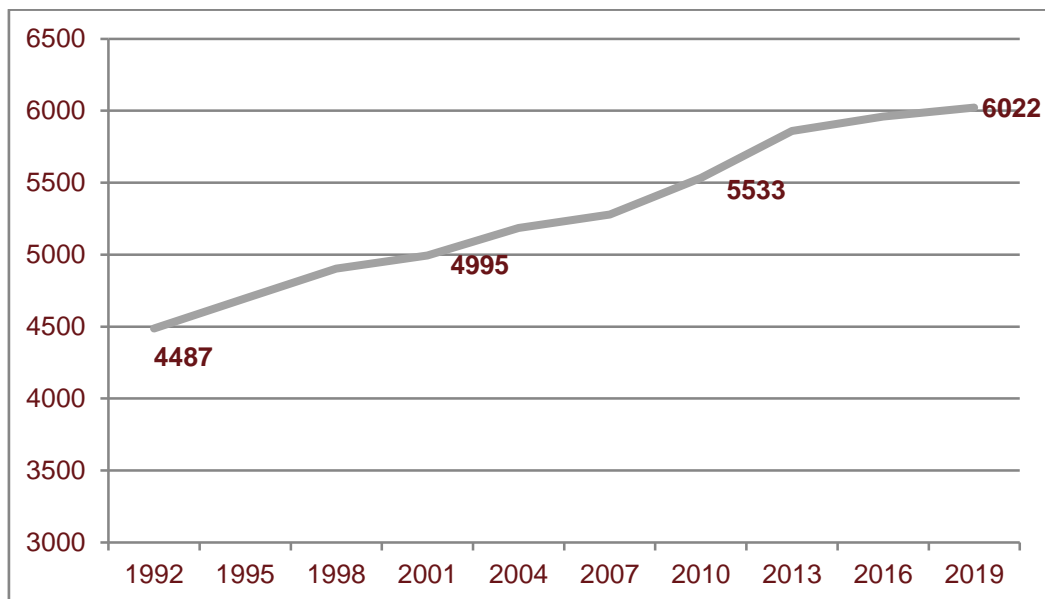
(Source : SPF Economie – DGS, calculs SOPDT Province de Namur)

La structure par âge et par sexe de la population présente une forme de champignon, avec une base étroite, signe d'une faible natalité, et un sommet plus large, témoin d'une proportion élevée de personnes âgées.

Comme en témoigne la pyramide des âges, les personnes âgées entre **50 et 74 ans** sont la frange de population la plus représentée, puisqu'elles comptent pour **40,6%** de l'ensemble de la population.

2.2.2 Evolution de la population

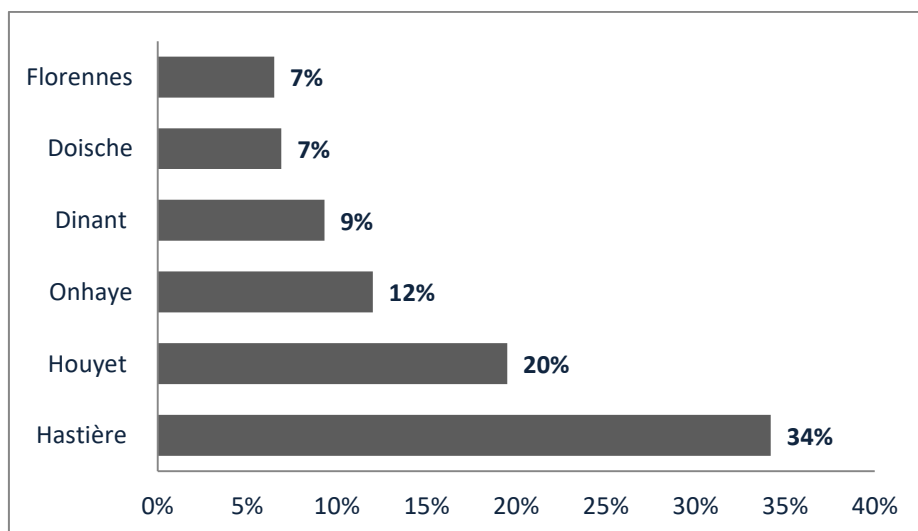
Graphique : évolution de la population d'Hastière entre 1992 et 2019



(Source : SPF économie – DGS, calculs SOPDT Province de Namur)

A cours de ces trente dernières années, la commune a connu une croissance importante de sa population. En 1992, le nombre d'habitants à Hastière était de 4487, contre 6022 en 2019, ce qui représente un **accroissement de 34,2 %** sur cette période. Les projections de population prévoient que d'ici à 2035, on y recensera 1.000 habitants supplémentaires (soit + 17 %).

Graphique : croissance de la population à Hastière et communes limitrophes entre 1992 et 2019



Parmi ces communes limitrophes, **Hastière est la commune qui a connu la croissance la plus importante de sa population au cours des trente dernières années**. L'une des explications à ce phénomène est sans doute liée à l'augmentation des résidents dans les zones « d'habitats permanents ».

2.2.3 Type de ménage

Tableau : répartition des différents types de ménages² au 01/01/2019

Type de ménages	Hastière	Province de Namur
Couples mariés sans enfant(s)	18,3 %	16,7 %
Couples mariés avec enfant(s)	10,7 %	18,1 %
Couples non mariés sans enfant(s)	7,2 %	6,8 %
Couples non mariés avec enfants	7,1 %	9,9 %
Femmes isolés	18,2 %	18,4 %
Hommes isolés	27,4 %	17 %
Familles monoparentales (mère)	7,8 %	9,1 %
Famille monoparentales (Père)	2,1 %	2,4 %
Autres types	1,2 %	1,6 %

(Source : SPF économie – DGS. Calculs IWEPS)

La Commune de Hastière est caractérisée par **une part importante de ménage constitué d'hommes isolés (27,4 %)** et une part plus faible de ménage de type « couple marié avec enfant(s) ».

Concernant la proportion de ménages monoparentaux, parmi l'ensemble des ménages à Hastière, elle représente 9,9 % (parmi lesquels une grosse majorité a une femme comme chef de ménage). C'est une proportion un peu plus faible que la proportion de la province de Namur (11,5 %) et de la Wallonie (12,2 %).

² Un ménage se compose soit d'une seule personne vivant habituellement seule, soit de deux personnes ou plus, unies ou non par des liens familiaux, occupant habituellement un même logement et y vivant ensemble (Deboosere et al. 2009).

2.2.4 Indicateurs socio-démographiques

Indicateurs socio-démographiques	Hastière	Province de Namur	Wallonie	Années
Age moyen	45,0	41,3	41,3	2019
Indice de vieillissement (nbre d'habitants ≥ 65 ans/ < 20 ans)	1,24	0,81	0,80	
Indice de l'intensité du vieillissement (nbre d'habitants ≥ 80 ans/ ≥ 65 ans)	0,20	0,28	0,28	
Taux de natalité (nbre de naissances / 1000 habitants)	9,1	10,4	10,6	2013-2017
Espérance de vie à la naissance des hommes	71,7	76,2	76,5	2012-2016
Espérances de vie à la naissance des femmes	80,0	82,0	82,1	

(Source : SPF économie – DGS, calculs SOPDT Province de Namur)

L'âge moyen de la population à Hastière s'élève à 45 ans. Parmi l'ensemble des communes de la province, il s'agit de **la commune présentant l'âge moyen le plus élevé, après la commune de Vresse-sur-Semois** (46,8 ans).

L'indice de vieillissement qui s'élève à 1,24 complète cette observation, puisqu'il s'agit également de la valeur la plus élevée parmi l'ensemble des communes, à nouveau après Vresse-sur-Semois (1,39). A Hastière, on comptabilise 124 personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans.

Parallèlement, **l'indice d'intensité du vieillissement est lui le plus faible parmi les 38 communes** (on comptabilise 20 personnes âgées de 80 ans et plus pour 100 personnes âgées de 65 ans et plus). Il y a donc **une proportion de personnes âgées de plus de 65 ans plus élevée mais ce ne sont pas forcément des personnes très âgées.**

Le taux de natalité est quant à lui plus faible qu'en province de Namur et en Wallonie, puisqu'on recense 9,1 naissances pour 1.000 habitants à Hastière, contre 10,4 en province de Namur, et 10,6 en Wallonie.

Au niveau des **espérances de vie** à la naissance des hommes et des femmes à Hastière, celles-ci sont **plus faibles** qu'en province de Namur et qu'en Wallonie.

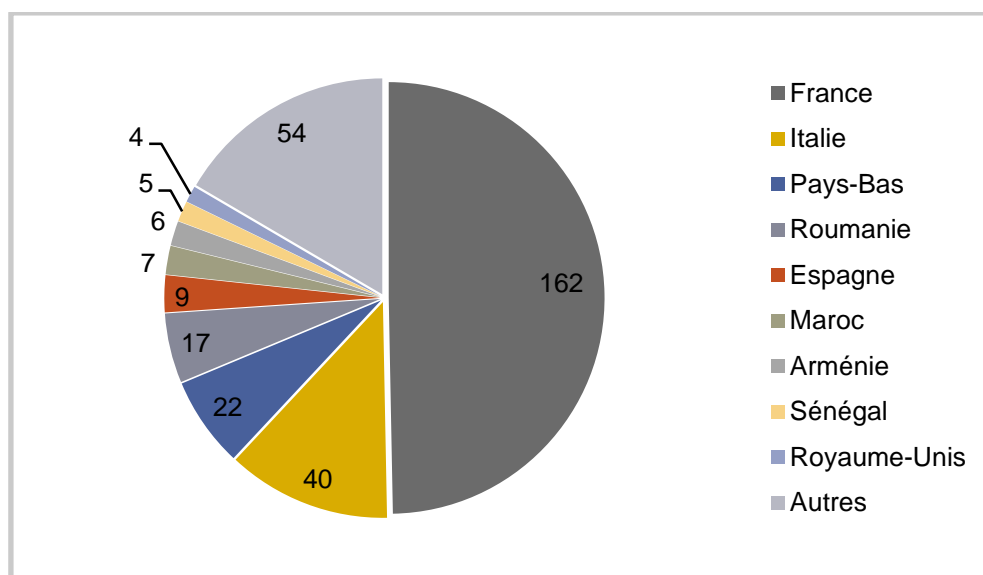
2.2.5 Densité de la population

Au 1^{er} janvier 2019, la **densité de population d'Hastière s'élève à 106,4 habitants/km²**, ce qui est plus faible que la densité de l'ensemble de la province de Namur (134,5 hab/km²) mais plus élevé que la densité moyenne de population des quinze communes de l'arrondissement de Dinant (70 hab/km²).

Hastière est par ailleurs la **cinquième commune la plus densément peuplée de l'arrondissement** après Yvoir (160,6 hab/km²), Dinant (134,4 hab/km²), Ciney (112,1 hab/km²) et Anhée (106,7 hab/km²).

2.2.6 Population étrangère

Au 1^{er} janvier 2019, **5,4 % des habitants d'Hastière** (326 personnes) sont de nationalité étrangère. Parmi eux, les français (162) sont les plus représentés, viennent ensuite les Italiens (40), les Hollandais (22) et les Roumains (17). Les autres nationalités sont diverses et faiblement représentées.



(Source : SPF économie – DGS, calculs SOPDT Province de Namur)

2.2.7 Fréquentation touristique

En 2017, la commune d'Hastière enregistrait un total de 214 188 nuitées dans les établissements d'hébergement touristique³. Ce chiffre représente **16,5 % de l'ensemble des nuitées en province de Namur** (1 295 569). Dans la province, la commune de Hastière se situe à la première position en termes de nombre de nuitées touristiques en 2017, suivie de la Commune de Namur avec 177 094 nuitées enregistrées (Source : SPF économie – DGS).

Derrière ce nombre de nuitée, ce sont 54.093 visiteurs enregistrés cette année-là sur la Commune qui ont au moins passé une nuit (36.499 visiteurs belges et 17.594 étrangers).

La réalité touristique à Hastière a comme impact une augmentation importante de la population totale sur le territoire de la commune. La population peut effectivement doubler, voire tripler à certaine période de l'année et avoir un impact sur les besoins en matière d'offre de soins de 1^{ère} ligne.

³ La plupart des nuitées sont enregistrées dans la catégorie 'Centres et villages de vacances'. Dans le calcul de cet indicateur, les personnes qui restent plus d'un an ne peuvent pas être considérées comme des touristes.

2.3 Déterminants socio-économiques

2.3.1 Indicateurs socio-économiques

Indicateurs socio-économiques	Hastière	Province de Namur	Wallonie	Années
Revenu médian par déclaration¹	19.353	23.656	22.849	2017
Revenu moyen par habitant¹	15.041	17.893	17.281	
Taux de chômage des 20-64 ans²	20,7	11,7	13,6	
Revenu d'intégration sociale³ (bénéficiaires pour 1000 habitants de 18-64 ans)	51,4	40,4	43,6	2019
GRAPA¹ (bénéficiaires pour 100 habitants de 65 ans et plus)	7,1	5,8	5,5	
Enfants vivant dans familles sans revenu⁴ (% de mineurs vivant dans un ménage dont aucun des parents n'est actif occupé)	14,1	9,3	12,3	2018

(Sources : 1. SPF économie – DGS ; 2. WSE Steunpunt ; 3. SPP Intégration Sociale ; 4. BCSS, Calculs IWEPS)

Les indicateurs socio-économiques montrent une situation moins favorable à Hastière qu'en province de Namur et en Wallonie.

Les revenus médian et moyen y sont plus faibles, le taux de chômage plus élevé.

La proportion de bénéficiaires du revenu d'intégration sociale est plus élevée, de même que celle de la GRAPA. Enfin, la part des mineurs vivant dans un ménage dont aucun des parents n'est actif occupé est plus élevée également.

2.3.2 Part des bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM)

Un bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM) est une personne qui bénéficie d'un remboursement plus élevé pour les soins médicaux (médecin, kiné, dentiste, médicaments, hospitalisation,...), principalement en raison d'une situation de précarité. En plus de la réduction des frais de soins de santé, les bénéficiaires de l'intervention majorée peuvent prétendre à d'autres avantages, notamment des réductions dans les transports en commun et des tarifs sociaux pour l'énergie.

A Hastière, la proportion de bénéficiaires de l'intervention majorée au sein de la population s'élève à **27,75 %** en 2017. C'est une proportion supérieure à la proportion observée en province de Namur (18,13 %) et en Wallonie (21,39 %). **Après la commune de Couvin (28,0 %), il s'agit de la proportion la plus élevée parmi l'ensemble des communes de Wallonie** (source : Agence InterMutualiste, calcul Iweeps- Walstat).

Entité administrative	Part de bénéficiaires BIM : total	Part de bénéficiaires BIM : hommes	Part de bénéficiaires BIM : femmes
Wallonie	21,39	19,08	23,58
Province de Namur	18,13	16,13	20,05
Arr. de Dinant	18,96	16,75	21,09
Hastière	27,75	26,17	29,43
Dinant	24,89	22,28	27,36
Houyet	17,75	15,03	20,34
Onhaye	15,69	14,06	17,31
Doische	19,57	16,54	22,47
Florennes	18,58	16,74	20,37

(Source: Agence InterMutualiste)

2.3.3 Indicateur synthétique d'accès aux droits fondamentaux (ISADF)

L'ISADF est un indicateur synthétique élaboré par l'IWEPS permettant d'estimer l'accès effectif de la population de chaque commune wallonne aux droits fondamentaux (Revenu, alimentation, santé, travail, mobilité, ...). La valeur est calculée suivant la méthode min-max qui redistribue les valeurs des indicateurs dans un intervalle allant de 0 à 1. Plus l'indicateur est proche de 1, au plus l'accès aux droits sont estimés favorables.

Entité administrative	ISADF (2018)
Wallonie	0,64
Hastière	0.26
Dinant	0.44
Doische	0.57
Florennes	0.52
Houyet	0.65
Onhaye	0.64

Dans les communes rurales de Wallonie, Hastière fait partie des communes présentant les indicateurs parmi les plus faibles en termes d'accès aux droits fondamentaux avec Momignies et Viroinval.

2.4 État de santé de la population

2.4.1 Maladies chroniques

En 2017, **13 % de la population** à Hastière souffre de maladies chroniques. **C'est la proportion la plus élevée parmi l'ensemble des communes de la province, après Vresse-sur-Semois.** A titre de comparaison, cette proportion atteint 11,0 % en province de Namur et 11,6 % en Wallonie (source : Agence InterMutualiste).

2.4.2 Dépistage du cancer du sein

Toujours en 2017, moins de la moitié des femmes de 50 à 69 ans à Hastière ont effectué un examen de dépistage du cancer du sein (46,1 %) (Province de Namur : 53,1 %). Parmi celles-ci, 33,3 % ont effectué ce dépistage via l'examen classique de la mammographie diagnostique tandis que 12,8% l'ont effectué dans le cadre du programme de dépistage organisé du mammothest (source : Agence InterMutualiste).

2.4.3 Prévalence du diabète

La proportion de personnes identifiées comme diabétiques à Hastière s'élève, en 2017, à **88 ‰** (pour mille). C'est une proportion plus élevée qu'en province de Namur (65 ‰) et qu'en Wallonie (76 ‰) (source : Agence InterMutualiste).

2.4.4 Indice comparatif de mortalité

Indice comparatif de mortalité	Hastière	Province de Namur	Wallonie	Années
Hommes	133,1	101,0	100,0	2012-2016
Femmes	116,4	100,0	100,0	

(Source: SPF Economie-DGS, calculs SOPDT)

Par rapport à la situation observée dans la population en Wallonie, la mortalité totale et prématurée (avant 65 ans) des habitants de Hastière se révèle significativement supérieure à la mortalité en province de Namur et en Wallonie. Les différences ne sont cependant pas statistiquement significatives concernant la mortalité totale féminine. Cette surmortalité observée est à mettre en lien avec la situation socio-économique de la commune.

2.4.5 Taux standardisé de mortalité par cancers

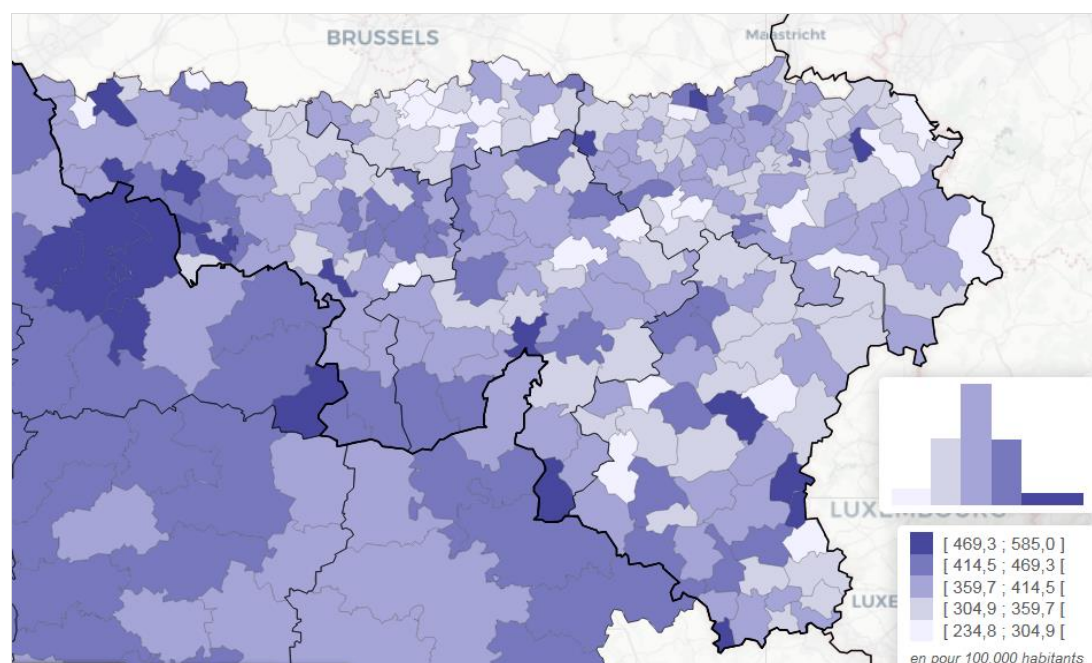
Tableau : Taux standardisé de mortalité par cancer à Hastière et communes limitrophes (période 2006-2015)

Entité administrative	Taux standardisé de mortalité par cancer (pour 100.000 habitants et par an)	Chez les hommes	Chez les femmes
Wallonie	280	381	213
Province de Namur	277	384	206
Hastière	338	487	244
Doische	291	371	239
Florennes	263	350	205
Onhaye	224	322	162
Dinant	304	412	238
Houyet	322	426	235
CC Ardennes Rive de Meuse (France)	256	373	169

(Sources : Bulletins d'état civil - déclarations de décès et Registre National - Statbel - Calculs IWEPS)

A Hastière, le taux de mortalité standardisé par cancer s'élève à **338 pour 100.000 habitants par an**. Ce taux est plus élevé chez les hommes que chez les femmes. En province de Namur, ce taux est plus faible puisqu'il atteint 276,6, tandis qu'en Wallonie il s'élève à 279,9.

Taux standardisé de mortalité par cancer chez les hommes en Wallonie et le nord de la France



(Source : Déclarations de décès et Registre National - Statbel - Calculs IWEPS, cartographie Interreg - Gedidot)

2.4.6 Taux standardisé de mortalité par maladies cardiovasculaires

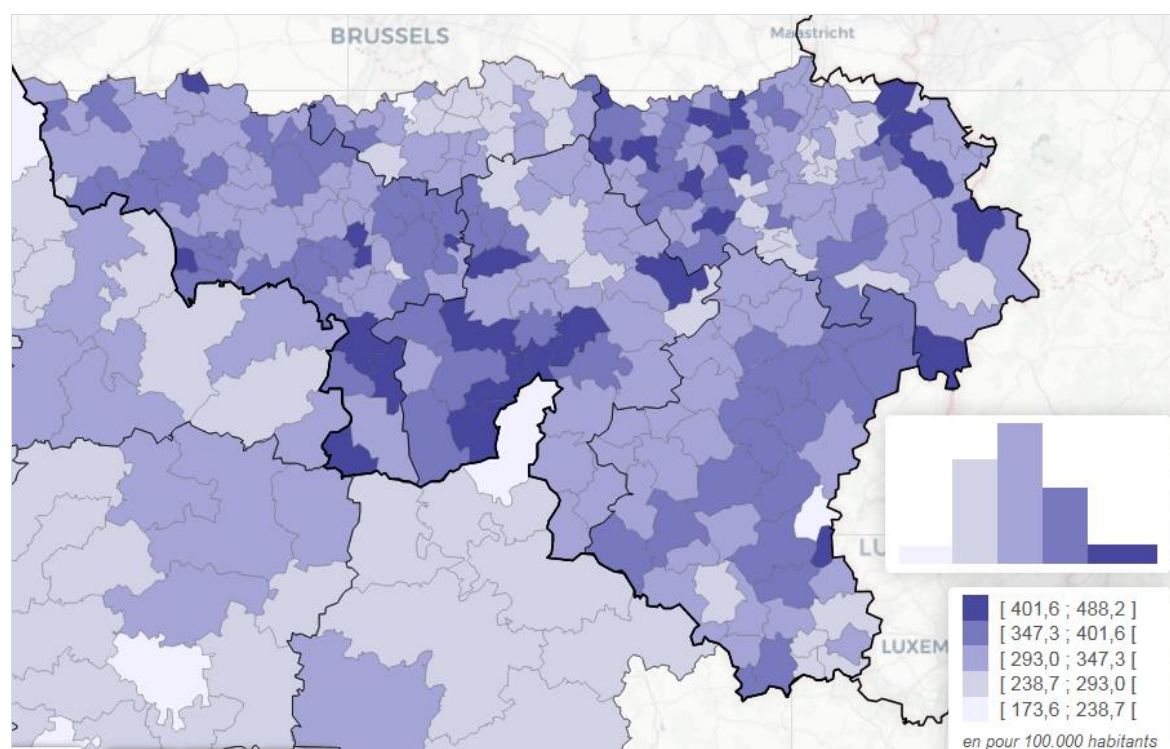
Tableau : Taux standardisé de mortalité par maladies cardiovasculaires à Hastière et communes limitrophes (période 2006-2015)

Communes	Taux standardisé de mortalité par maladies cardiovasculaires (pour 100.000 habitant et par an)	Chez les hommes	Chez les femmes
Wallonie	337	410	284
Province de Namur	337	404	287
Hastière	405	468	357
Doische	438	536	358
Florennes	404	512	332
Onhaye	394	566	281
Dinant	408	472	364
Houyet	384	402	359
CC Ardennes Rive de Meuse (France)	238	303	190

(Sources : Bulletins d'état civil - déclarations de décès et Registre National - Statbel - Calculs IWEPS)

Le taux standardisé de mortalité par maladies cardiovasculaires y est également plus élevé puisqu'il atteint **405,2 pour 100.000 habitants** par an, pour 336,5 en province de Namur et 336,8 en Wallonie. Ce taux est plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

Taux standardisé de mortalité par maladies cardiovasculaires en Wallonie et le nord de la France



(Source : L'Infocentre de données transfrontalières Gedidot)

2.5 Offre de soins et de services

2.5.1 Hôpitaux

Les hôpitaux les plus proches de la commune (à partir de Hastière Lavaux et calculé à partir du site ViaMichelin.be – Itinéraire le plus cours en temps) :

- Centre Hospitalier de Dinant – Site Saint-Vincent (CHU UCL Namur) situé à 15 minutes et 12,6 km.
- Centre Hospitalier de Dinant – Site Sainte-Anne (CHU UCL Namur) situé à 15 minutes et 11,8 Km.
- Centre Hospitalier de Mont-Godinne (CHU UCL Godinne) situé à 29 minutes et 25,6 km.
- Hôpital Princesse Paola à Marche-en-Famenne (VIVALIA) situé à 33 minutes et 45 Km
- Centre Hospitalier Régional de Namur situé à 34 minutes et 47 Km.
- Hôpital Neuro Psychiatrique Saint-Martin situé à 35 minutes et 45,5 Km.
- Clinique Saint-Luc Bouge/Namur situé à 35 minutes et 49.2 km.
- Centre Hospitalier Régional du Val de Sambre à Auvélais situé à 38 minutes et 37,1 Km.
- Grand Hôpital de Charleroi - I.M.T.R situé à 39 minutes et 46,8 Km.
- Clinique Sainte-Elisabeth Namur (CHU UCL Namur) situé 41 minutes et 40,6 km.
- Grand Hôpital de Charleroi - Reine Fabiola situé à 47 minutes et 49,6 Km.
- Grand Hôpital de Charleroi - Sainte-Thérèse situé à 48 minutes et 50,4Km.
- Grand Hôpital de Charleroi - Notre Dame situé à 48 minutes et 51,1 Km.
- Centre de Santé des Fagnes – Chimay situé à 49 minutes et 53,9 Km.
- Hôpital André Vésale à Montigny-le-Tilleul situé à 49 minutes et 56 Km.
- Hôpital de Libramont (Vivalia) situé à 50 minutes et 74.8 km.
- Grand Hôpital de Charleroi Saint-Joseph situé à 51 minutes et 46,4 Km.
- C.H.U. De Charleroi situé à 51 minutes et 53,3 Km.

Côté Français, les Hôpitaux les plus proches sont :

- Hôpital Local de Fumay situé à 41 minutes et 32.5 km.
- Hôpital local de Nouzonville situé à 1h13 minutes et 61,6 Km.
- Centre Hospitalier de Charleville Mézières situé à 1h07 minutes et 79,6 Km

2.5.2 Polycliniques

Les polycliniques les plus proches de la commune (à partir de Hastière Lavaux) sont :

- La Polyclinique de Givet (CHU UCL Namur) situé à 12 minutes et 10 Km.
Spécialités sur le site : Urologie, Chirurgie cardio-vasculaire, Chirurgie plastique, Chirurgie générale, Clinique de l'obésité, Radiothérapie et Néphrologie.
- La Polyclinique de Florennes (Grand Hôpital de Charleroi) situé à 19 minutes et 19,4 Km.
Spécialités sur le site : Cardiologie, Gastro-entérologie, Rhumatologie, Chirurgie générale et digestive, Ophtalmologie, Diététique, Orthopédie-traumatologie, Dentisterie, ORL, Gynécologie/PMA, Bandagiste.
- La Polyclinique de Ciney (Solidaris) situé à 20 minutes et 25,4 Km.
Spécialités sur le site : Audiologie, Dentisterie, Dermatologie, Logopédie, Neuropsychologie, Pédicurie, Podologie et Psychologie.
- La Polyclinique Ste Marie à Ciney (CHU UCL Namur) situé à 21 minutes et 26,7 Km.
Spécialités sur le site : Gynécologie obstétrique, Dentisterie, Pédiatrie, Podologie – pédicure, Prélèvements - tests sanguins.

- Polyclinique de Philippeville (Grand Hôpital de Charleroi – Solidaris) situé à 22 minutes et 23,4 Km.
Spécialités sur le site : Allergologue, Audiologie, Cardiologie, Chirurgie cardio-thoracique, Chirurgie vasculaire, Clinique de la douleur, Chirurgie plastique et réparatrice, Dentisterie, Dermatologie, Diabétologie, Homéopathie, Logopédie, ORL, Orthodontie, Pédiatrie, Pédicurie médicale, Pneumologie, Podologie, Psychologie, Radiologie-échographie-mammographie, Rhumatologie Sénologie, Tabacologie, Prélèvement.

2.5.3 Nombre de lits en maison de repos et maison de repos et de soins

Il n'y a pas de maison de repos à Hastière.

Tableau : Nombre de lits en MR et MRS à Hastière et communes avoisinantes (valeur absolue)

Entité administrative	Lits MR/MRS	Lits MR	Lits MRS
Province de Namur	5930	3079	2851
Arrondissement Dinant	1334	762	572
Hastière	0	0	0
Dinant	365	198	167
Houyet	89	23	66
Onhaye	0	0	0
Doische	52	27	25
Florennes	106	71	35

(Source : AVIQ - DG Stat – mise à jour le 10/12/2019)

Tableau : Nombre de lits en MR et MRS à Hastière et communes avoisinantes en fonction du nombre d'habitants

Type d'entité	Entité administrative	Lits MR/MRS pour 1000 personnes de 80 ans et plus	Lits MR pour 1000 personnes de 60 ans et plus	Lits MR pour 1000 personnes de 80 ans et plus
Région	Wallonie	258	29	136
Province	Namur	233	25	121
Arrondissement	Dinant	222	27	127
Commune	Dinant	419	53	227
Commune	Houyet	374	19	97
Commune	Onhaye	0	0	0
Commune	Hastière	0	0	0
Commune	Florennes	204	25	137

(Source : AVIQ - DG Stat – mise à jour le 10/12/2019)

2.5.4 Médecins généralistes

A Hastière

- 2 Cabinets (médecins généralistes) sur la commune⁴ :
- Âges : Ces deux médecins ont moins de 55 ans ;
- Ces deux médecins ne sont pas inscrits dans la liste des maîtres de stage en médecine générale (Base de données SPF Santé publique : dernière mise à jour 2016)
- Nombre d'habitants par médecin généraliste (au 1^{er} janvier 2019) :
A Hastière : **1 médecin pour 3 011 habitants** (sans tenir compte des visiteurs extérieurs), ce qui est la densité la plus défavorable parmi l'ensemble des communes de la province de Namur.
En province de Namur : 1 médecin pour 986 habitants.
En Wallonie : 1 médecin pour 1 128 habitants.
(Source : AVIQ, Communauté germanophone - DG Stat, SPF économie – Statbel - 2018).

Il convient néanmoins de noter que l'analyse de ces données est basée sur l'adresse du domicile (ou du cabinet où exerce le médecin) et non sur les lieux d'origine de sa patientèle. Un médecin situé par exemple à la limite administrative d'une commune peut avoir une patientèle importante de la Commune voisine.

Dans les communes limitrophes

On recense dans les communes belges limitrophes de Hastière, 36 médecins généralistes actifs répartis comme suit : Doische (2), Florennes (10), Onhaye (5), Dinant (9) et Houyet (10).

Poste médical de garde :

Le poste médical de garde le plus proche est celui lié au CHU UCL Namur - Site de Dinant (Saint-Vincent) situé à 15-20 minutes de Hastière.

2.5.5 Infirmier-ère-s

- Infi-Meuse : équipe composée de cinq infirmières basée à Hastière-Lavaux et active sur les communes d'Hastière, Onhaye et Doische. Les membres de cette équipe se déplacent au domicile du patient pour tout type de soins, allant du simple pansement aux soins palliatifs en passant par l'hospitalisation à domicile.
- Hanouille Laetitia - Infirmières à domicile : équipe composée de 3 infirmières (Hermeton-sur-Meuse) : soins d'hygiène, injections et pansements, soins spécifiques, soins palliatifs.
- Trois infirmières indépendantes (non regroupées).

2.5.6 Kinésithérapeutes / Ostéopathes

- 13 Kinésithérapeutes / Ostéopathes recensés sur la commune (Heer, Agimont, Hermeton-sur-Meuse, Hastière-Lavaux). Ils sont, pour la plupart, associés par deux ou par trois.

⁴ Critères d'inclusion : Médecins généralistes actifs en médecine générale conventionnelle au 31/12/19

2.5.7 Dentistes

- 1 dentiste recensé sur la commune (Hastière-Lavaux).

2.5.8 Logopèdes

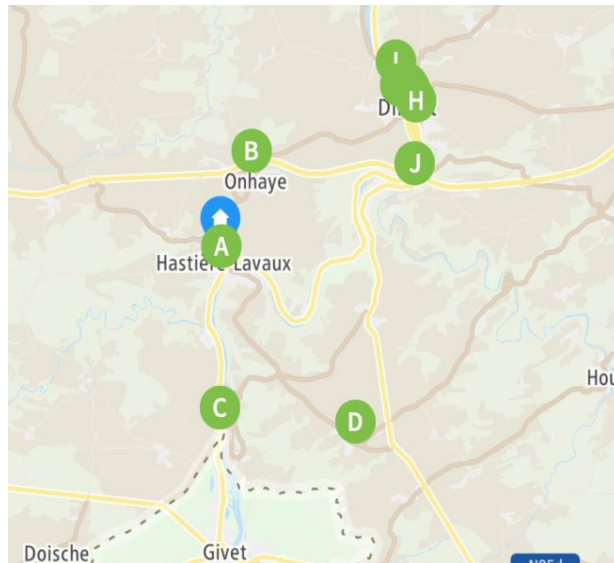
- 1 logopède recensé sur la commune (Hastière-Lavaux).

2.5.9 Pharmacies

Pharmacies les plus proches (en distance Km) d'Hastière-Lavaux :

- (A) Pharmacie FAMILIA à Hastière-Lavaux
- (B) Pharmacie FAMILIA à Onhaye
- (C) Pharmacie A. Fontinoy à Agimont
- (D) Pharmacie SCARNIER à Mesnil-Saint-Blaise
- (E à J) Pharmacies à Dinant

(Source : <https://www.pharmacie.be/>)



2.5.10 Car ONE

Un car de l'ONE s'arrête à Hastière-Lavaux chaque 3ème jeudi du mois à 9 h. et le 4ème mercredi du mois à 10h30 Hastière-Par-delà, 11h30 Hermeton, à 13h15 Heer et à 14h30 à Agimont.

Le service propose des consultations classiques pour enfants (vaccination, accompagnement préventif, soutien à la parentalité, promotion de santé, ...) dans les régions rurales. Il est généralement composé d'un travailleur médico-social et un médecin.

2.5.11 Garde d'enfants de 0 à 3 ans

- La commune compte **46 places d'accueil** sur son territoire (au 31/12/2018) ce qui correspond à un taux de couverture de l'accueil préscolaire de 40,7 places pour 100 enfants en âge de fréquenter les milieux d'accueil. Ce qui est supérieur aux taux de couverture de la province et de la Wallonie (Source : Walstat 2018 – Iweps)
- Crèche :
MCAE « Câlines – Câlines », IMAJE (Rue des Gaux 83, 5541 Hastière-par-dela)
- 3 Accueillantes Enfants Agréées O.N.E. :
1 à Hastière-par-dela (rue des Gaux 99 à 5541 Hastière)
2 à Heer-sur-Meuse (route de Mesnil, 41 et rue des Douanières 10)
- Garde d'enfants malades à domicile : "L'Ourson Enrhumé" de l'ASBL Les Arsouilles (Ciney)
- Service de Baby-sitting : ASBL Latitude Jeunes (Solidaris Philippeville)
- Halte BébéBus (le lundi à Hastière-Lavaux)

2.5.12 Autres services médico-sociaux actifs sur la commune d'Hastière

- CPAS - Centre Public d'Action Sociale.
- Plan de Cohésion Sociale.
- Plan Habitat permanent.
- CIEP Alpha.
- IHP Les Erables - Initiative d'Habitations Protégées qui s'adresse à tout adulte souffrant d'un trouble lié à la santé mentale.
- Chalazes - Service de Soins Psychiatriques à Domicile.
- Handicontact.
- Les Maisons provinciales du Mieux-être : avec leur département de santé scolaire (bilan médical) et de promotion de la santé dans les écoles (service PMS/PSE), de médecine sportive et de santé mentale. Les plus proches sont situées à Dinant, Beauraing, Florennes, Ciney.
- Les organismes de maintien à domicile : ADMR (Aides à domicile en milieu rural) ; SPAF (Service Provincial d'Aide Familiale) ; ASD (Aides et soins à domicile) ; CSD (Centrale de services à domicile) ; VAD (Vivre à domicile - Centre de Coordination de Soins et d'Aide à domicile).
- Les services des mutualités : Solidaris ; Mutualité Chrétienne ; Mutualité Libérale ; Munalux ; Omnimut ; Partenamut ; Securex.
- Les services de Télévigilance : Télépronam (Province de Namur) ; Vitatel (Mutualité chrétienne) ;
- Services à l'attention des seniors et leur entourage : les Asbl Espace Seniors, Énéo, Sénoah, Gymsana, Aidants proches, Respect Seniors, la Ligue Alzheimer ; les services provinciaux : Avec Nos Aînés (ANA) et Catupan.
- La Croix-Rouge.
- Altéo Asbl
- Maison des diabétiques (Anseremme).
- Alcooliques Anonymes : Groupe « Notre Survie »
- Vie Libre-Hastière (Aide aux malades alcooliques et à leur famille)
- DINAMO- Service d'aide aux jeunes en milieu ouvert Asbl.
- MOBILISUD – Centrale de mobilité.
- Femmes Prévoyantes Socialistes.
- Vie Féminine.

2.5.13 L'offre d'enseignement

- Ecoles d'enseignement fondamental ordinaire - primaire et maternel :
 - Ecole fondamentale communale d'Hastière disposant de 4 implantations : Hermeton-sur-Meuse, Agimont, Hastière-par-Delà, Heer-sur-Meuse.
 - Ecole fondamentale autonome d'Hastière (Hastière-Lavaux)
 - Ecole fondamentale libre Sainte-Anne (Hastière-Lavaux)

- Pas d'écoles d'enseignement secondaire ordinaire sur la commune d'Hastière
- Les écoles secondaires les plus proches (à 20 minutes maximum en voiture de Hastière-Lavaux) :

Etablissements	Communes	minute
Collège Notre-Dame	Dinant	11
Athénée Royal Dinant	Dinant	15
Athénée Royal Norbert Collard	Beauraing	18
Institut Notre-Dame	Beauraing	18
Institut Saint-Joseph	Florennes	18
Collège Saint-Benoit de Maredsous	Denée	19
Institut Notre-Dame du Sacré-Cœur	Beauraing	19
Athénée Royal du Condroz Jules Delot	Ciney	20
Ecole Provinciale d'Agronomie et des Sciences	Ciney	20
Institut de la Providence	Ciney	20
Institut Saint-Joseph (général)	Ciney	20
Institut Saint-Joseph (technique)	Ciney	20
Athénée Royal Florennes	Florennes	20
Institut Saints Pierre et Paul	Florennes	20

Source : Enseignement.be : <http://www.enseignement.be/index.php?page=26035>

- 10 internats dans l'arrondissement de Dinant : Denée, Beauraing, Ciney(3), Dinant (3), Jemelle Godinne) et 3 internats dans l'arrondissement de Philippeville (Mariembourg, Couvin, Philippeville).

2.5.14 Et de l'autre côté de la frontière... : l'offre de soins à Givet

La ville de Givet compte, au 1^{er} janvier 2020 :

6 médecins généralistes (dont 5 médecins exerçant au Pôle Médical de Givet) ; 8 dentistes (dont 1 cabinet dentaire mutualiste et 2 dentistes au Pôle Médical de Givet) ; 1 centre de radiologie avec 2 radiologues ; 1 chirurgien-orthopédique ; 1 pédiatre ; 1 cardiologue ; 1 laboratoire d'analyse médical ; 2 sages-femmes ; 16 kinésithérapeutes (dont 7 exerçant au Pôle Médical de Givet) ; 4 orthophonistes (dont 1 au sein du Pôle Médical de Givet) ; 2 ostéopathes ; 1 podologue ; 2 psychologues (dont 1 au Pôle Médical de Givet) ; 2 sophrologues ; 16 infirmières dont (2 au Pôle Médical de Givet) ; 1 diététicienne et 3 pharmacies.

Consultations avancées de spécialistes du CHU-UCL Namur au Pôle Médical de Givet : 7 spécialistes (chirurgie cardio-vasculaire et thoracique / Chirurgie générale et bariatrique / Chirurgie plastique/ Médecine interne néphrologie / Radiothérapie oncologie / Urologie)

L'EHPAD Croix-Rouge française Val de Meuse a une capacité d'accueil de 82 résidents.

Source : Communauté de Communes Ardennes Rives de Meuse - <http://www.ccar.m.fr/>

2.6 Mobilité

2.6.1 Données sur les offres de transport public

De manière globale, la densité de population dans l'arrondissement est assez faible et l'offre en transport public a tendance à diminuer aussi bien au niveau du TEC que de la SNCB (diminution des fréquences de passages et même suppression de certaines lignes).

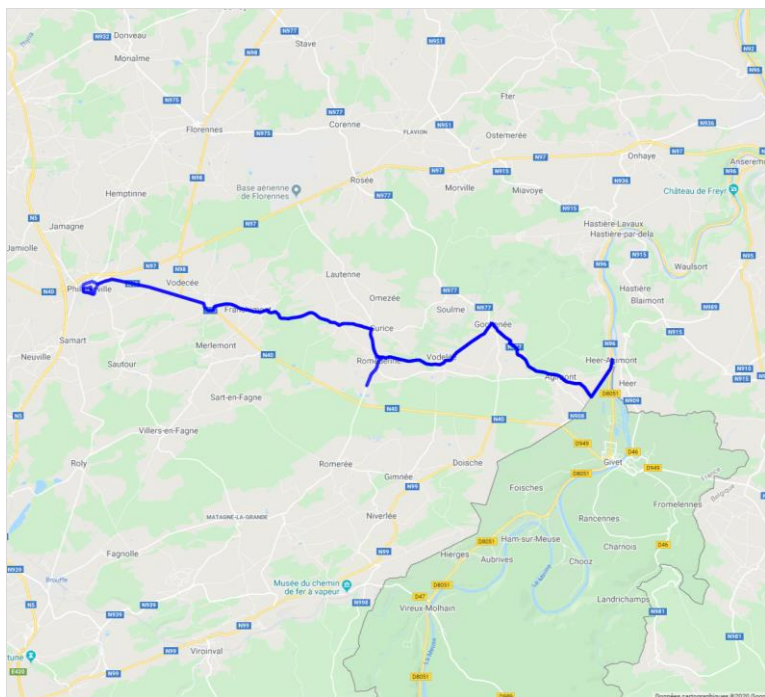
En plus de cette faiblesse de l'offre en transport public, la mobilité en zone rurale est également caractérisée par une sécurité routière plus délicate, un manque d'infrastructures cyclables et une absence bien souvent de trottoirs.

Dans ce contexte où les déplacements sont particulièrement favorables « au tout à la voiture », où les transports en commun, la marche et le vélo ont particulièrement la vie dure, une partie de la population se retrouve davantage confrontée à des difficultés pour se déplacer : les personnes âgées, les personnes en situation de précarité, les jeunes ou encore les personnes à mobilité réduite. Or plusieurs études démontrent que la capacité à être mobile est un élément majeur de l'insertion sociale et économique des individus dans le sens où elle favorise l'accès à l'emploi, à l'éducation, aux services de soins et de santé mais également aux activités de loisirs, sportives et culturelles. Dans ce même sens également, les difficultés de déplacement ne font que renforcer l'isolement et la précarité des plus démunis et contribuent ainsi à consolider les inégalités sociales.

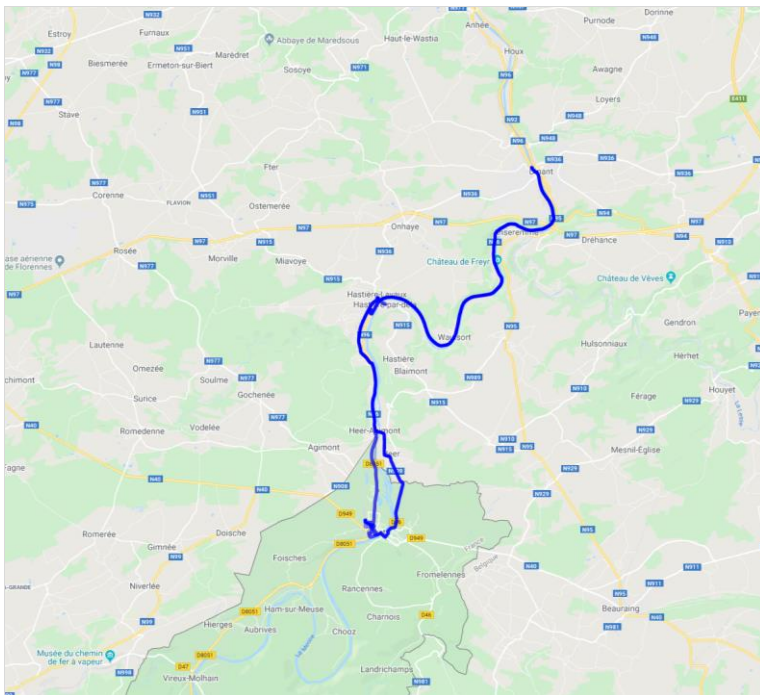
Quel est la situation à Hastière en matière d'offre de transport public ?

Les Bus : Hastière est desservi par 3 lignes de transports en commun :

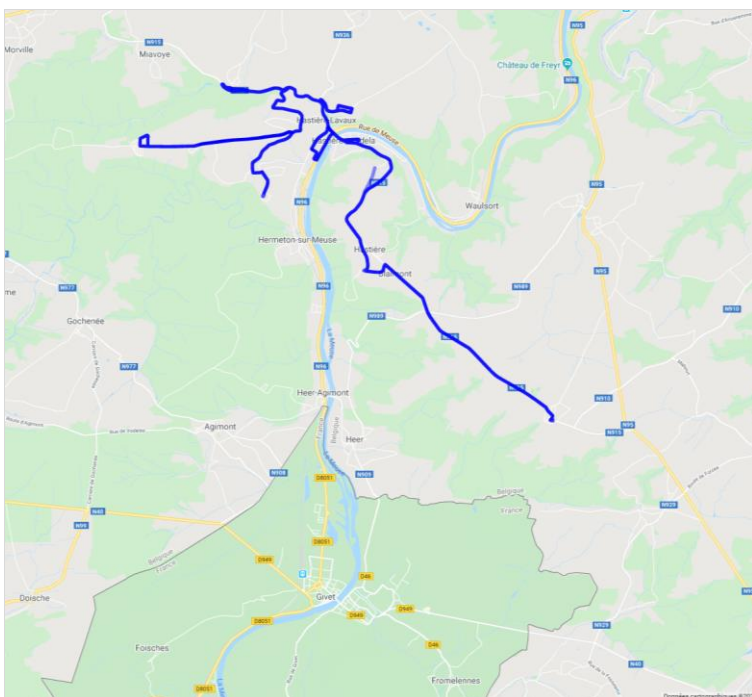
- la ligne 453 : Philippeville – Romedenne – Gochenée (Doische) – Agimont – Heer



- la ligne 154 a : Givet – Heer – Hermeton-sur-Meuse — Hastière-Lavaux – Waulsort – Dinant



- Ligne 95/1 (Proxibus) : Hastière-Lavaux — Hastière-par-delà — Blaimont — (Mesnil-Saint-Blaise)



Le Proxibus se déplace dans les limites du territoire communales et vise à améliorer la mobilité au sein des villages plus faiblement desservis. Le service assure deux circuits :

I. Le premier permet aux habitants des différents domaines de rejoindre, le matin, le centre de Hastière (hors congé scolaire). Il propose une correspondance avec la ligne 154a vers Dinant.

Il est aussi assuré les mercredis et vendredis en période de vacances et le samedi, jour de marché.

II. Le second circuit permet aux usagers de se rendre à Mesnil-st-Blaise, les jours scolaires et offre une possibilité de correspondance avec la ligne 26 vers Beauraing. Il est également assuré le mercredi et le jeudi en période de vacances et le samedi, jour de marché, afin de permettre aux habitants de Blaimont de rejoindre le centre de la commune.

Le train : La ligne Dinant-Givet a été fermée en 1989 en raison d'un trafic et d'un nombre de voyageurs jugés insuffisants. Plusieurs réflexions ont vu le jour ces dernières années en vue d'étudier la possibilité de réouverture de la ligne dont une demande d'étude de faisabilité l'année dernière.

Le Taxi social : le CPAS dispose de deux taxis sociaux dont un accessible aux personnes à mobilité réduite.

L'ASBL Mobilisud : est une centrale de mobilité dont l'objectif est de permettre aux personnes des zones rurales de se déplacer plus facilement au quotidien, en leur donnant des infos sur tout ce qui existe en matière d'offre de transport. Actuellement, Mobilisud couvre les Communes de Dinant, Hastière, Houyet, Yvoir, Havelange et Vresse s/Semois. L'Asbl Fonctionne à partir d'un numéro vert et d'une centrale téléphonique. Le citoyen appelle 48h à l'avance et signale le déplacement qu'il souhaite effectuer. Ensuite, nos conseillers vérifient les moyens de transports disponibles : SNCB, TEC, taxis sociaux des Communes,... Lorsque ces solutions sont épuisées, ils contactent des bénévoles ou, en dernier recours, des Privés comme les taxis avec lesquels des tarifs réduits ont été convenus afin de répondre aux besoins de la population.

2.6.2 Les autoroutes et nationales

En matière de voies routières rapides, la Commune d'Hastière n'est pas trop mal desservie (voir carte page suivante). Le centre de la Commune est situé à approximativement 15 minutes de l'E411 et plusieurs nationales dont la N97 (Ciney, Dinant, Philippeville), N915 (Anthée - Hastière – Houyet),

2.6.3 Autres indicateurs relatifs à la mobilité

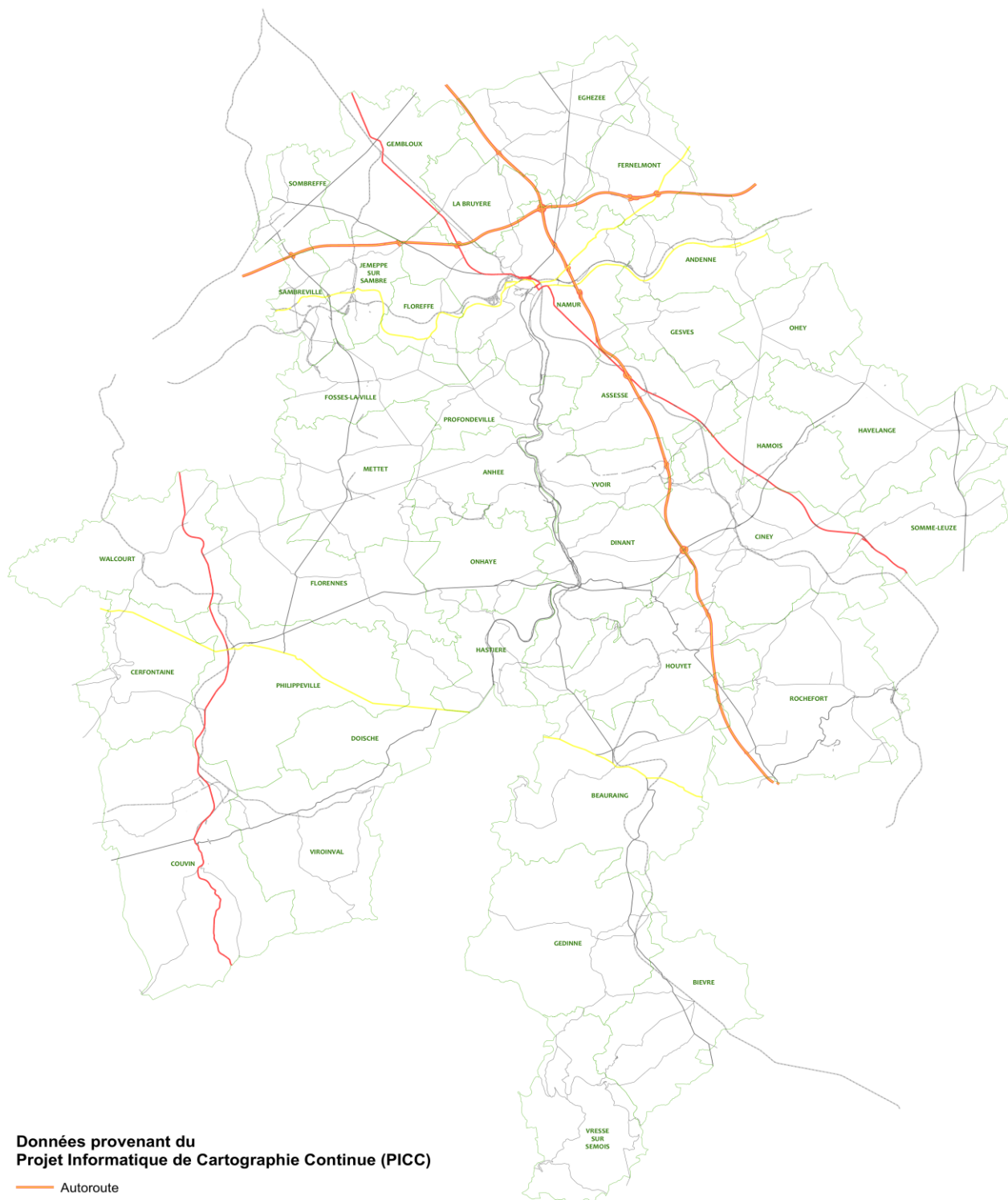
→ **La commune de Hastière ne dispose pas d'un Plan communal de mobilité (PCM).**

→ **La commune dispose d'1 conseiller en mobilité (CEM) formé.**

→ **L'indice de temps**⁵ est de 13 minutes, ce qui représente un indice de temps légèrement supérieur à la valeur modale de l'ensemble des communes de la province de Namur qui s'élève à 9 minutes. La valeur la plus élevée étant Vresse-sur-Semois avec 27 minutes et la valeur la plus basse étant Dinant, Namur et Sambreville avec 0 minutes. (Source: Cellule d'Analyse et de Prospective en matière de Ruralité - CAPRU)

⁵ L'indice temps (minutes) est la moyenne des distances temps pour rejoindre un pôle, un hypermarché ou supermarché de plus de 1500m², une gare générant des flux de plus de 1170 voyageurs, un hôpital général et une école d'enseignement secondaire.

Province de Namur



Données provenant du
Projet Informatique de Cartographie Continue (PICC)

- Autoroute
- Nationale : 1er réseau
- Nationale : 2ème réseau
- Nationale : 3ème réseau
- Nationale : 4ème réseau
- Réseau ferroviaire



⁶ La légende réalisée sur les nationales est basée sur la numérotation de nationales et classifiée en 4 réseaux. Il ne s'agit pas d'une classification d'après le trafic ou la largeur de la voirie.

2.7 Conclusions

Hastière est une commune qualifiée de rurale présentant des particularités sur plusieurs plans.

En matière démographique, le vieillissement de la population à Hastière n'est plus à démontrer et va vraisemblablement se poursuivre dans les années à venir. Néanmoins, la structure par âge et les indices mesurant ce vieillissement indique qu'Hastière a la particularité d'avoir une population âgée, mais pas « très âgée ». En effet, comme l'indique les chiffres, l'indice d'intensité du vieillissement (c'est-à-dire la part des personnes âgées de 80 ans et plus parmi les personnes âgées de 65 ans et plus) est le plus faible de l'ensemble des communes de la province de Namur. Il y a donc beaucoup de personnes âgées entre 65 et 80 ans. Ces tendances pourraient être expliquées notamment par l'absence de structures d'hébergements pour les personnes âgées (MR/MRS).

Les indicateurs socio-économiques et de santé montrent quant à eux une situation systématiquement moins favorable à Hastière en comparaison avec les moyennes observées en province de Namur et en Wallonie.

Les indicateurs en termes d'offre de soins disponibles montrent également une situation relativement moins favorable (surtout en ce qui concerne l'offre de médecins généralistes).

Si on croise l'offre de soins avec les besoins qu'engendre le vieillissement d'une population à l'échelle locale ou encore avec l'état de santé actuel de la population (prévalence de diabète, cancer, maladies chroniques, ...), on peut conclure que cette offre de soins de première ligne est insuffisante actuellement à l'échelle de la commune (Besoins > Offre). La pertinence de développer une réflexion à ce sujet est donc confirmée.

3. LA MEDECINE GENERALE EN BELGIQUE

3.1 Evolution de la pratique

La pratique de la médecine générale a fortement changée ces 30 dernières années en Belgique : **le nombre de patients par médecin généraliste n'a cessé d'augmenter**, à contrario **le nombre de contact par patient a lui diminué**, les **consultations se font de plus en plus au cabinet du médecin** par rapport au domicile du patient, la **médecine de groupe est de plus en plus pratiquée** par les médecins⁷ et près de **30 % des généralistes de moins de 40 ans travaillent aujourd'hui en maison médicale** en Communauté française⁸.

Le rôle du médecin généraliste connaît également une dynamique de changements se profilant de plus en plus comme **l'organisateur et le coordinateur des soins de première ligne**. Cette évolution de la profession va le conduire à remplir deux nouvelles fonctions au niveau local⁹ :

- * Être un acteur central d'un réseau de soins (au niveau local mais également par rapport à l'articulation entre la 1^{er} et la 2^{ème} ligne) ;
- * Être un acteur de santé communautaire.

Pour répondre à ses enjeux, le médecin généraliste va être amené à déléguer davantage certaines tâches à d'autres acteurs des soins de santé comme l'accueil, l'intervention sur le mode de vie des patients chroniques, l'organisation de la prévention au sein du cabinet, la réalisation des prises de sang, etc.

Cette évolution suppose aussi de repenser la formation des jeunes praticiens à l'université pour répondre à ces nouveaux besoins, comme l'acquisition de compétences en management, en gestion d'équipe, en élaboration de budget, etc. Il sera nécessaire également d'intensifier et de développer les stages en 1^{ère} ligne dès le bachelier pour faire mieux connaître la base du système de santé.

Enfin, parmi les éléments sociologiques qui modifient profondément ces dernières années le métier, on retiendra : **la féminisation de la profession**¹⁰, **l'augmentation des besoins liés au vieillissement de la population**, **l'évolution de la relation patient-médecin** liée entre autre du développement de l'information générale en matière de santé, **l'informatisation des données**, les **nouvelles techniques de communication** entre agents de santé d'une part et avec les patients d'autre part ou encore le **développement de nouvelles techniques de diagnostiques** au sein de la médecine générale qui oblige le praticien à ce tenir constamment à jour¹¹.

⁷ Meeus P, Van Aubel X. Performance de la médecine générale, bilan de santé. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Institut national d'assurance maladie- invalidité (INAMI). 2012. D/2012/0401/11, page 46.

⁸ Travailler en Maison médicale, Fédération des Maisons Médicales. Brochure sous forme de triptyque.

⁹ SSMG, Les enjeux de demain ? <https://www.ssmg.be/la-ssmg/>

¹⁰ Sur les 778 candidats médecins généralistes domiciliés en Wallonie au 31/12/3018, 67,4 % sont des femmes et 32,6 % sont des hommes (SPF - Publication de la Cellule Planification de l'Offre des Professions des Soins de Santé).

¹¹ Dr Marco Schetgen, Doyen de la Faculté de médecine de l'ULB, Quel avenir pour la formation en médecine générale ?

3.2 La problématique de la pénurie d'offre de soins en zone rurale

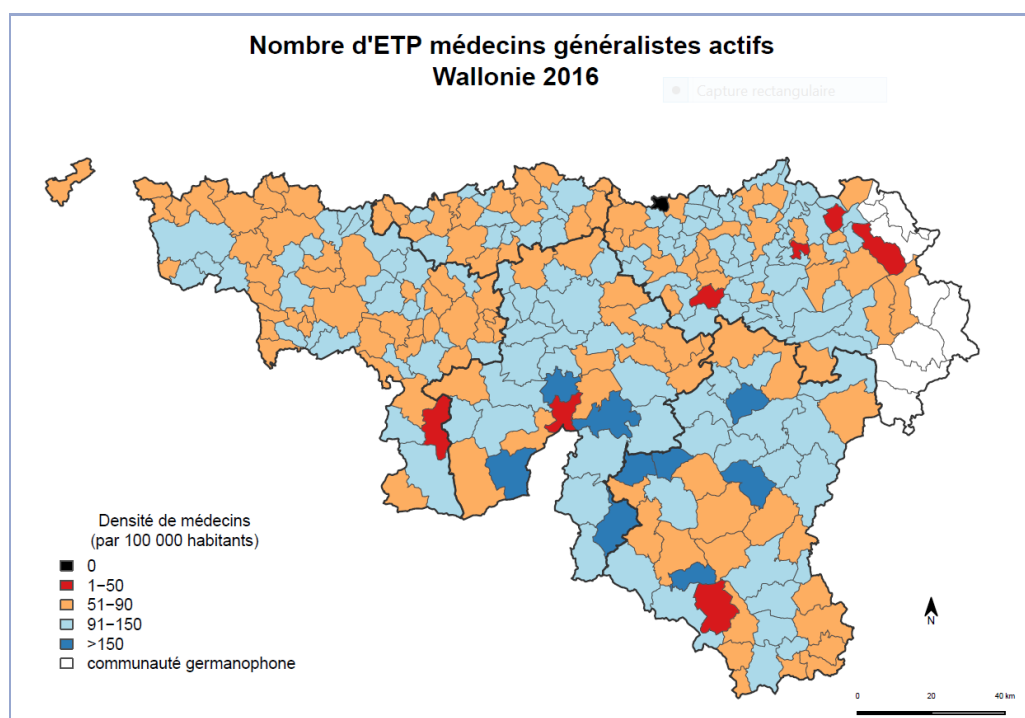
Défendre l'accessibilité des soins en milieu rural peut s'apparenter à un parcours du combattant. Un grand nombre d'habitants sont isolés sans autres alternatives de transport que leur propre véhicule ou la solidarité des voisins ou de la famille pour se déplacer. Les routes sont plus sinueuses et les temps de parcours plus long pour atteindre, en cas d'urgence, un hôpital. L'isolement peut également prendre des tournures plus préoccupantes quand il s'ajoute à d'autres difficultés telles que la précarité, la perte d'autonomie ou la perte de lien social.

Une accessibilité à une offre de soins de proximité en zone rurale est donc capitale.

Dans sa déclaration de politique régional 2019-2024, le Gouvernement Wallon indique justement sa volonté de développer une vision à long terme en matière de politique de santé en répondant entre autre au défis de « l'accès à la santé pour toutes et tous sur l'ensemble du territoire ».

Dans une interview parue dans le dernier numéro de Santé Conjuguée¹² (voir annexe 1), la nouvelle Ministre de la Santé Wallon, Christie Morreale précise cette intention en insistant sur la nécessité de renforcer l'accessibilité géographique et financière à l'offre de première ligne – médecins généralistes, maisons médicales, centre de planning familial, ... – et veiller à un renforcement des liens entre ces intervenants et les soins spécialisés que sont entre les autres les réseaux hospitaliers et les soins de santé mentale. Elle mentionne également l'importance d'implanter des maisons médicales dans les zones où les indicateurs d'inégalité sont très élevés, ainsi qu'en zone rurale où il y a des pénuries.

Dans le cadastre des médecins généralistes réalisé par l'AVIQ en 2016, **119 communes wallonnes sont considérées en pénurie de médecins généralistes** (moins de 90 médecins généralistes actifs / 100 000 habitants) **parmi lesquelles huit ont moins de 50 médecins pour 100 000 habitants et sont en pénurie grave dont Hastière.**



¹² Fédération des Maisons médicales, Santé Conjuguée, numéro 89, décembre 2019.

Le problème de désertification ne concerne plus aujourd'hui uniquement les zones rurales mais touche également les zones péri-urbaines, voir certain quartier dans les grandes villes.

Plusieurs facteurs peuvent être mis en avant pour expliquer cette situation :

- Le **vieillissement des praticiens au sein de la profession** est de plus en plus important. Il y a plus de départ à la retraite que d'arrivée de jeunes praticiens ;
- Le **profil des jeunes médecins sortant change**. La plupart d'entre eux aspirent à pouvoir allier vie professionnelle et vie familiale, à avoir du temps pour eux et des loisirs, ce qui semble plus difficilement réalisable dans des milieux ruraux à faible densité de praticiens où les médecins sont fort sollicités. Les jeunes diplômés ont tendance à ouvrir un cabinet à proximité de grandes agglomérations ou à proximité du lieu où ils ont terminé leurs études. Cette tendance peut s'expliquer notamment par le fait que les jeunes médecins généralistes, sachant qu'ils trouveront facilement de l'emploi où qu'ils aillent, s'installent là où leurs conjoints ont le plus de chance de trouver un emploi, là où ils ont accès à toutes une série de services (crèches, écoles, ...) et de loisirs (cinéma, restaurants, club de sport, discothèque, ...). Le travail à temps partiel est également de plus en plus présent au sein de la profession ;
- **L'image négative de la médecine générale auprès des étudiants**. La médecine générale est en effet, depuis plusieurs années, moins prisée par les étudiants. En Fédération Wallonie-Bruxelles, ils sont actuellement 27 % à se tourner vers celle-ci contre 73 % préférant les spécialités (chiffres INAMI 2017). Selon un rapport du Centre fédéral d'expertise des soins de santé, la dévalorisation de la profession au bénéfice des spécialistes s'installe dès les études. Les étudiants qui n'étudient pas la médecine générale considèrent que les conditions de travail de cette profession sont difficiles, que les défis intellectuels sont pauvres et qu'elle est caractérisée par des tâches routinières¹³. Les différences de revenus entre généralistes et certains spécialistes ne fait que renforcer cette image ;
- Le **nombre limité de numéros INAMI** octroyé est l'une des causes de la pénurie actuelle de médecins évoquée par le Comité Interuniversitaire des étudiants en Médecine. Cet agrément est indispensable pour pouvoir exercer la médecine une fois diplômé. En 2014, par exemple, on comptait 600 étudiants médecins en Communauté française pour seulement 400 numéros INAMI disponibles. Les médecins sans agrément INAMI se tournent dès lors vers la médecine du travail, la médecine légale, l'expertise médicale ou la recherche ;
- Les **distances plus importantes** à effectuer en milieu rural, là où la population est moins agglomérée qu'en milieu urbain.

Les projections en matière de démographie médicale en zone rurale ne sont donc pas optimistes : de nombreux départs à la retraite dans les années à venir auxquels vient s'ajouter une crise de recrutement des jeunes médecins. Sur la commune de Hastière, il y a actuellement deux médecins généralistes pour plus de 6000 habitants et de nombreux visiteurs qui séjournent sur le territoire (tourisme, classe de dépaysement, festival de musique, ...). Au vu du vieillissement de la population attendu couplé aux perspectives de croissance démographique que va connaître la commune, la situation est d'autant plus préoccupante. Si aucun médecin ne s'y installe, les citoyens se heurteront dans les années à venir à davantage de difficultés d'accessibilité aux soins de santé de première ligne.

¹³ Lorant V, Geerts C, D'Hoore W, Sauwens D, Remmen R, Peremans L, et al. Médecine générale: Comment promouvoir l'attraction et la rétention dans la profession? Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2008

Pour inverser la tendance et accueillir de nouveaux médecins ou d'autres professionnels des soins de première ligne, il est donc nécessaire de réfléchir à des pistes d'attraction et bâtir des projets répondant tant aux aspirations des professionnels locaux qu'aux aspirations de la nouvelle génération de praticiens afin de les inciter à venir s'installer sur la commune.

Une enquête menée en 2016 par l'Observatoire de la santé du Luxembourg¹⁴ auprès de 109 médecins généralistes actifs sur le territoire provincial montre que le choix du lieu d'installation de ces derniers a été guidé principalement par la proximité géographique par rapport aux attaches familiales (62,4 %), la possibilité d'entrer dans une pratique de groupe (21,1 %) et la recherche d'un endroit où l'offre de médecins généralistes était insuffisante (21,1 %). Seul un médecin sur dix (11,0%) a déclaré avoir été incité par une aide financière ou par la mise à disposition de locaux.

3.3 Quelques pistes pour attirer des médecins généralistes

- Favoriser la mise en place de **moments d'échanges et de réflexions entre les professionnels** des soins de première ligne présents sur le territoire (soirée d'échange, groupe de travail, réunions, ...);
- Favoriser la mise en place de **moments d'échanges et de réflexions avec les assistants et stagiaires en médecine**¹⁵. Aider les futurs médecins à rencontrer leurs aînés installés en secteur rural et leur permettre d'entrer en contact avec les autorités publiques locales qui souhaitent favoriser leur installation sur leurs territoires;
- Encourager **la pratique de tutorat et de stage** auprès des médecins présents. Cela permet aux étudiants de découvrir une zone qu'ils ne connaissent pas, tisser des liens sociaux, voir les atouts du territoire, ... qui pourra influencer leur choix de futur installation;
- Développer des **collaborations avec les facultés de médecine**. La faculté de médecine de l'Université de Namur, propose depuis juin 2015 un dispositif de tutorat (par un stage d'observation obligatoire de 2 semaines visant à familiariser les étudiants de troisième année avec la pratique de la médecine générale). Envisager la possibilité de mettre en place des formations et séminaires décentralisés au plus proche des réalités rurales;
- Etudier la **faisabilité de mise en place d'une pratique médicale groupée** susceptible d'influencer le choix d'implantation des nouvelles générations de diplômés en médecine, en soins infirmiers, en Kinésithérapie, en dentisterie, ...;
- Informer sur **les soutiens financiers possibles** des instances publiques pour encourager l'installation de professionnels de santé en zone rural et/ou de pénurie (soutien financiers des instances régionales, fédérales et européennes);
- Réfléchir à la mise en place d'éventuelles collaborations avec les instances publiques locales : mise à disposition de locaux, mise à disposition de logements pour les stagiaires,

¹⁴ Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg, Médecine générale en province de Luxembourg. Résultats de l'enquête descriptive sur les conditions d'exercice et de pratique des médecins généralistes · 2016 · Rapport d'enquête · Arlon, 2017.

¹⁵ Voir l'opération séduction réalisée en province du Luxembourg auprès des assistants et stagiaires en médecine. : <https://www.rtl.be/info/regions/luxembourg/comment-attirer-les-futurs-medecins-a-la-campagne--1173608.aspx>

mutualisations de moyen (secrétariat partagé, soutien administratif pour répondre aux appels à projet, aide dans la gestion des ressources humaines¹⁶, dans la comptabilité...), etc. ;

- Mettre en place une application informatique pour "dynamiser le territoire sur le plan médical" : pour permettre aux professionnels de soins de première ligne d'échanger entre eux, d'envisager des collaborations, de laisser des annonces lorsqu'ils souhaitent être remplacés (lors de congé par exemple) ou avoir du soutien à certaines période, et pour les jeunes diplômés de trouver des remplacements, être informé des départ à la retraite, des lieux de stage, des aides apportées à l'installation, ...¹⁷
- Valoriser les atouts du territoire de manière globale : quels sont les métiers possibles pour le conjoint ?, quelles sont les facilités en termes d'accessibilité aux offres de services (école pour les enfants par exemple), et de loisirs, en termes de transports en commun, ...

3.4 Inégalités socio-économiques en matière de recours aux services de santé

Il est un fait établi par de nombreux rapports que le recours aux soins de santé est distribué de manière inégale au sein de la société. Les inégalités socio-économiques en matière de recours aux soins de santé sont définies comme des différences, variations et disparités entre catégories socio-économiques au niveau des soins de santé.

Le dernier rapport du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé¹⁸ rappelle que, par rapport aux individus de la catégorie sociale la plus favorisée, les personnes appartenant à la catégorie la plus défavorisée (selon le niveau d'éducation, de revenu, ou l'éligibilité pour l'intervention majorée) se caractérisent par :

- * des obstacles financiers plus importants pour recourir aux services de santé,
- * un taux de participation plus faible au dépistage du cancer et aux autres soins préventifs,
- * une fréquence moins élevée de visites régulières chez le dentiste,
- * une consommation plus élevée de médicaments (antibiotiques, antidépresseurs, ...) et une propension plus élevée à consommer au moins 5 médicaments différents,
- * moins de consultations prénatales que le nombre recommandé pour une grossesse à faible risque,
- * une évaluation plus négative de leur relation avec les médecins spécialistes considérés comme moins compréhensibles et ouverts à l'interaction (mais pas avec les médecins généralistes).

Ce constat que certains citoyens, les plus démunis et souffrant de troubles de santé (physique et mentale), accédaient moins souvent aux soins médicaux souligne l'importance de créer un « dispositif » à la charnière des mondes du social et du médical dans les zones où les indicateurs socio-économiques sont moins favorables¹⁹.

¹⁶ Voir l'exemple du pôle santé de la Châtaigneraie en Vendée où la commune salarie les secrétaires moyennant une contribution du pôle médicale.

¹⁷ Voir l'exemple de l'application « MonRempla Hauts-de-France ».

¹⁸ Devos C et al. Performance du système de santé belge – Rapport 2019 – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019.

¹⁹ Voir l'exemple de l'Asbl Diogène active dans l'agglomération lilloise, qui collabore notamment avec le CHU de Lille, est un dispositif visant à aller à la rencontre des personnes les plus démunies et souffrant de troubles psychiques afin de les aider à se tourner vers les soins et réaliser un contrôle médical.

→ Afin d'améliorer globalement la santé de la population et dans une optique générale de santé publique, il est nécessaire de créer des ponts entre les services publics et associatifs du secteur de l'intervention sociale et le monde médical pour repérer les personnes isolées, précarisés souffrants de différentes pathologies car elles n'expriment pas de demande de soins.

3.5 Conclusions

On retiendra que la problématique de la pénurie de médecins généralistes est présente principalement en zone rurale mais également en zone péri-urbaine, voir même au sein de certains quartiers en ville. La commune d'Hastière fait quant à elle partie des communes considérée en pénurie grave.

Cette situation est liée à plusieurs facteurs tels que l'intensité du vieillissement des praticiens (la relève est moindre que les départ à la retraite), le changement de profil des jeunes médecins généralistes qui aspirent à avoir davantage de temps pour les loisirs et la vie familiale, une image négative de la médecine générale auprès des étudiants dont la plupart s'oriente vers des spécialités ou encore un nombre de numéros INAMI octroyé trop limité (ou mal réparti sur le territoire).

Parallèlement le métier de médecin généraliste a fortement évolué au cours des 20 dernières années engendrant des besoins supplémentaires et nouveaux liés entre autre au vieillissement général de la population, à l'évolution de la relation patient-médecin, aux nouvelles techniques de communication et de partage d'information, à l'augmentation des démarches administratives, aux avancées technologiques et théoriques rapides qui obligent les praticiens à constamment se tenir informé ou encore à une intensification de son rôle de coordinateur des soins de première ligne.

On retiendra aussi, qu'au vue de ces évolutions, la pratique de groupe est de plus en plus valorisée parmi les médecins et que la présence d'une pratique médicale groupée à tendance à influencer le choix d'implantation des jeunes diplômés en médecine. Les pistes pour attirer les professions médicales de 1^{ères} lignes ne se limitent cependant pas uniquement à cela. Des collaborations avec les facultés de médecines, des échanges accrus entre étudiants et praticiens sur le terrain, l'encouragement des pratiques de tutorat auprès des médecins installés, la mise en place d'une application informatique pour une meilleure coordination et communication entre professionnels, ... sont autant de pistes qui mises ensemble augmente la probabilité à long terme de palier à la pénurie existante à Hastière.

Enfin, quel que soit les actions envisagées, il est également primordial de mettre en place des collaborations entre le secteur médical et de l'intervention sociale pour créer un meilleur maillage, un réseau d'acteurs dans une optique intersectorielle afin de toucher l'ensemble de la populations et améliorer la prise en charge globale de la population, et diminuer les inégalités sociales de santé.

4. LA PRATIQUE MEDICALE GROUPEE

4.1 Les différentes pratiques de soins de première ligne

Il n'y a pas de « modèle type » de collaboration qui s'applique à toutes les situations. Il existe au contraire de nombreuses possibilités d'association en matière de soins de première ligne.

On peut toutefois catégoriser les différentes pratiques selon trois axes²⁰ :

- * Leur nature : il y a des associations monodisciplinaires (regroupant exclusivement des médecins généralistes ou des infirmier-ères ou des kinés, ...) et multidisciplinaires (incluant divers métiers de soins de première ligne qui collaborent ensemble) ;
- * Le nombre de professionnels présents et actifs (binômes, trios, etc.) ;
- * Le nombre de bâtiments abritant l'activité (site unique et commun ou sites séparés travaillant en réseau).

Outre ces différentes possibilités d'association, chaque exercice collectif peut également être caractérisé par un degré d'intensité de la collaboration. Certaines pratiques de groupe se résument à des cabinets individuels logés sous le même toit, tandis que d'autres ont développé des stratégies et des philosophies communes.

Concernant les médecins généralistes, une manière d'appréhender ce métier sur le terrain est de catégoriser leur pratique par « grande famille »¹⁹ :

- * **La pratique solo** : Le médecin travaille seul, est installé en personne physique ou en société et est seul maître à bord. Il est indépendant, travaille en toute autonomie. Il gère l'ensemble des paramètres de son entreprise, de son métier. S'il engage une secrétaire, ce sera à titre individuel. Il coordonne ou non ses horaires avec ses confrères du secteur.
- * **Le regroupement** : Entraide et solidarité entre confrères ne nécessitent pas nécessairement de partager les mêmes locaux. En se coordonnant avec d'autres médecins généralistes, un omnipraticien peut organiser son travail de telle façon à bénéficier au maximum de l'apport que peuvent lui offrir ses confrères : secrétariat partagé voire centralisé, dossiers médicaux intégrés, coordination lors de congés et absences, etc. Par ailleurs, certains cabinets collectifs sont en fait des cabinets individuels logés sous un même toit. Tout dépendra du degré d'interdépendance entre les médecins.
- * **La pratique de groupe mono-disciplinaire** : Des médecins généralistes partagent un même bâtiment, avec ou sans secrétariat centralisé et généralement avec des dossiers médicaux partagés. Il s'agit ici d'un regroupement de moyens qui s'est concrétisé par l'achat/la location d'un bâtiment collectif. Ce type d'association permet également davantage de souplesse dans la pratique (mutualisation de la gestion des charges administratives, organisation des absences pour assurer la continuité de la prise en charge des patients, ou encore possibilité de ne pas

²⁰ Asbl Santé Ardenne : www.santeardenne.be/guide-des-types-de-pratique

exercer à temps plein, etc.). Le bâtiment peut être financé et propriété d'une ASBL, d'une SPRL (alors dite SPRL immobilière), ou encore d'une SCRL

- * **Pratique de groupe multidisciplinaire** (hors Maison Médicale) : Des médecins généralistes partagent un même bâtiment et une même approche holistique de la médecine, c'est à dire qu'ils considèrent la santé du patient selon tout un ensemble de facteurs. Le médecin généraliste collabore donc avec toute une série d'autres professionnels de la santé : infirmières, kinés, sage-femme, psychologue, assistante sociale, etc. Ce type de pratique facilite les échanges non seulement entre confrères, mais il permet également une coordination globale des soins et de la prise en charge du patient. Un degré de collaboration plus ou moins élevé est de mise selon ce qui est mis en commun.
- * **Maison Médicale** : Une maison médicale est une équipe pluridisciplinaire qui dispense des soins de première ligne en considérant la santé de manière globale, dans ses dimensions physique, psychique et sociale. Elle s'inscrit dans une approche de promotion de la santé et intègre les soins et la prévention. La maison médicale s'appuie sur une dynamique de participation communautaire en valorisant les ressources des habitants d'un quartier et elle travaille en partenariat avec le réseau local. Bien que ce ne soit pas une appellation protégée, une « Maison Médicale », stricto sensu, fonde son action sur des valeurs de justice sociale, basée sur un principe d'équité et de solidarité ; la citoyenneté ; le respect de l'autre et l'autonomie. D'un point vu organisationnel, les maisons médicales se basent sur le principe d'autogestion (la gestion par les employés eux-mêmes) et la recherche d'égalité et de non-hiérarchie dans les rapports entre ses membres et avec ses usagers.

4.2 La pratique en Maison médicale

Travailler en maison médicale implique une certaine vision de la médecine et des soins de première ligne qui **ne convient pas toujours à tous les professionnels de la santé**.

Les maisons médicales sont des centres de santé qui proposent à l'ensemble de la population des soins de santé primaires qui sont²¹ :

- * **Accessibles** sur le plan géographique, financier, et au niveau des horaires ;
- * **Continus**, qui assurent un suivi du patient à long terme ;
- * **Globaux**, qui tiennent compte de tous les aspects physiques, psychologiques, sociaux et environnementaux ;
- * **Intégrés**, qui englobent l'aspect curatif, préventif, palliatif ainsi que la promotion de la santé.

Les maisons médicales proposent des soins, mais également des actions de santé communautaire, de prévention et d'éducation à la santé. Ces actions ciblent les différents facteurs qui influencent la santé des habitants : logement, alimentation, conditions sociales, accès aux soins, etc.

Exemple d'actions réalisées en maison médicale²² : « Campagne de vaccination anti-grippe », « Campagne sur l'importance de boire de l'eau », « L'arbre du bien-être », « Vers une vie sans

²¹ Les Maisons médicales, vous connaissez ? Triptyque de présentation, Fédération des Maisons Médicales.

²² Pour plus d'information sur les projets réalisés en Maison Médicale : voir le catalogue site internet de la Fédération des Maisons Médicales : « Exemples d'actions communautaires en maison médicale » : Cat@losanté.

<https://www.maisonmedicale.org/-Cat-losante-.html>

tabac », « Un questionnaire sur la solitude », « Gymnastique pour le dos », « Un projet bien-être, plutôt que des produits psychotropes », « Cuisine pour tous », « De la problématique logement à la rénovation de l'îlot », « Dépister les fragilités des patients âgés », « Campagne d'été préservatif », ...

Les métiers les plus souvent représentés sont :

- ▶ **L'accueillant-e** : est l'interface entre tous les acteurs tant internes qu'externes à la maison médicale. L'accueillant(e) reçoit la personne, écoute sa demande et oriente celle-ci. C'est lui/elle qui offre la première écoute aux patients.
- ▶ **Le médecin généraliste** : assure des soins en consultation ou en visite à domicile. Pour chaque patient, un Dossier médical global est tenu à jour. Des gardes en dehors des heures d'ouverture de la maison médicale sont organisées, en réseau avec les autres médecins généralistes du quartier, afin de permettre une permanence des soins 24h/24.
- ▶ **L'infirmier.ère** : assure également des soins lors de permanences au dispensaire et lors de visites à domicile. Une garde infirmière est organisée pour offrir des soins également le week-end.
- ▶ **Le kinésithérapeute** : aide les patients à maintenir et/ou récupérer leur mobilité et leur motricité dans le cas de problèmes moteurs, physiologiques, respiratoires ou cardiovasculaires. Ces soins sont dispensés soit au cabinet, soit à domicile.
- ▶ **Le travailleur social** : est à l'écoute de tout type de demande ou de besoin social. La réponse pourra être de différents types : information, réorientation vers un service spécialisé ou un accompagnement plus ou moins long et intense.
- ▶ **Le psychologue, psychothérapeute** : soutient les autres disciplines dans les aspects psycho-relationnel. Il assure également des suivis psychothérapeutiques de patients, éventuellement en liaison avec d'autres services ou professionnels du secteur de la santé mentale.

Ces professions constituent le socle de base d'une maison médicale mais d'autres professionnels peuvent s'y ajouter (diététicien-ne, dentiste, acteur en promotion de la santé, logopède, gestionnaire, sage-femme, tabacologues ...).

Toutes les professions présentes **travaillent en complémentarité** afin de maintenir, d'améliorer ou de rétablir la santé du patient et le bien-être social. Des réunions d'échanges et de coordination entre les membres de l'équipe sont régulièrement organisées, la transmission d'informations est promue au sein de l'équipe en toute confidentialité. Tous participent également à des actions de promotion de la santé²³.

Les Maisons Médicales sont **constituées en ASBL** et sont des **structures non hiérarchisées et auto-gérées**, c'est-à-dire que chaque personne qui y preste un temps de travail significatif (qu'il soit indépendant, salarié ou bénévole) peut faire partie de l'Assemblée Générale et avoir un droit de vote au conseil d'administration.

Il existe **deux modèles de financement possibles** des Maisons médicales :

Les ressources financières d'une maison médicale sont essentiellement liées aux activités médicales et paramédicales des prestataires (agréés par l'INAMI) qui la composent.

²³ Voir site internet de la Fédération des Maisons médicales, Les maisons médicales en quelques mots

La structure juridique d'«association sans but lucratif » permet de globaliser ces ressources, soit par l'utilisation de carnets d'attestations de soins et de reçus au nom de chaque prestataire ou de l'ASBL (financement «à l'acte»), soit par la perception centralisée des «forfaits à l'inscription» versés par les mutuelles.

Les maisons médicales « à l'acte » :

Le patient paye le montant de la consultation ou de la visite selon les tarifs établis par la convention médico-mutualiste. Le ticket modérateur reste à charge du patient. En cas de difficultés financières du patient, le soignant peut pratiquer le tiers-payant.

Les maisons médicales « au forfait » :

Ce modèle est pratiqué dans la majorité des maisons médicales affiliées aux Fédérations des maisons médicales. Il favorise la mise en œuvre de l'ensemble des missions des maisons médicales, notamment, à côté des prestations de soins, l'interdisciplinarité, le travail en réseau, le travail communautaire, la promotion et la prévention. Dans le cadre d'un contrat signé avec le patient, son organisme assureur (mutualité) et la maison médicale, la mutualité paye à la maison médicale, par personne abonnée en ordre de cotisation, une somme mensuelle fixe : le « forfait », quel que soit le recours du patient aux services de la maison médicale : médecin généraliste, infirmier et kiné.

De son côté, le patient ne sera plus remboursé pour des soins liés à ces trois services s'il y a recours à l'extérieur de la maison médicale. Toutefois, il existe une possibilité de dérogation pour les communes touristiques pendant les mois d'été permettant aux touristes séjournant sur le territoire et qui ne sont logiquement pas inscrits dans la maison médicale, de s'y rendre. Le montant du forfait varie selon l'âge, le sexe, les caractéristiques économiques du patient et du territoire. Le système « au forfait » facilite l'accès aux soins du plus grand nombre et des personnes en situation de précarité. Il facilite également, d'après plusieurs évaluations, le travail interdisciplinaire, la mise en place de projets de prévention et de promotion de la santé.

Avantages et inconvénients de ces deux systèmes

Le débat entre soins à l'acte et soins au forfait fait couler beaucoup d'encre et est fortement intriqué à celui qui mêle médecine libérale et médecine socialisée. Dans les faits, il y a des avantages et des inconvénients aux deux systèmes suivant les objectifs que le projet se fixe.

- Le paiement à la prestation (à l'acte) est surtout positif en termes d'indépendance de la pratique, de flexibilité, de financement, mais moins favorable au développement d'activités connexes, au travail Interdisciplinaire et à la mise en place d'actions de promotion de la santé;
- Le forfait est plus favorable à une démarche intégrée, à rencontrer une population connue, à soutenir une certaine efficacité. En revanche, il pourrait conduire à une sélection du risque, certains médecins ressentant une perte de pouvoir et d'autonomie dans leur activité. De son côté, le patient se trouve lié à la Maison médicale ; une fois inscrit, il ne sera pas remboursé pour une visite chez un autre médecin extérieur à la Maison médicale (il a cependant la possibilité de se désinscrire quand il le souhaite, moyennant préavis).

Une étude récente en Région Wallonne²⁴ a montré une meilleure accessibilité des maisons médicales au forfait pour les personnes en situation de précarité. La proportion de BIM (Bénéficiaires de l'Intervention majorée) dans les maisons médicales qui pratiquent le forfait est en

²⁴ C. Van Tichelen, Maisons médicales : quels impacts sur l'accès aux soins de santé pour les personnes précaires ?, Rapport de recherche de l'Iweps n°32, 2019

moyenne de 42,6 %, pour 27,2 % dans les maisons médicales à l'acte et 19,9 % dans la pratique à l'acte classique.

D'après la Fédération des Maisons Médicales : « Le choix du mode de financement (acte ou forfait) de la nouvelle maison médicale ne peut être que l'aboutissement de réflexions et de discussions approfondies au sein de l'équipe, sur les plans tant philosophique que financier ». Il est intéressant dans ce sens

Il sera pertinent que celle-ci envisage de visiter une maison médicale fonctionnant à l'acte et une autre au forfait avant de prendre la décision en toute connaissance de cause. Il n'est également pas exclu de commencer par un mode de financement à l'acte et ensuite envisager un mode de financement au forfait dans les années suivantes une fois le projet rodé et sa spécificité clairement définie.

4.3 Les caractéristiques des maisons médicales

Dans un rapport publié en mai 2019 à la demande de la Wallonie²³, l'Iweps caractérise les maisons médicales à partir de 3 critères :

- 1) Les Maisons Médicales peuvent être à l'acte (perception classique des honoraires) ou au forfait.
- 2) Les maisons médicales peuvent être affiliée ou non à une fédération : il en existe 3 Wallonie (la Fédération des Maisons Médicales, Médecine pour le peuple et la Fédération des Pratiques Forfaitaires).
- 3) Les Maisons médicales peuvent être agréée par la Région Wallonne ou non comme « Association de Santé Intégrée » (ASI).

Cette diversité est résumée dans le tableau ci-dessous publié dans ce rapport :

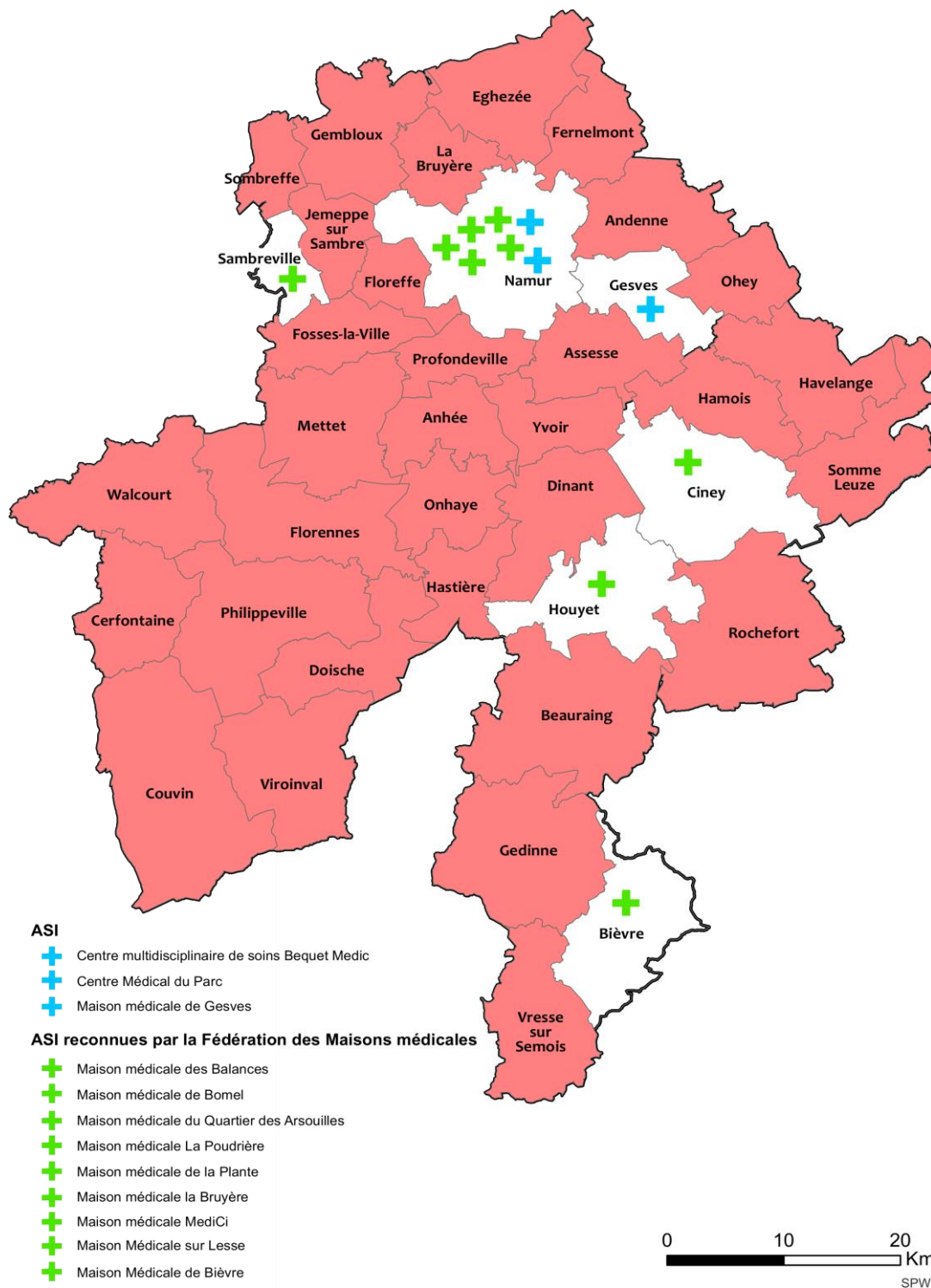
Tableau 1 : Caractéristiques des maisons médicales de la Région Wallonne⁶

	Nombre	Fédération				Année de création	Forfait		ASI		FEADER	
		FMM	MPLP	FEPRFO	Non affiliée		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Maisons médicales	92	58	4	5	25	2003	65	27	78	14	17	75
ASI	78	57	2	0	19	2002	51	27	78	0	17	61
FEADER	17	12	0	0	5	2008	6	11	17	0	17	0

On voit que parmi les 92 maisons médicales recensées en Wallonie : 25 ne sont affiliées à aucune Fédération ; 65 fonctionnent au forfait et 27 non ; 78 sont agréées « Association de Santé Intégrée » (ASI) et 14 ne sont pas agréées. Les maisons médicales affiliées à la Fédération des Maisons Médicales sont toutes agréées ASI (où en phase de l'être).

Les Maisons médicales agréées ASI peuvent obtenir une subvention liée à l'agrément (Voir chapitre 5.2). Par ailleurs en 2019, 17 maisons médicales ont également bénéficié d'un subventionnement FEADER - Fonds Européen Agricole pour le Développement Rural (Voir Chapitre 5.2).

4.4 Carte des Maisons médicales en province de Namur



4.5 Les premières étapes quand on souhaite s'associer

Comme on vient de le voir, il existe plusieurs manières d'envisager la pratique de soins de première ligne (en solo, en réseau, en pratique de groupe mono-disciplinaire ou pluridisciplinaire, en Maison médicale).

Les médecins généralistes développent une pratique médicale qui leurs sont propres en fonction de leur personnalité, de leur affinités, de leur vision personnelle de la médecine générale. La pratique choisie au départ n'est par ailleurs pas définitive et peut changer en fonction de différents paramètres (période d'engagement familial, déménagement dans une autre zone, changement de sa propre vision au cours du temps, ...).

Pour faire ce choix à un moment donné²⁵, le médecin doit **définir sa vision personnelle de la pratique**. Pour cela, il peut mettre sous forme de deux colonnes les avantages et inconvénients que chaque forme de pratique pourrait lui procurer.

Lorsque le choix de pratique s'oriente vers le regroupement, il est important de **mettre en avant les visions et missions principales des futurs associés** afin de définir le type de pratique groupée qui convient le mieux. Cette étape peut se faire à l'aide d'un exercice de brainstorming où on clarifie les souhaits de chacun et les objectifs de collaboration (par exemples : se coordonner pour assurer la continuité des soins aux patients, anticiper les besoins liés au vieillissement de la population, développer un projet de santé communautaire, rester uniquement dans les soins curatifs, répondre aux besoins d'un quartier paupérisé, porter une attention particulière à la relation médecin-patient au niveau de la qualité des soins, partager les frais de logistique et administratifs, ...).

Ensuite, il est primordial de **déterminer les rôles, les tâches et mandats de chaque associé (ou futurs associés), ainsi qu'une clé de répartition au niveau financier**. Il s'agit de dresser une liste des tâches, des fonctions qui s'y rapportent et des éventuels besoins supplémentaire en RH pour répondre à la vision et aux missions fixées. En fonction des compétences de chacun, il faut définir les tâches de manière détaillée en précisant l'organigramme de l'association (structure verticale- hiérarchisée ou horizontale), qui fait quoi quand et pendant combien de temps, quel est le degré d'autonomie de décision de chacun, quelles sont les modalités des réunions d'équipe (nombre, périodicité, suivi dans le temps).

Par ailleurs, il est également utile d'**élaborer un plan stratégique** afin de planifier la vision et les actions de l'association à court, moyen et long terme et planifier les investissements financiers : achats de matériel, engagement de personnel,...

L'ensemble des aspects opérationnels se formalise ensuite par **un contrat de collaboration**. Toutes les clauses sont importantes, y compris les clauses mettant fin à la collaboration. Il faut y réfléchir dès le début et ne faut pas hésiter à se faire aider par un expert (juriste, comptable, un autre confrère qui à une expérience en la matière, par une Fédération ou encore une union de praticiens). La collaboration doit faire l'objet d'un accord de collaboration écrit qui contient au strict minimum les dispositions suivantes :

→ la façon dont le montant de l'intervention est réparti ;

²⁵ Voir : « S'associer, tout ce qu'il faut savoir pour se regrouper! Les différentes étapes de l'association d'après le GBO (Groupement Belge des Omnipraticiens).

- les modalités pour une concertation interne entre tous les médecins généralistes participants
- les modalités pour la consultation des Dossiers Médicaux Globaux, compte tenu de la déontologie et de la protection de la vie privée ;
- les règles selon lesquelles les décisions sont prises ;
- la procédure selon laquelle il peut être mis fin à l'accord de collaboration.

Et la rédaction d'un Règlement d'Ordre Intérieur (ROI) qui a pour utilité de recenser les dispositions pratiques et l'organisation journalière des activités. Il est donc essentiel pour le fonctionnement quotidien de la pratique de groupe et doit être soumis à l'Ordre des Médecins. Il précise entre autre : les horaires (y compris les vacances, les absences,...), les modalités des réunions internes, le système de paiement, le nombre de contacts/an, la résolution d'éventuels conflits, le partage de dossier (papier, électronique), le lieu de pratique (cabinet avec salle d'attente loué ou acheté), le statut ou encore la période d'essai d'un nouvel associé.

En fin, **l'enregistrement de l'association auprès de l'INAMI** permet de bénéficier, sous certaines conditions ²⁶, d'avantages administratifs et financiers tant pour les patients que pour les professionnels regroupés.

²⁶ Voir site de l'INAMI, Faire enregistrer votre regroupement en médecine générale.

5. LES SOUTIENS FINANCIERS POSSIBLES

5.1 Impulséo

Impulséo est un dispositif financier destinées à encourager l'installation des médecins généralistes. Depuis le 1er juillet 2014, Impulséo est une compétence des entités fédérées (communautés, régions ou commissions communautaires) suite à la 6e réforme de l'État. Pour en savoir plus, sur les primes Impulséo : voir le portail santé de la Wallonie²⁷.

5.1.1 Impulséo I

Impulséo I consiste en une prime qui vise à encourager l'installation de médecins généralistes dans des zones nécessitant la présence de médecins généralistes supplémentaires, et qui peut faire l'objet d'un accompagnement.

La prime vise à aider le médecin généraliste pour une nouvelle installation à savoir une première installation (celle réalisée dans les 5 ans après l'obtention de la reconnaissance comme médecin généraliste ou après le retour d'un pays en voie de développement) ou le déménagement vers une zone à faible densité de médecins. Elle s'élève à € 20.000 ou à € 25.000 (moyennant certaines conditions, remplies à Hastière) et est accessible à tous les médecins généralistes qu'ils soient salariés ou indépendants.

Le médecin généraliste peut également obtenir un accompagnement gratuit par une structure d'appui spécialisée en parallèle de la prime.

La prime

Cette prime unique de € 20.000 vise spécifiquement les médecins qui s'installent dans une commune qui répond à l'un des critères suivants :

- Une zone d'action positive définie dans le cadre de la politique des grandes villes;
- Une commune avec :
 - soit moins de 90 généralistes pour 100.000 habitants;
 - soit moins de 125 habitants au km² et moins de 120 généralistes pour 100.000 habitants
 - soit moins de 75 habitants au km² et moins de 180 généralistes par 100.000 habitants.

Il doit s'agir d'une nouvelle installation faite après le 1er juillet 2006 dans une zone concernée.

On entend par nouvelle installation :

- Un médecin qui démarre son activité ou
- Un médecin qui exerce déjà son activité mais décide de venir s'installer dans une des zones concernées prioritaires.

Depuis le 2 octobre 2017, le montant de cette prime unique est majoré dans le cas suivant : l'intervention est fixée à 25.000 euros lorsque la nouvelle installation est située dans une commune avec :

²⁷ <http://sante.wallonie.be/?q=sante/soins-ambulatoires/dispositifs/impulseo>

- Soit moins de 50 médecins généralistes pour 100 000 habitants ;
- Soit moins de 90 médecins généralistes pour 100 000 habitants et moins de 125 habitants par km²;
- Soit moins de 120 médecins généralistes pour 100 000 habitants et moins de 75 habitants par km².

La commune d'Hastière répond à ce critère et dès lors bénéficie de l'intervention majorée. Dans le cadre d'une pratique médicale groupée, chaque médecin peut prétendre à la prime pour autant qu'il ne l'ait pas encore perçue auparavant.

Le médecin ne doit pas rembourser cette prime sauf si, au cours des 5 années qui suivent la date de l'installation, l'activité de médecin généraliste cesse ou s'il la poursuit en-dehors d'une des zones décrites ci-dessus. Le montant de la prime sera alors récupéré par l'AViQ mais sans décompte d'intérêts.

Depuis l'exercice d'imposition 2012, les primes octroyées aux médecins bénéficient d'un taux réduit d'imposition, soit 16,5 %.

L'accompagnement

Un accompagnement gratuit facultatif peut être effectué par une des structures d'appui avec lesquelles la Région Wallonne a passé un accord de collaboration. Celles-ci aident le médecin généraliste à introduire la demande et apportent ensuite leur soutien pendant les 18 premiers mois de l'activité.

5.1.2 Impulséo II

Impulséo II concerne l'intervention dans les charges salariales de l'employé(e) administratif tant pour le médecin généraliste en pratique individuelle que les groupements de médecin généralistes. Elle couvre une partie des charges salariales de l'employé(e) qui les assiste dans l'accueil et la gestion de la pratique.

Dans le cas d'un médecin en pratique individuelle, l'intervention peut atteindre la moitié des charges salariales réelles avec un plafond maximum de € 6.300 (indexé) pour autant que les conditions suivantes soient respectées:

- le médecin généraliste emploie au moins un tiers temps d'équivalent temps plein.
- le médecin généraliste utilise un dossier médical électronique labellisé.
- le médecin généraliste doit gérer au moins 150 Dossiers Médicaux Globaux (DMG).

Dans le cas d'un groupement de médecins, l'intervention peut atteindre la moitié des charges salariales réelles avec un plafond maximum de € 6.300 (indexé) par médecin faisant partie du regroupement pour autant que les conditions suivantes soient respectées :

- Convention de coopération entre minimum 2 médecins généralistes agréés;
- Le groupement gère minimum 150 Dossiers Médicaux Globaux (DMG) multiplié par le nombre de médecins au sein de ce regroupement.
- Le groupement emploie minimum un tiers d'équivalent temps plein à multiplier par le nombre de médecins ayant souscrit à la convention de coopération.
- Les médecins du groupement utilisent un dossier médical informatisé labellisé.

5.1.3 Impulséo III

Impulséo III concerne l'intervention dans les frais services de télé-secretariat médical, tant pour le médecin généraliste en pratique individuelle que les groupements de médecin généralistes.

Une intervention est également prévue pour le recours à des services de télé-secretariat médical dont la finalité doit viser l'aide à la gestion administrative de la pratique. Cette intervention peut être demandée tant pour les groupements que pour les médecins en pratique individuelle. Elle correspond à la moitié des frais réels avec un plafond de 3.700 € (indexé) par médecin ou 3.619 € pour les regroupements en association de fait, en société ou en maison médicale

5.2 Subvention des « Association de Santé Intégrée » (ASI)

5.2.1 Dispositif

Les ASI sont des structures qui, en Région wallonne, sont agréées pour exercer une mission de soins de santé primaires au bénéfice de la santé globale des populations²⁸. Il s'agit d'associations de santé, reconnues par la Wallonie, qui rassemblent au même endroit une équipe pluridisciplinaire composée de différents praticiens de première ligne (médecins généralistes, soins infirmiers, psychothérapeutes, kinés, etc.). Leur objectif est de travailler ensemble de manière concertée afin d'offrir des soins de santé globaux et accessibles à tous.

Les associations de santé intégrée doivent être organisées en ASBL (ou par un pouvoir public). Elles facturent leurs prestations à l'acte ou au forfait, selon la reconnaissance de l'INAMI en qualité de maison médicale. La reconnaissance comme maison médicale n'est pas un préalable obligé pour bénéficier de l'intervention de la Wallonie en qualité d'association de santé intégrée²⁹. Pour obtenir l'agrément et la subvention liée, il faut cependant répondre à un certain nombre de critères définis par le Gouvernement Wallon. La Direction des soins ambulatoires de l'AVIQ, l'Agence wallonne pour une vie de qualité, prend en charge la gestion administrative, budgétaire, le contrôle et l'évaluation des associations de santé intégrée et de leurs fédérations.

5.2.2 Cadre légale wallon

Les agréments et les subventions des ASI sont réglementés par :

- Code wallon de l'action sociale et de la santé (adopté le 29 septembre 2011), Art. 419 à 433³⁰.
- Code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé (adopté le 4 juillet 2013), Art. 1527 à 1566³¹.

5.2.3 Critères d'agrément

Pour recevoir et conserver l'agrément, les associations constituées doivent répondre à certain nombre de critères :

²⁸ Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG), Qu'est-ce qu'une ASI ? <https://www.ssmg.be/l-association-de-sante-integree-asi/>

²⁹ L'AVIQ, Portail Santé, Soins ambulatoires, Dispositifs, Associations de santé intégrée, <http://sante.wallonie.be/?q=sante/soins-ambulatoires/dispositifs/associations-sante-integree>

³⁰ Wallex, <https://wallex.wallonie.be/contents/acts/0/117/1.html?doc=21579>

³¹ Wallex, <https://wallex.wallonie.be/contents/acts/19/19614/1.html?doc=26539&rev=30549->

→ **Au niveau juridique :**

1/ L'ASI doit être constituée en ASBL ou, à défaut d'initiative privée, être organisée par une autorité publique ;

2/ Elle doit pratiquer le principe d'autogestion. Sous forme d'Asbl, l'Assemblée générale est composée majoritairement par des membres de l'équipe, tout membre de l'équipe étant à sa demande membre de droit de l'assemblée générale. Si l'association est créée à l'initiative d'une autorité publique, un comité de gestion est mis en place et composé majoritairement des membres de l'équipe, tout membre de l'équipe étant à sa demande membre de droit du comité de gestion.

→ **Au niveau de l'équipe :**

1/ L'ASI comprend au minimum deux médecins généralistes (dont l'activité principale s'exerce dans le cadre de l'association), un.e kinésithérapeute, un.e infirmier.ère, un service d'accueil et de secrétariat ;

2/ L'association s'assure la collaboration de travailleurs sociaux et de psychothérapeutes. Cette collaboration s'effectue en intégrant ces disciplines à l'équipe ou en concluant une convention de collaboration avec des prestataires externes ;

3/ Les membres de l'équipe instaurent entre eux une collaboration pluridisciplinaire et une coordination, notamment en tenant un nombre de réunions régulières (min. 44 réunions de 1h/an) ;

4/ Le libre choix du prestataire de soins doit être garanti au patient à l'intérieur de l'équipe ;

5/ Les membres de l'équipe garantissent le partage des informations permettant la continuité des soins (dossier pluridisciplinaire centralisé, outils de liaison) ;

→ **Au niveau des missions,** l'équipe doit assurer de manière interdisciplinaire et en collaboration avec le réseau médico-psycho-social :

1/ des fonctions curatives et préventives dans le cadre des soins primaires : les actions mises en place ont pour objectifs tant la guérison des personnes malades que la prévention visant à éviter la survenue de maladies ;

2/ des fonctions de santé communautaires : mise en place d'activités qui ont pour but de faire participer la population à son état de santé. Rédaction de fiches projets ;

3/ des fonctions d'observation de la santé : recueillir des données permettant une description épidémiologique de la population desservie, l'évaluation des objectifs et l'auto-évaluation de ses activités en vue d'une amélioration continue de la qualité des soins ;

4/ des fonctions d'accueil : l'association doit fonctionner de manière à garantir la qualité et la permanence continue de l'accueil durant les heures d'ouverture.

→ **Au niveau de l'accessibilité :**

1/ L'ASI doit être ouverte à raison d'au moins dix heures par jour du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés ;

2/ L'ASI assurer une garde médicale vingt-quatre heures sur vingt-quatre soit par l'association elle-même, soit par le recours à la garde locale ;

3/ Les cabinets de consultation et salles d'attente doivent être adaptée aux patients quel que soit leur âge ou leur état de santé ;

4/ Du point de vue de l'accessibilité financière, les soins et services prestés se font soit au forfait (gratuit pour le patient), soit à l'acte (tiers payant selon tarif conventionné) ;

5/ L'association s'engage à n'exclure des soins et de ses services aucune personne qui ne dispose pas des ressources financières suffisantes ;

6/ Du point de vue de l'accessibilité géographique : la zone géographique est limitée à 5 km autour du siège d'activité en zone urbaine ou à 20 km en zone non urbaine ;

7/ Du point de vue de l'accessibilité culturelle : Collaborer avec les centres régionaux pour l'intégration des personnes étrangères ou d'origine étrangère agréés par la Région wallonne.

→ Au **niveau organisationnel** : L'ASI développe ses activités dans le cadre d'un plan d'action qui détermine :

1/ les objectifs stratégiques et opérationnels poursuivis ;

2/ les actions et les moyens mis en œuvre pour les assurer ;

3/ les critères d'évaluation, dans une perspective de rétroaction ;

4/ l'articulation de l'approche pluridisciplinaire réalisée au sein de l'équipe et l'articulation avec le réseau local avec lequel sont conclues des conventions de collaboration (préciser les procédures de partenariat et les méthodologies mises en œuvre).

→ **Autres obligations** (divers) :

1/ Respecter les règles d'hygiène et de sécurité dont, notamment, l'utilisation de matériel à usage unique et l'enfermement de tout produit ou médicament ;

2/ Respect de la vie privée du patient (insonorisation des locaux) de soins et des impératifs liés à la conservation des données individuelles ;

3/Afficher dans la ou les salle(s) d'attente les détails pratiques (tarifs, honoraires et contributions financières demandées) ;

4/ Identifier clairement le siège de l'association et les heures d'ouvertures à l'extérieur du bâtiment

5.2.4 La demande d'agrément

La demande d'agrément est introduite par l'association auprès de l'AViQ pour le 1^{er} août au plus tard afin d'être valide le cas échéant à partir du 1^{er} janvier de l'année suivante, pour une durée indéterminée.

Pour obtenir l'agrément, il convient de transmettre le formulaire de demande d'agrément (voir annexe 2), le questionnaire d'agrément (voir annexe 3) et le plan d'action réalisé par l'association (voir critère organisationnel page précédente). L'Administration wallonne émet à partir de là un avis sur la demande d'agrément qu'elle transmet à l'association pour le 30 octobre. L'association peut réagir à cet avis et remettre ses observations pour le 15 novembre. L'Administration transmet alors au ministre le dossier complet, accompagné de son avis et des observations éventuelles de

l'association pour le 30 novembre. Ce dernier statue sur la demande d'agrément au 1er janvier de l'année qui suit.

5.2.4 L'évaluation

Une fois reconnue ASI, l'association fera l'objet d'une évaluation au minimum tous les deux ans par les fonctionnaires et agents de l'administration désignés à cet effet. Ces derniers évaluent, de manière participative avec les membres de l'association, la mise en œuvre du plan d'action et vérifient que les conditions d'agrément définies plus haut sont bien respectées.

Lorsque l'administration constate qu'une association ne remplit pas ou plus les conditions d'agrément ou ne se soumet pas aux obligations qui lui incombent, elle lui adresse une mise en demeure lui rappelant ses obligations et lui notifie le délai dans lequel elle doit se mettre en conformité. Si, à l'expiration de ce délai, l'association n'a pas remédié aux lacunes qui lui ont été notifiées, l'administration lui adresse une proposition de refus ou de retrait d'agrément.

L'association dispose d'un délai de quinze jours à dater de la réception de la notification pour lui adresser ses observations écrites. Une fois ce délai, le dossier est transmis au ministre qui statue dans les deux mois de la réception du dossier.

5.2.5 Modalité de subsidiation

Les subventions sont allouées par le Gouvernement dans les limites des disponibilités budgétaires pour les structures agréées en qualité d'ASI. Elles sont définies sur la base de l'organisation de l'accueil, de la tenue de réunions de concertation, d'activités de santé communautaire, de la collecte de données épidémiologiques, de l'implantation dans une zone à faible densité de population et de la participation au réseau local dans le cadre du relais social. Les associations qui exercent leurs activités au forfait sont privilégiées par rapport à celles qui travaillent à l'acte.

Organisation de la fonction d'accueil	25.000 € (pour autant que cette activité ait été assurée au moins 38h par semaine par 1 ou plusieurs personne(s) engagée(s) pour cette fonction en tant que salariée ou bénévole)
Coordination (montants par patient)	2,75 € (si minimum 44 réunions à concurrence d'1h) ou 4 € (si minimum 44 réunions à concurrence de 2h) Le nombre de patients pris en considération pour le calcul de la subvention pour la coordination est plafonné à 4.000. S'il s'agit d'un système de financement forfaitaire alors il s'agit du nombre de patients inscrits au 31 décembre de l'année écoulée. S'il s'agit d'un système de financement à la prestation alors le nombre de patients pris en considération est le résultat de la formule suivante : $N = N_{asi} / N_{moy}$ « N asi » est le nombre total de contacts prestés en médecine générale dans l'association durant l'année écoulée « N moy » est le dernier nombre moyen de contacts annuels en médecine générale en Belgique, celui-ci étant calculé par l'INAMI

Santé communautaire	<p>3.000 € (si entre 100 et 200h au cours de l'exercice écoulé) 6.000 € (si entre 200 et 400h au cours de l'exercice écoulé) 9.000€ (si plus de 400h au cours de l'exercice écoulé)</p> <p>Si des membres participent à la même activité de santé communautaire, les heures de prestations sont toutes prises en compte si ceux-ci exercent des rôles différents. Sinon, elles sont prises en compte forfaitairement, sauf si l'association justifie de la participation conjointe de ses membres.</p> <p>Si l'association fonctionne au forfait, il lui est, en outre, octroyé un supplément de 2.000 €.</p> <p>Si l'association participe au plan de cohésion sociale visé par le décret du 6 novembre 2008 relatif au plan de cohésion sociale dans les villes et communes de Wallonie pour ce qui concerne les matières dont l'exercice a été transféré de la Communauté française, ou si elle collabore avec un relais social urbain, pour ses missions de relais santé visé par le Titre 2 du Livre 2 de la Deuxième partie du présent Code, il lui est octroyé un supplément pouvant aller de 1.000 à 1.500 €.</p>
Observatoire de santé de première ligne	<p>3.000 € si participation à la collecte de données épidémiologiques désignée par le ministre ou engagement à le faire pour l'exercice à venir s'il s'agit de la première année d'agrément</p>
Siège d'activité de l'association	<p>2.000 € si localisation dans une zone rurale qui compte moins de cent habitants par km</p>

5.3 Financement FEADER

Le Fond européen agricole pour le développement rural (FEADER) soutient la politique européenne de développement rural en finançant des programmes de développement rural dans l'ensemble des États membres et régions de l'Union européenne (UE). Ces programmes sont le fruit d'une coopération entre la Commission européenne et les États membres, et prennent en considération les orientations stratégiques en matière de développement rural adoptées par le Conseil, de même que les priorités définies par les plans stratégiques nationaux.

- Un **cadre financier pluriannuel** : Tous les 7 ans, un cadre financier pluriannuel est voté au niveau européen. Il s'agit d'un plan de dépenses qui traduit les priorités de l'UE en termes financiers. Le nouveau cadre financier pluriannuel va couvrir la période 2021-2027 mais il n'y a pas encore d'accord final pour le moment sur les priorités et répartitions financières à venir.
- **Logique de fonctionnement** : Chaque État membre rédige son Programme de Développement Rural sur base des priorités définies par la Commission européenne. Les PDR régionaux sont ensuite validés par la Commission européenne.
- Pour la période de **programmation 2014-2020**, le Fond s'est concentré sur trois objectifs majeurs :

1. Favoriser la compétitivité de l'agriculture ;
2. Garantir la gestion durable des ressources naturelles et la mise en œuvre de mesures en faveur du climat ;
3. Assurer un développement territorial équilibré des économies et des communautés rurales.

Ces objectifs ont été traduits en Wallonie au travers de 17 mesures comprenant elles-mêmes des sous mesures.

- Dans la programmation actuelle, l'une de ces mesures (mesure 7) concerne la « Rénovation de base et rénovation de villages » comprenant la **sous-Mesure 7.2 : « Investissements dans la création, l'amélioration ou le développement d'infrastructures dans le domaine de la santé »** qui entre dans le cadre des réflexions menées actuellement entre la Commune d'Hastière et la Province de Namur. En effet, l'objectif de cette sous-mesure est de « Palier à la raréfaction, voire à la pénurie, de certains praticiens dans les zones rurales et ainsi améliorer l'accès aux soins de santé ».
- **Pour qui ?** Les appels à projet lancé dans le cadre de cette sous-mesure s'adresse aux Associations de Santé Intégrée agréées par le Gouvernement Wallon et aux petites infrastructures médico-sociales de proximité (infrastructure employant moins de 20 ETP). Ne sont retenus pour un co-financement FEADER que les projets qui sont portés par des structures sociales agréées par les autorités, qui sont situés en zone rurale et qui répondent à un besoin identifié dans un plan comme un PCDR, un PST ou encore un PCS.
- **Pour quoi ?** Les projets de financement doivent concerner des coûts d'investissement en infrastructure (construction, acquisition-rénovation, rénovation, extension) et équipement neufs permettant aux opérateurs de mener leurs missions de première ligne de soins et faciliter l'accessibilité aux personnes à mobilité réduite. Les frais généraux liés aux investissements (honoraires de bureaux d'études, d'architecte,...) sont plafonnés à 12% des coûts d'investissement éligibles.
- **Quelles aides?** L'intervention publique couvre 100% des dépenses éligibles (co-financement 40% EU et 60% RW).
- **Critères de sélection :** la localisation de l'investissement (zone rurale, semi-rurale ou Impulseo) ; la valeur de l'indicateur synthétique d'accès aux droits fondamentaux (ISADF) de la commune concernée ; l'expérience acquise par la structure médicale demandeuse.
- **Exemple de projet financé :** « la rénovation, aménagement et équipement de la maison médicale de Bièvre ».Transformation du bâtiment et acquisition d'équipements pour permettre de rencontrer les exigences en matière d'offre de soins de santé, de sécurité incendie, de sécurité des prestataires et salariés et d'accessibilité des locaux aux moins valides pour une prise en charge de qualité.
- **Pistes pour la prochaine programmation 2021 - 2027:** Premières ébauches d'ici la fin de l'année 2020 et, au mieux, programme wallon approuvé mi-2022.

5.4 Financement Interreg - FEDER

Interreg France-Wallonie-Vlaanderen 2014 – 2020 est un programme européen visant à promouvoir la coopération et favoriser les échanges économiques et sociaux entre quatre régions frontalières : les Régions Hauts-de-France et Grand Est en France et la Wallonie et la Flandre en Belgique.

Les projets et actions mises en œuvre dans ce cadre ont pour objectif de supprimer l'effet de la frontière entre la France et la Belgique dans la vie quotidienne des populations et d'associer les compétences communes des acteurs du territoire transfrontalier.

Au total, 170 millions d'euros provenant du Fonds européen de développement régional (FEDER) ont été alloués au programme 2014-2020.

Plusieurs conditions sont à remplir pour soumettre un projet au sein du programme³². Parmi elles, les projets doivent apporter une plus-value transfrontalière à la zone de coopération franco-belge et mobiliser au minimum un partenaire de part et d'autre de la frontière.

Les projets doivent également s'inscrire dans l'une des quatre grandes thématiques identifiées pour la période de programmation 2014-2020, à savoir :

Axe prioritaire 1 : Accroître la recherche et l'innovation de la zone transfrontalière ainsi que le transfert et la diffusion des bonnes pratiques innovantes dans les secteurs stratégiques.

Axe prioritaire 2 : Créer, valoriser et mutualiser conjointement des dispositifs de développement et d'accompagnement des PME à l'accès aux marchés.

Axe prioritaire 3 : Valoriser et développer de manière innovante, créative et durable le patrimoine transfrontalier via le tourisme. Développer la gestion intégrée et durable des ressources naturelles et des écosystèmes transfrontaliers. Anticiper et gérer les risques naturels, technologiques et industriels ainsi que les situations d'urgence.

Axe prioritaire 4 : Renforcer et pérenniser la mise en réseau et l'offre de services transfrontaliers à la population en matière sanitaire et en matière sociale. Favoriser l'emploi et la mobilité transfrontalière des travailleurs et intégrer les marchés de l'emploi.

Une fois accepté, les porteurs de projet en assument la mise en œuvre et sont remboursés de leurs dépenses après avoir satisfait aux différents contrôles coordonnés par les États membres. Les financements proviennent à hauteur de 50 % du Fonds européen de développement régional (FEDER) et 50 % des partenaires institutionnels, fonds propres et autres.

Piste pour la prochaine programmation : comme pour les financements FEADER, la programmation actuelle touche bientôt à sa fin. Il n'y a donc plus de nouveaux appels à projets pour le moment. Interreg VI France-Wallonie-Vlaanderen 2021-2027 est en cours de préparation et dévoilera prochainement ses premières réflexions sur la couverture géographique, la gouvernance du programme et les thématiques prioritaires de la programmation à venir.

³² Interreg France-Wallonie-Vlaanderen, <https://www.interreg-fwvl.eu/fr>

6. CONCLUSIONS ET PROPOSITIONS

La pénurie de médecins généralistes et d'autres professionnels de la santé dans les communes rurales est une réalité qui suscite de nombreuses interrogations quant à l'accessibilité aux soins de première ligne.

Ce rapport ambitionne de faire un premier « tour de la question » afin d'avoir une vision globale des pistes possibles, tout en ayant en mémoire le contexte propre au territoire de Hastière.

L'étude réalisée a pu confirmer les craintes des autorités communales dans le sens où Hastière fait partie des communes les plus durement touchées en Wallonie par la problématique de pénurie de médecins généralistes (actuellement 2 médecins pour 6022 habitants). Parallèlement à ce constat, les données récoltées mettent, entre autre, en évidence :

- Que le nombre de personnes très âgées va augmenter dans les années à venir à Hastière mais également la population totale avec une évolution du nombre d'habitant estimé à 1000 habitants supplémentaire d'ici 2030.
- Que la commune possède des indicateurs socio-économiques moins favorables en comparaison avec les moyennes observées en province de Namur et en Wallonie.
- Qu'en termes d'état de santé de la population, les indicateurs révèlent également une moins bonne situation à Hastière au regard des situations en province de Namur et en Wallonie (prévalence de maladies chroniques, ...).

Si on croise l'offre de soins présente avec les besoins qu'engendre le vieillissement de la population, l'état de santé actuel de la population et le contexte socio-économique des habitants, on peut conclure que cette offre de soins de première ligne est insuffisante actuellement (Besoins > Offre). La nécessité de développer une réflexion en la matière sur la commune de Hastière est donc bien confirmée.

Les premiers échanges entre les autorités communales de Hastière, l'Administration de la Santé Publique, de l'Action Sociale et Culturelle de la Province de Namur (ASPASC) et le Bureau économique de la province de Namur (BEP) ont déjà permis de dégager un certain nombre de pistes de réflexion afin d'attirer davantage, dans les années à venir, des professionnels de soins de première ligne sur la commune. Parmi celles-ci, la mise en place d'une structure regroupant en son sein plusieurs médecins, voire plusieurs métiers de soins (structure pluridisciplinaire) a été la piste la plus débattue au vue notamment du contexte local, de la tendance des jeunes diplômés à rechercher ce type de pratique en milieu rural ou encore de la volonté des personnes autour de la table de promouvoir une approche globale et intégrée de la santé, qui n'est pas centrée uniquement sur une vision biomédicale et curative mais qui favorise également les projets de promotion de la santé, la prévention et le travail pluridisciplinaire.

Réunir les professionnels du territoire

Il est important de garder à l'esprit qu'un regroupement de professionnels de la santé au sein d'une même structure, quel que soit son modèle, se met en place sur base uniquement de la volonté de plusieurs praticiens. Leur motivation et leur mobilisation à construire un tel projet sera l'un des facteurs primordiaux à la mise en place d'une structure de groupe.

Les services publics n'ont au final que peu d'emprise sur la volonté d'acteurs privés de collaborer ensemble mais ils peuvent néanmoins insuffler la démarche et montrer comment ils peuvent la soutenir s'il elle venait à voir le jour.

Une étape indispensable pour avancer dans cette direction est donc de réunir les acteurs de première ligne de soins lors d'un moment d'échanges. Ce moment sera l'occasion d'échanger globalement sur la problématique de pénurie à l'échelle locale mais également de :

- 1) Présenter brièvement les derniers chiffres récoltés dans le présent rapport qui permettent de contextualiser la problématique ;
- 2) Donner des informations sur les différents modes de groupements possibles et sur les soutiens possibles des instances publiques quand les professionnels ambitionnent de se lancer dans une telle démarche ;
- 3) Avoir un premier aperçu de leur représentation et de leur intérêt ou pas pour la pratique médicale de groupe ;
- 4) Sonder les acteurs de terrain sur d'autres pistes éventuelles à investiguer pour attirer des médecins généralistes et autres professionnels des soins, et voir selon eux quel rôle pourraient jouer les services publics pour soutenir des démarches dans ce sens.

Réaliser un sondage auprès de la population

Dans un second temps, il pourrait être opportun, en concertation avec la Commune et les acteurs du territoire mobilisés de réaliser un sondage auprès de la population afin de relever leurs besoins et leurs attentes en termes de soins de première ligne, les difficultés qu'ils rencontrent à l'heure actuelle, leur avis sur la mise en place éventuelle d'une structure groupée ou pluridisciplinaire. Ce sondage pourrait être réalisé via le bulletin communal en outre.

Dans la perspective d'un intérêt des citoyens et des professionnels pour le développement d'une pratique médicale groupée à Hastière

Si une volonté de se regrouper entre professionnels de la santé émerge, il s'agira dans un premier temps d'écrire un projet commun qui définisse les objectifs et les intentions de l'équipe. Outre un projet d'équipe clairement énoncé et la définition d'objectifs à court, moyen et long terme, l'équipe doit envisager : l'infrastructure nécessaire ; la préparation d'une convention de travail ; un règlement d'ordre intérieur ; le(s) mode(s) qui sera / seront privilégié(s).

Au niveau des seuils numériques de patients, on compte généralement un médecin généraliste pour 600-650 patients. Cependant, il faut tenir compte du fait que les habitants d'une commune ne se font pas toujours soigner le territoire de la commune dans laquelle ils vivent ou consultent un médecin pratiquant en solo. En moyenne, en ville, c'est environ 5 à 10 % de la population qui se rend à la maison médicale. A la Maison Médicale de Barvaux, ce quota atteint 30% et à la Maison Médicale de Libin, 95%. Pour qu'une maison médicale soit « viable » sur Hastière, partant du principe qu'il faille au minimum 2 médecins généralistes dans l'équipe, il faudrait au minimum 1.200 habitants inscrits au forfait. Ce raisonnement n'inclut pas les besoins ou ressources des habitants des communes voisines ni l'impact des flux de touristes en période estivale.

Les soutiens possibles

Il existe deux formes de soutien pour encourager l'installation de généralistes ou pour soutenir la mise en place et le développement d'activités dans le cadre de structures pluridisciplinaires :

- Premièrement, des soutiens d'ordre purement financiers : Impulséo (I, II, III), subside pour des structures pluridisciplinaires reconnues par la Wallonie (ASI), financement FEADER ou encore Interreg.
- Deuxièmement des soutiens en termes d'accompagnement et de service. Afin de favoriser la venue de stagiaires et/ou de jeunes médecins dans la commune, les autorités publiques peuvent proposer par exemple de mettre à dispositions un gîtes pour se loger provisoirement ou un local pour y exercer son activité, envisager de mettre à disposition du personnel administratif pour soulager les tâches administratives des cabinets médicaux ou encore du personnel du secteur de l'intervention sociale (PCS par exemple) pour venir en soutien au développement de projet de santé communautaires, de prévention et de réduction des risques, de promotion de la santé, ...

Enfin, afin d'attirer de jeunes médecins sur la commune, en plus des aides directes et indirectes qui peuvent leur être apportées, il est nécessaire de mettre en avant les facteurs attractifs (les atouts) de la commune. En ce sens, il est utile de montrer ce que la commune a déjà mis en place : actions sociales, accueil de la petite enfance, enseignement et formation, offre culturelle et de loisirs, ...

La coopération transfrontalière

De par sa situation de proximité avec la Ville française de Givet, il semblerait également pertinent d'envisager la possibilité de mettre en place des collaborations entre professionnels de la santé des deux côtés de la frontière.

Il serait intéressant, si un projet de Maison médicale venait à voir le jour, de réunir les acteurs locaux belges et français (autorités communales et professionnels de la santé) afin d'évaluer les pistes de coopération possibles. La coopération transfrontalière permet notamment d'envisager des projets conjoints qui peuvent être financés à hauteur de 50% par l'Europe (fond FEDER).

De par son expérience en matière de coopération transfrontalière avec la France, la Province de Namur pourrait venir en appui dans la construction administrative des dossiers, voir même en soutien dans les actions concrètes, les projets qui y seraient développés.

ANNEXES

- Interview de Christie Morreale par la Fédération des Maisons Médicales ;
- Formulaire de demande d'agrément en qualité d'association de santé intégrée à l'AVIQ ;
- Questionnaire relatif à l'agrément à durée indéterminée d'une association de soins intégrée.

CHRISTIE MORREALE :

« NOUS DEVONS OPTIMISER L'OFFRE
LOCORÉGIONALE, LA PROXIMITÉ ET
L'EFFICACITÉ DE LA PREMIÈRE LIGNE. »

Dans sa déclaration de politique régionale 2019-2024, le Gouvernement wallon indique vouloir définir une vision à long terme de la politique sociale et de santé. Il souhaite, entre autres, répondre au défi qu'est « l'accès à la santé pour toutes et tous sur l'ensemble du territoire ». Nous avons demandé à Christie Morreale, la nouvelle ministre wallonne de la Santé, ce qu'elle comptait mettre en œuvre pour y arriver.

Propos recueillis par [Pascale Meunier](#), rédactrice de *Santé conjugée*.

La Wallonie est actuellement divisée en une douzaine de zones de première ligne, qui correspondent à des réalités démographiques, géographiques et socioéconomiques. On voit par ailleurs que les sept futurs réseaux hospitaliers proposés ne concordent pas avec ces zones. Comment garantir dès lors la cohérence et la bonne coordination entre l'hôpital et l'ambulatoire ?

Les zones de soins se sont construites progressivement sur base de besoins réels. Les futurs réseaux doivent garantir des soins pérennes, accessibles, innovants et de qualité. L'enjeu majeur des prochains mois est double : accompagner le virage ambulatoire hôpital-domicile et renforcer l'articulation entre la première et la seconde ligne. Pour y parvenir, nous devons optimiser l'offre locorégionale, la proximité et l'efficacité de cette première ligne. Il faut aussi garantir une communication optimale entre les partenaires de soins, et aussi bien évidemment avec les patients.

L'échéance pour la constitution de ces réseaux hospitaliers est prévue pour la fin décembre. Est-ce réaliste ?

Les textes ont été finalisés. L'appel à projets a été envoyé et les dossiers devront être rentrés pour la fin décembre. Nous allons tenir les délais de mise en place.

Quels sont les éléments majeurs constitutifs de la politique de santé que vous comptez mener en faveur des Wallons ?

Le fil conducteur doit être l'accessibilité des soins pour tous et la lutte contre les inégalités de santé. Mes priorités en matière de santé sont tout d'abord la prévention et la promotion de la santé : si on veut retarder la perte d'autonomie, il faut agir en amont. Selon le rapport du Centre fédéral d'expertise des soins de santé, le KCE, sur la performance du système de santé, certains indicateurs sont à améliorer, notamment le taux de dépistage de certains cancers et particulièrement pour les personnes de niveau socioéconomique plus défavorisé.

Ensuite, la création du nouveau modèle de protection sociale en Wallonie tout en confortant et en finalisant la sixième réforme de l'État. Il est primordial de renforcer la première ligne d'aide et de soins. Dans ce modèle, la complémentarité inter hospitalière (dans le cadre des réseaux locorégionaux notamment), la pluridisciplinarité, la transdisciplinarité, l'articulation entre première et deuxième lignes, les échanges de données sont des maîtres mots. Le patient est au cœur du processus. L'hôpital est un maillon de la chaîne. Il s'articule avec les soins primaires en amont et avec les soins de réadaptation en aval (maisons de convalescence, hôtel de soins...).

Ma troisième priorité est la santé environnementale. Je suis sensible à la réduction de l'exposition des citoyens aux substances chimiques, en particulier les perturbateurs endocriniens. On découvre en effet tous les jours de nouveaux impacts de l'environnement sur la santé, comme celui des particules fines sur le développement du diabète de type 2. La santé mentale fait également partie de mes préoccupations.

L'évaluation de la réforme « psy 107 » est annoncée. Sous-entendu : elle ne répond pas aux besoins qui augmentent dans ce secteur et, surtout, ses acteurs de première ligne ne disposent pas d'assez de moyens. Quelles sont les priorités du Gouvernement wallon en matière de santé mentale ?

La mise en place de la réforme des soins de santé mentale pour adultes « psy 107 » va fêter ses dix ans et nous souhaitons analyser, en coopération avec tous les acteurs impliqués, les éventuelles pistes d'amélioration pour garantir une continuité dans la prise en charge des soins des patients en Wallonie. Aujourd'hui, 20 à 25 % de la population souffre de troubles de santé mentale. Le taux de suicide est plus élevé en Wallonie que dans le reste de la Belgique, et aussi par rapport aux autres pays européens.

Permettre aux différents publics d'accéder à des soins de santé mentale de qualité est un enjeu majeur pour notre société. L'AVIQ – l'Agence pour une vie de qualité – réalise actuellement un cadastre de l'offre de services en Wallonie afin d'accroître leur visibilité, mais aussi pointer les territoires où cette offre est insuffisante. L'accessibilité, entre autres pour les populations les plus pauvres, n'est pas toujours aisée non plus en fonction des lieux de résidence.

Dès 2020, je souhaite mettre en place des Assises de la première ligne de soins avec les différents acteurs impliqués, parmi lesquels les patients et les associations représentatives. Ce travail dans le secteur de la santé mentale s'effectuera à travers une réflexion globale et transversale. Les politiques des prochaines années doivent être en cohérence avec les besoins de la population. L'organisation des soins, et notamment de santé mentale, devra faire face à de nombreux défis : la poursuite et le développement des réseaux, la réorganisation des bas-

sins hospitaliers, l'évolution et l'intégration des matières reprises lors de la dernière réforme de l'État au niveau des politiques régionales, etc.

Le travail en silo parfois observé selon les matières et les méthodes de financement n'est pas toujours efficient...

Les professionnels de terrain sont en demande de plus de transversalité dans les politiques en vigueur aux différents niveaux de pouvoir. Il me semble important de pouvoir réaliser un instantané de l'état de la première ligne de soins afin de mettre en œuvre des pistes d'actions concrètes en concertation avec les professionnels, les associations de patients, les différentes fédérations et les administrations concernées pour en dégager une feuille de route et éventuellement des financements nécessaires. En fonction, nous travaillerons les réglementations et les protocoles en vigueur et je serai attentive à l'amélioration du décret des services de santé mentale.

Quid des enfants et des adolescents ?

Il est essentiel d'accentuer leur prise en charge en soutenant les initiatives existantes ainsi que les nouvelles politiques de santé mentale pour enfants et adolescents qui ont dans leurs missions le développement d'équipes mobiles de soins de crise ou de longue durée, l'échange et la valorisation des expertises entre les professionnels, et ce afin d'éviter les ruptures dans les processus de soins. En effet, la santé mentale n'est pas l'affaire d'un secteur et cela s'observe davantage encore dans le monde de l'enfance et de l'adolescence. Les souffrances psychiques sont de plus en plus précoces et il est nécessaire de réunir l'ensemble des professionnels dans les processus d'observation et de détection des problématiques afin d'accroître les politiques de prévention. Il en va de l'amélioration de la santé psychique de nos enfants, mais également des familles souvent démunies face à des problématiques de plus en plus complexes.

Le Gouvernement entend aussi accorder une place aux usagers. Comment envisagez-vous leur participation aux politiques de santé ?

Les usagers doivent être considérés comme des

partenaires dans la relation patient-prestataire. Il faut entrer dans une véritable dynamique participative. Le patient devient un acteur de société. De telles initiatives existent déjà. C'est le cas par exemple au Centre hospitalier universitaire de Liège qui a mis en place un comité de patients consultés pour les matières qui les touchent. Un autre exemple intéressant de décisions participatives émane de certains établissements d'accueil et d'hébergement pour aînés qui favorisent ces modèles dans le respect des habitudes de vie des résidents.

Un des axes sur lesquels nous pouvons aussi intervenir est celui de la littératie en santé. La littératie en santé est un concept multidimensionnel et assez complexe qui s'intéresse aux capacités des individus à comprendre, évaluer et utiliser les informations utiles pour la prise de décision en matière de soins de santé, de prévention des maladies et de promotion de la santé. Elle est reconnue comme un déterminant important de la santé.

Le Gouvernement s'engage à renforcer et encadrer l'offre de première ligne d'aide et de soins en favorisant le développement des pratiques multidisciplinaires de première ligne dans les communes wallonnes ainsi que l'installation des maisons médicales (aussi appelées associations de santé intégrée ou ASI). Comment soutenir concrètement leur création ?

Il s'agit de renforcer l'accessibilité géographique et l'accessibilité financière ! J'entends ainsi accentuer l'offre de première ligne - médecins généralistes, maisons médicales, centres de planning familial - et veiller à un renforcement des liens entre ces intervenants et les soins spécialisés, parmi lesquels évidemment les réseaux hospitaliers et les soins de santé mentale.

Les maisons médicales sont des modèles qui rencontrent des avantages multiples : ce sont des services de proximité, souvent gratuits pour le patient, qui rassemblent différents spécialistes et proposent plusieurs services. Elles assurent aussi des missions de promotion de la santé, en matière d'alimentation, de sport, d'hygiène de vie et de dépistage, par exemple. Aujourd'hui, nous devons travailler pour implanter des maisons médicales dans les zones où les indicateurs

d'inégalité sont très élevés, mais aussi en zones rurales. Pour améliorer l'accès aux soins, je rappelle que je lancerai très prochainement les Assises de la première ligne. À travers ce projet, l'idée est de dessiner ensemble et de construire, avec les acteurs de terrain, l'offre de santé de proximité de demain en Wallonie.

Il est aussi question de soutenir le fonctionnement des ASI. Le financement attendu par le terrain de la fonction psychosociale, assistants sociaux ou psychologues, est-il en vue ?

Le rapport du KCE sur la question d'une « psychologie de première ligne » préconise un premier niveau large et sans condition d'accès avec une limite à cinq séances. L'objectif est de régler rapidement les situations nécessitant une intervention courte et de détecter précocement les personnes réclamant des soins plus soutenus ou spécialisés. Ces recommandations doivent s'inscrire dans la réflexion large que nous voulons mener en concertation avec le secteur, les maisons médicales et les centres de planning familial, notamment. Le but est de conjuguer les efforts et l'expertise de chacun.

En ce qui concerne les assistants sociaux, il est indispensable de les associer dans une prise en charge globalisée du patient. La création des centres de coordination de services à domicile a cette vocation. Il est indispensable de les impliquer également dans cette nouvelle dynamique transversale que je veux instaurer.

Le budget des soins de santé proposé par la concertation sociale n'est pas passé au Conseil général de l'INAMI, l'arrêté royal relatif aux maisons médicales au forfait est en stand-by, l'horizon d'une coalition entre Francophones et Flamands ne se dessine pas... Qu'en pensez-vous ?

Je partage la déception que suscite la non-approbation du budget au vu des efforts que les différents acteurs de santé ont déployés. On est devant une grande incertitude.

Le PS souhaite obtenir des avancées au niveau du financement et de l'équilibre de la Sécurité sociale ainsi que de l'accessibilité des soins pour tous. Nous nous opposons à tout recul dans ce domaine. Cela fait partie de notre ADN. ■

Formulaire de demande d'agrément en qualité d'association de santé intégrée

1. Identification de l'association de santé intégrée

Dénomination du pouvoir organisateur :

Nature des statuts de l'association de santé intégrée

NNE

Adresse du siège social :

Rue, n° :

Code postal :

Localité :

Adresse du siège d'exploitation principal si différent du siège social :

Rue, n° :

Code postal :

Localité :

N° téléphone :

N° télécopie :

Adresse électronique :

4. Jours et heures d'ouverture de l'association de santé intégrée³³

JOURS	Matin (1)	Après-midi (1)
Lundi		
Mardi		
Mercredi		
Jeudi		
Vendredi		
Samedi		
Dimanche		

(1) Veuillez indiquer l'heure de début d'activités et l'heure de fin d'activités, par exemple sous la forme « de ... à ... »

5. Composition de l'équipe pluridisciplinaire

Pour chacun des membres de l'équipe pluridisciplinaire (médecins – kinésithérapeutes – personnel infirmier – secrétariat - accueil), indiquez nom, prénom, qualification (titres, diplômes), la ou les fonction(s) et la durée hebdomadaire du temps de travail ou des prestations

Nom, Prénom	Qualification (titres, diplômes)	Fonctions (1) et (2)	Horaire d'activités

(1) Si un membre exerce plusieurs fonctions, remplissez autant de lignes que ce membre exerce de fonctions.

(2) m = médecin – k = kinésithérapeutes – i = personnel infirmier – s = secrétariat – acc = accueil – soc = travailleur social – psy = psychothérapeute – aut : autres

6. Modalités d'organisation de la garde durant la semaine, les week-ends et jours fériés + modalités de contact de la garde (médecins généralistes)

7. Description de l'outil de liaison

³³ En ce compris les plages de fermeture durant le temps de midi lorsque l'accès (via une sonnette apposée à côté de la porte d'entrée par exemple) est possible en cas d'urgence.

8. Conditions financières d'accès aux soins et aux services de l'association

Soins : Forfait INAMI Tarification à l'acte

9. Accès au service

Services³⁴ : - pour le travail social :

- pour la psychothérapie :

10. Date d'introduction de la demande :

11. Signature(s) du ou des représentants officiels du pouvoir organisateur

Les documents suivants doivent être joints à la demande :

- une copie à jour des statuts du pouvoir organisateur parus au *Moniteur belge* ou de la décision de l'autorité publique de créer l'association de santé intégrée ;
- Une copie du contrat de travail ou de la convention de collaboration pour chaque membre de l'équipe ainsi qu'une copie du diplôme.
- Une copie du rapport des pompiers
- Une copie du contrat d'évacuation des déchets B2
- Un plan indiquant l'affectation et la désignation des locaux.
- Plan d'actions de l'association

³⁴ A savoir, la manière dont les prestataires sont associés.

**AVIQ Direction de la 1ère ligne d'aide et de soins
Secteur des associations de santé intégrée**

Questionnaire relatif à l'agrément à durée indéterminée d'une association de santé intégrée

Conditions d'agrément

Généralités

		OUI / NON
1	Garantissez-vous au patient le libre choix du prestataire de soins?	
2	Votre assemblée générale, ou votre comité de gestion, (selon que vous êtes organisés en ASBL ou par une autorité publique), est-elle/il composé majoritairement des membres de l'équipe ?	
3	Dans cette hypothèse, tout membre de l'équipe est-il membre de droit de l'AG ou du comité de gestion à sa demande ?	

Accessibilité des soins

		OUI / NON
4	En dehors des prestations couvertes par le système forfaitaire, appliquez-vous le paiement par prestation dans le respect de l'accord médico-mutualiste ?	
5	Dans cette hypothèse, appliquez-vous le régime du tiers payant dans les conditions définies par l'autorité compétente (AR - Inami)?	
6	Prenez-vous en charge toute personne qui ne dispose pas des ressources financières suffisantes ?	
7	Les tarifs, honoraires et contributions financières sont-ils affichés dans la/les salles d'attente ?	
8	Collaborez-vous avec les centres régionaux pour l'intégration des personnes étrangères ou d'origine étrangère agréés par la Région wallonne?	
9	Votre siège est-il identifié clairement à l'extérieur du bâtiment ?	
10	Est-il ouvert 10 heures par jour, du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés ?	
11	L'horaire d'ouverture est-il affiché à l'extérieur ?	
12	Une garde médicale est-elle assurée 24 heures sur 24, soit par l'association elle-même, soit par le recours à la garde organisée localement ?	
13	Un système téléphonique permettant au patient d'obtenir, 24 heures sur 24, une réponse directe à son appel est-il mis en place ?	

Fonction d'accueil

		OUI / NON
14	Le service d'accueil et de secrétariat est-il assuré par du personnel formé pour ce faire/adapté/ad hoc ?	
15	Votre infrastructure tient-elle compte du respect de la vie privée du patient en garantissant la confidentialité tant d'un point de vue acoustique que d'un point de vue visuel ?	
16	Votre infrastructure tient-elle compte des impératifs liés à la protection et à la conservation des dossiers des patients et données individuelles (sous format papier ou informatique) ?	
17	La salle d'attente et les installations sanitaires sont-elles adaptées à l'accueil des patients quels que soient leur âge et leur état de santé, en ce compris leur degré de mobilité ?	

Fonction curative et préventive		
		OUI / NON
18	La continuité des soins est-elle garantie par l'association elle-même ou en collaboration avec le réseau médico-psycho-social ?	
19	Dans le cadre du réseau, votre association conclut-elle des conventions de collaboration mentionnant l'identification des parties, l'objet de la collaboration, ses modalités et les moyens d'évaluation ?	
20	Des mesures d'organisation et de techniques appropriées ont-elles été instaurées afin de rendre les cabinets de consultation accessibles aux patients quel que soit leur âge ou leur état de santé ?	
21	Ces mesures respectent-elles les règles d'hygiène et de sécurité dont notamment l'utilisation de matériel à usage unique et l'enfermement de tout produit ou médicament ?	
Fonction de santé communautaire		
		OUI / NON
22	Organisez-vous des activités de santé communautaire dans l'intérêt de la collectivité au sein de laquelle vous inscrivez votre action afin que la population prise en charge participe à son état de santé dans une perspective d'amélioration ?	
Fonction d'observatoire de la santé de première ligne		
		OUI / NON
23	L'association fournit-elle, ou s'engage-t-elle à le faire, les données relatives au recueil épidémiologique selon les modalités fixées par le Ministre ?	
Equipe pluridisciplinaire		
		OUI / NON
24	L'équipe comprend-t-elle au minimum les fonctions requises par le Code, à savoir : 2 médecins généralistes, un kinésithérapeute, un infirmier, un service d'accueil et de secrétariat ?	
25	Les médecins généralistes de l'association exercent-ils leur activité au sein de celle-ci à titre principal ?	
26	Afin d'instaurer entre les membres de l'équipe une collaboration pluridisciplinaire, y a-t-il au minimum 44 réunions de coordination des activités liées à l'exercice des fonctions sur l'année civile ?	
27	Les membres ci-après participent-ils, ou sont-ils <u>représentés</u> (par un membre de la même discipline), à toute réunion de coordination (<i>diffère, mais peut inclure, des réunions exclusivement cliniques impliquant le secret médical partagé</i>) ?	
a)	Membres de l'accueil et du secrétariat ?	
b)	Médecins ?	
c)	Kinésithérapeutes ?	
d)	Infirmiers ?	
28	Les réunions de coordination se déroulent-elles durant minimum 1 heure ?	
29	Font-elles l'objet d'un procès-verbal et d'une liste signée par les participants ?	
30	Les procès-verbaux et les listes sont-ils conservés durant 5 ans ?	

Outil de liaison		
		OUI / NON
31	Le dossier santé permet-il à tous les membres de l'équipe d'accéder aux données qui les concernent pour remplir leurs fonctions, dans le meilleur délai et dans un but de continuité de l'activité (notamment les soins) ?	
Collaboration des travailleurs sociaux et des psychothérapeutes		
		OUI / NON
32	L'association collabore-t-elle avec des travailleurs sociaux et des psychothérapeutes ?	
33	Les conventions de collaboration liant l'association aux travailleurs sociaux et aux psychothérapeutes comportent-elles les éléments minimum prévus par l'article 1551 du Code réglementaire ? <i>(Pour rappel il s'agit de: identification des parties, objet de la convention, droits et devoirs de chacune des parties, existence ou non d'une contrepartie financière, durée de la convention et modalités de reconduction, modalité de partage de l'information utile à la prise en charge et à la continuité de celle-ci, modalités de désignation du référent patient, modalités d'évaluation périodique de la collaboration, modalités de résiliation et dispositions en cas de litige)</i>	

BIBLIOGRAPHIE :

- * Direction générale Statistique du SPF Economie – Statbel
- * Le CHU en poche. Donnée de l'année 2018, Dinant, Godinne, Saint-Elisabeth.
- * L'Infocentre de données transfrontalières Gedidot : <https://infocentre-sante.eu/indicateurs.html>
- * Walstat - Iweps : walstat.iweps.be/walstat-accueil.php
- * Plan d'action pour la médecine rurale au Canada (Faire avancer la médecine familiale rurale), Groupe de travail collaboratif canadien, 2017.
- * Faire avancer la médecine familiale rurale : www.youtube.com/watch?v=zKj8K2-el
- * Accompagner les plus fragiles vers les soins en santé mentale, Article paru dans le N°32 d'ActuSoins Magazine, Géraldine Langlois, 8 janvier 2020.
- * Meeus P, Van Aubel X. Performance de la médecine générale, bilan de santé. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Institut national d'assurance maladie- invalidité (INAMI)
- * Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, Gerkens S, Maertens de Noordhout C, Devleeschauwer B, Haelterman M, Léonard C, Meeus P. Performance du système de santé belge – Rapport 2019 – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 313B. D/2019/10.273/33.
- * Dr Marco Schetgen - Faculté de médecine de l'ULB. Quel avenir pour la formation en médecine générale ? Article paru dans « Le journal du Médecin », 2016.
- * AVIQ – Portail Santé.
- * AVIQ - DG Stat, 2019.
- * Fédération des Maisons Médicales : www.maisonmedicale.org/
- * Fédération des Maisons médicales, Santé Conjuguée, numéro 89, décembre 2019
- * Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) : www.ssmg.be/la-ssmg/
- * SPF - Publication de la Cellule Planification de l'Offre des Professions des Soins de Santé.
- * Lorant V, Geerts C, D'Hoore W, Sauwens D, Remmen R, Peremans L, et al. Médecine générale : Comment promouvoir l'attraction et la rétention dans la profession? Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2008
- * Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg, Médecine générale en province de Luxembourg· Résultats de l'enquête descriptive sur les conditions d'exercice et de pratique des médecins généralistes · 2016 · Rapport d'enquête · Arlon, 2017
- * Asbl Santé Ardenne : www.santeardenne.be/guide-des-types-de-pratique
- * C. Van Tichelen, Maisons médicales : quels impacts sur l'accès aux soins de santé pour les personnes précaires ?, Rapport de recherche de l'Iweps n°32, 2019.
- * Groupement Belge des Omnipraticiens, GBO, Je m'associe, tout ce qu'il faut savoir pour vous regrouper! : <https://www.le-gbo.be/sassocier/>
- * Alvarez Irusta, Lucia ; Belche, Jean-Luc ; Biston, Christine ; Buret, Laetitia ; D'Ans, Pierre ; et. al. Un livre blanc de la première ligne en Belgique francophone. (2020) <http://hdl.handle.net/2078.1/227641>
- * Commission européenne, Fonds européen agricole pour le développement rural (FEADER), https://ec.europa.eu/regional_policy/fr/policy/what/glossary/f/european-agricultural-fund-for-rural-development
- * Interreg France-Wallonie-Vlaanderen, <https://www.interreg-fwvl.eu/fr>

