

Organiser la première ligne en Wallonie

Note de réflexions et d'orientation de la PPLW – Septembre 2020

Plateforme de première ligne wallonne

I. Préambule

Cette note est une première esquisse de ce que pourrait être une refonte de l'organisation de la première ligne en Wallonie, rendue possible par la dernière réforme de l'Etat suite au regroupement des compétences d'organisation à la Région wallonne. Elle est le fruit d'un consensus partagé entre les organisations représentatives des principaux acteurs qui constituent la PPLW (Plateforme de Première Ligne Wallonne).

Dans la Déclaration de Politique régionale wallonne (DPRW) de 2019, on peut lire : « ... *une organisation territoriale de l'offre d'aide et de soins sera définie avec les acteurs de santé à partir des zones de soins de première ligne réparties sur l'ensemble du territoire wallon. Une cohérence entre la première ligne et les soins spécialisés, dont les futurs réseaux hospitaliers et les soins de santé mentale sera recherchée.* »

L'objectif de la présente note est d'esquisser, dans le cadre de cette déclaration, une vision commune défendue par l'ensemble des acteurs de la première ligne, et de traduire cette vision en propositions concrètes à présenter au Gouvernement wallon.

Plateforme de Première Ligne Wallonne (PPLW) : Qui sommes-nous ?

Cette plateforme a été initiée en 2016. Elle fait suite aux nouveaux enjeux résultant du transfert de compétences dans le cadre de la sixième réforme de l'Etat. D'abord organisée de manière informelle, elle s'est constituée en ASBL fin 2018 et se réunit régulièrement pour réfléchir à l'avenir du système de santé en Wallonie.

Elle est constituée actuellement de 2 types d'acteurs : les représentants des différents métiers de première ligne à travers leurs organisations professionnelles, et les représentants de fédérations de structures multidisciplinaires dans lesquelles les médecins généralistes sont impliqués.

Dans les organisations professionnelles on retrouve pour le moment :

- Les deux syndicats médicaux (Absym et GBO), la FAGW et la SSMG.
- Inficonsor (couple regroupant des associations d'infirmiers indépendants, salariés ou en maisons médicales).
- Les organisations professionnelles de kinésithérapeutes : AXXON et UKB.
- L'APB, l'AUP et l'ASPF représentant les pharmaciens.
- Les organisations professionnelles de dentistes : CSD, SMD.
- L'AFSFC et l'UPSFB représentant les sages-femmes.
- L'UPE représentant les ergothérapeutes.
- L'UPDLF représentant les diététiciens.

Et parmi les fédérations de structures multidisciplinaires:

- L'inter-SISD.
- L'inter-RML.
- La Fédération des Maisons médicales.
- La Fédération ACCOORD.

Cette composition est appelée à s'élargir encore à d'autres métiers comme les psychologues, ...

La sixième réforme de l'Etat et ses implications en santé

Cette réforme a transféré, du fédéral et de la communauté Wallonie Bruxelles, plusieurs compétences d'organisation de la première ligne en santé et en santé mentale : Services intégrés de soins à domicile (SISD), Réseaux multidisciplinaires locaux (RML), Cercles de médecins généralistes, Centres locaux de promotion de la santé (CLPS), Plateformes en santé mentale et en soins palliatifs. On retrouve donc, depuis 2011, l'ensemble des dispositifs de la première ligne autrefois dispersés entre les différents niveaux de pouvoir, en Région wallonne.

Contexte actuel de la pandémie COVID-19

Une première analyse de la situation de la première ligne à l'occasion de la crise COVID met en évidence des enseignements majeurs et certaines lacunes importantes.

En terme d'enseignements positifs nous retenons notamment que:

- Les prestataires de soins ont tout mis en œuvre pour assurer la continuité des soins en assurant la sécurité des citoyens et la leur, malgré la pénurie de matériel de protection et ont pris des initiatives nouvelles permettant de répondre aux exigences du moment.
- Le dialogue entre la première et la deuxième ligne s'est renforcé. De même, entre les différents acteurs de la première ligne, on a observé le développement de nouveaux modes de collaboration.
- La collaboration avec les pouvoirs publics s'est localement renforcée.
- La concertation interprofessionnelle, là où elle était déjà organisée, a permis de gérer la crise au niveau local de façon plus efficace et les structures financées par la région wallonne telles que les RML, les SISD, les cercles... se sont mobilisées au-delà de leurs compétences habituelles, pour soutenir la première ligne.

Nous avons aussi constaté certaines lacunes et faiblesses dans l'organisation actuelle du système:

- La plus évidente a été celle de la pénurie et des problèmes de distribution de matériel. Le manque de cadastre des professionnels réellement actifs sur le terrain, comme le manque de structuration locale, ont rendu assez chaotiques l'approvisionnement et la distribution des masques et des équipements de protection individuelle (EPI). Ni les provinces, ni les communes ne sont équipées pour effectuer correctement cette mission. A contrario, on observe que ce problème n'a pas été aussi prégnant pour la médecine générale : celle-ci est relativement bien organisée territorialement en cercles locaux qui ont pu remplir efficacement cette mission.
- Le manque de considération des suggestions des professionnels de première ligne dans la gestion de la crise.
- L'absence de concertation entre les pouvoirs publics et ces mêmes professionnels.
- La première ligne mise en souffrance par la dispersion des responsabilités entre les différents niveaux institutionnels.
- Même si le financement des professions de santé reste de compétence fédérale, ce fait est suffisamment important pour être signalé : les professionnels et les services de santé, en particulier ceux financés à l'acte, ont été lourdement impactés. Ceci pourrait contribuer à aggraver la pénurie dans certaines professions, ce qui pourrait compromettre une bonne organisation d'un système de santé. Cette crise a pourtant bien démontré que l'ensemble des

soignants constituent une indispensable protection pour la population en cas de crise sanitaire.

- Certaines professions de première ligne n’ont pas de lieux de discussions interprofessionnelles locales.

Ces différents enseignements renforcent notre conviction :

- Que la première ligne doit devenir la base de l’organisation des soins en Belgique.
- Qu’un renforcement d’une collaboration multidisciplinaire mieux structurée au sein de la première ligne, avec le support de l’autorité publique, est nécessaire.
- Qu’une réorganisation de la première ligne doit respecter les compétences des acteurs de terrain et les réseaux de collaboration efficaces.
- Qu’un plan de crise sanitaire doit être défini en concertation avec tous les acteurs de santé.
- Que les organisations professionnelles locales (comme, par exemple, les cercles de médecine générale, les associations de pharmaciens...) ont une importance capitale et indéniable dans l'organisation des soins à la population, notamment en cas de crise sanitaire.

II. Etat des lieux de la première ligne en Wallonie

La première ligne est constituée surtout par une multitude d'acteurs indépendants ou salariés :

- Beaucoup de praticiens travaillent en cabinet individuel, au sein d'un réseau étroit de professionnels de santé, librement choisis par les patients.
- D'autres prestataires exercent en groupes mono-disciplinaires.
- D'autres ont fait le choix de groupes multidisciplinaires : les Associations de Soins Intégrés (ASI) intègrent médecins généralistes, kinés et infirmières, avec de plus en plus souvent un.e assistant.e social.e et un.e psychologue, voire d'autres professions.
- D'autres groupes multidisciplinaires se sont également constitués. Certains ne comprennent pas de médecins dans leurs équipes (associations de plusieurs professionnels de soins de santé). Certains d'entre eux associent également des médecins spécialistes.
- Des groupements salariés regroupant différents prestataires de soins et de services.

La continuité des soins est assurée notamment par :

- Les cercles de médecine générale qui organisent la garde préférentiellement via les postes médicaux de garde (PMG).
- L'organisation des gardes des pharmaciens.
- Les accords formels ou informels passés entre infirmiers.
- Certaines structures d'appui telles que les équipes de soins palliatifs et de santé mentale dont certaines ont un service de garde.
- Les services de garde sages-femmes organisés par le terrain.

Des structures d'appui à la première ligne ont été créées au fil du temps par les différents niveaux de pouvoir, le plus souvent sur des thématiques précises. Certaines sont membres de la PPLW :

- Les Centres de Coordination de Soins et Services à Domicile (CCSSD).
- Les Centres locaux de promotion de la santé (CLPS).
- Les plateformes de soins palliatifs.
- Les plateformes de santé mentale.
- Les services intégrés de soins à domicile (SISD).
- Les Cercles de Médecins généralistes.
- Les réseaux locaux multidisciplinaires (RML).
- Les réseaux assuétudes.
- Les centres de planning familial.
- Les Relais sociaux et santé.
- Les réseaux santé mentale adultes (dits « 107 »).
- Les réseaux de santé mentale pour enfants et adolescents.
- Les Comités subrégionaux de l'AVIQ.
- Etc.

Ce sont, pour la plupart, des structures de type réseau socio sanitaire associant différents acteurs qui ont déjà entre eux des liens de collaboration mais ils sont territorialisés sur des territoires de taille très variable, et le plus souvent constituées en nombreuses ASBL disposant de peu de moyens financiers et

humains. Ces structures sont financées de manière complexe par des autorités différentes (Fédéral, Communautaire, Régional et Pouvoirs Locaux ainsi que par les structures privées ou mutuellistes). Tout se superpose sans réelle cohérence.

Il en résulte :

- Globalement, une très grande complexité et un manque de visibilité pour les usagers comme pour les professionnels ;
- Un manque de cohérence territoriale, ce qui rend difficile les synergies entre réseaux ;
- Un manque de transversalité et de vision globale liés à la structuration en silos et la complexité institutionnelle belge;
- Un manque d’ancrage local de certaines structures souvent lié au manque de visibilité et/ou éventuellement à l’étendue du territoire couvert ;
- De nombreux doublons (les plateformes de santé mentale, les réseaux 107, etc) ;
- De nombreuses ASBL financièrement fragiles : les travailleurs et gestionnaires y consacrent une énergie importante pour pallier leurs déficits de trésorerie souvent liés aux retards de subventions ;
- Une dispersion des moyens et un épuisement des acteurs.

Une organisation plus efficiente de la première ligne est nécessaire. La 6ème réforme de l’Etat a rendu possible cette organisation.

Par ailleurs, de nouveaux enjeux justifient cette réforme, et notamment :

- Le vieillissement de la population, avec comme corollaire le développement des maladies chroniques ;
- L’insuffisance de politiques cohérentes de prévention ;
- Le transfert de certains soins de l’hôpital vers le domicile ;
- Les pénuries locales de soignants, en particulier de médecins généralistes et d’infirmières ;
- Le développement de l’e-santé.

Par ailleurs, l’OMS recommande, de son côté, que tout système de santé soit construit à partir d’une première ligne bien organisée et suffisamment financée.

III. Principes directeurs et objectifs

Quels principes directeurs guident notre proposition ?

Tout en gardant à l'esprit que le système de santé doit être centré sur l'intérêt du patient, la réforme doit, pour la PPLW, se fonder sur les grands principes suivant :

- Privilégier une approche globale (médico-psycho-sociale).
- Soutenir les dispositifs existants qui ont fait leurs preuves.
- Associer les acteurs de terrain concernés à l'organisation de la première ligne.
- Préserver la diversité.
- Garantir le financement et l'autonomie de décision et de gestion de chaque métier dans son domaine d'activité.
- Accentuer la neutralité et le pluralisme.
- Préserver le libre choix : l'organisation territoriale ou des incitants financiers ne peuvent servir de prétexte pour réduire le libre choix du patient.

Quels objectifs poursuivons-nous ?

1. Pour les patients et leur famille :

- Mieux identifier les besoins de la population concernée.
- Faciliter l'accès aux soins de première ligne et réduire le recours inapproprié à la deuxième (économies induites).
- Promouvoir et soutenir la santé et mobiliser les ressources du patient et de sa famille.

2. Pour les professionnels :

- Soutenir les professionnels de terrain par une meilleure connaissance des ressources locales.
- Renforcer la concertation autour du patient.
- Renforcer la communication et le partage d'informations au sein de la première ligne et avec les deuxième et troisième lignes.
- Inciter chaque profession à s'organiser en cercles en vue d'assurer une continuité des soins en cas de nécessité.
- Promouvoir les compétences des professions de la première ligne et faire connaître leur plus-value.

3. Pour le système de santé :

- Identifier l'offre existante au sein de territoires ainsi que ses lacunes.
- Améliorer la communication et la collaboration.
- Faciliter la mutualisation des moyens des structures de réseau, en concertation avec les acteurs.
- Développer le concept de responsabilité territoriale pour garantir l'accessibilité et la continuité des soins pour l'ensemble de la population.

IV. Une approche territoriale

Afin d'apporter à l'ensemble de sa population les meilleurs soins avec les moyens nécessaires, il y a lieu de:

- Déterminer le territoire sur lequel elle réside.
- Identifier la population de chaque territoire.
- Analyser les besoins de la population à chaque endroit du territoire.
- Recenser l'offre de soins sur ce territoire.

La pyramide des soins conceptualisée par l'OMS dans la déclaration d'Alma Ata en 1984, prévoit 3 niveaux de soins :

- Les soins de grande proximité (médecins généralistes, pharmaciens, infirmiers à domicile, sages-femmes, kinés, dentistes... : maxi 10 km).
- Les soins de moyenne proximité (l'hôpital général, la maternité, médecins spécialistes, ...).
- Les soins hyperspécialisés (hôpitaux universitaires).

Pour organiser un système de santé efficient, il y a donc lieu de définir des niveaux de territoires correspondant à ces niveaux de besoins de soins.

Dans la littérature, on distingue 3 ou 4 niveaux de territoires :

- Niveau nano : c'est la grande proximité (5 à 10.000h) : quartier, village(s), petites villes...
- Niveau micro (100.000h) : ville moyenne + zones rurales alentour. C'est aussi la taille moyenne du territoire d'un hôpital (la Wallonie compte 39 hôpitaux généraux pour 3.6 millions d'habitants).
- Niveau macro : l'ensemble de la Région, voire des Régions Wallonie/Bruxelles vu la concentration d'hôpitaux universitaires à Bruxelles).
- Entre le micro et le macro, il existe un niveau dit « méso » (3 à 500.000h) qui correspond, de fait, aux sous-régions bien connues en Wallonie, et quelque peu différentes des provinces.

Caractéristiques territoriales de la Wallonie

En terme de densité de population, on peut distinguer en Wallonie 3 types de zones :

- Urbaines (grandes villes : Liège et Charleroi).
- Rurales (sud du pays).
- Semi-rurales : le reste du territoire wallon où résident plus de 2 millions de wallons, est constitué de petites et moyennes villes entourées de zones rurales, constituant chaque fois un petit « bassin de vie ».

1. Le niveau nano : une variété de pratiques

Au niveau des quartiers et villages, on retrouve différentes sortes de pratiques : solo, en réseau, monodisciplinaires ou pluridisciplinaires... Quel que soit le modèle de pratique choisi par les acteurs, le travail en équipe/réseau formel ou informel doit être soutenu.

2. Le niveau micro : Les zones de première ligne (ZPL)

La question de la définition de territoires pertinents pour organiser la première ligne est une équation complexe, notamment en raison de l'hétérogénéité du territoire wallon.

1. La taille du territoire doit être **suffisamment grande** pour regrouper un ou plusieurs postes médicaux de garde voire une coopération fonctionnelle, un ensemble de services assez complet permettant de couvrir la grande majorité des besoins d'une population : un nombre suffisant de généralistes et de pharmacies, de services à domicile, idéalement un hôpital de proximité avec une maternité, au moins un service de santé mentale, un planning familial, un ou plusieurs CPAS, ... Tout cela constituant un micro système de santé local suffisamment complet pour couvrir 90% des besoins de la population.
2. A l'inverse, elle doit être **suffisamment petite** pour que la proximité soit préservée: les distances doivent être réduites, les acteurs se connaissant souvent déjà. Il y existe de nombreux réseaux naturels qu'il convient de soutenir et amplifier. Les distances à parcourir doivent rester raisonnables pour faciliter la coopération entre acteurs.
3. Ces territoires doivent idéalement s'articuler avec d'autres types de territoires correspondant à d'autres réalités de type socio-économiques, culturelles et éducatives : c'est la notion de « **bassin de vie** ». La santé se construit aussi sur ces dimensions- là.
Ils doivent couvrir un ensemble de communes complètes, et, ensemble, couvrir l'ensemble du territoire wallon sans qu'il n'y ait de recouvrement. Le territoire wallon étant composé principalement de zones semi-rurales, il nous semble que la taille moyenne optimale se situe généralement entre 50 et 150.000 habitants, ce qui constitue d'ailleurs déjà les territoires des postes de garde de médecine générale.
Dans les grandes villes comme Liège et Charleroi, vu la structuration existant déjà et les faibles distances, il nous semble que la zone de première ligne pourrait couvrir l'ensemble de l'entité urbaine.
Et dans les régions très rurales, il devrait être possible de passer en dessous des 50.000 pour éviter de trop grandes distances

En tout état de cause, il faudra que ce travail de définition des territoires se fasse en concertation étroite avec les acteurs de terrain.

La création de conseils locaux de santé

Pour permettre à ces zones de première ligne de se construire, il ne suffit pas de déterminer des territoires. Il est indispensable de leur déterminer une structure, des missions, de leur donner les moyens nécessaires pour les remplir.

Structure

Notre proposition est une association disposant d'un statut juridique composée, entre autres, de représentants mandatés par :

- Les différents professionnels de soins et d'aide.
- Les citoyens du territoire concerné.
- Les pouvoirs publics locaux.
- Les différents types de services de première ligne plus spécialisés organisés sur le territoire.

Dans un souci de démocratie, il importe que ces différents acteurs soient représentés de manière équilibrée de sorte qu'aucun d'entre eux n'ait la majorité absolue.

Missions

Les conseils locaux de santé auraient pour missions principales de :

- Évaluer les besoins de la population locale ;
- Réaliser et tenir à jour le cadastre précis de l'offre de soins et d'aide
- Evaluer l'adéquation de l'offre aux besoins, les éventuels doublons et les lacunes et, si nécessaire, définir des stratégies en fonction des données épidémiologiques et des besoins ;
- Relayer ces éléments vers les pouvoirs publics ;
- Organiser la concertation entre les différents métiers/services sur le territoire : tant au niveau de la concertation multidisciplinaire autour du patient que la concertation entre métiers au niveau local ;
- Soutenir le développement de groupes et réseaux multidisciplinaires locaux ;
- Soutenir les services de gardes et promouvoir leur organisation par les métiers pour lesquels elles n'existent pas encore ;
- Soutenir les différents métiers pour qu'ils puissent s'organiser de manière plus efficiente sur leur territoire (ex : les cercles infirmiers) ;
- Participer à la mise sur pied d'un système de guichet unique permettant de fournir l'information aux patients comme aux acteurs de terrain ;
- Développer des actions de santé communautaire, de prévention et promotion de la santé ;
- Promouvoir le dialogue avec le ou les hôpitaux du territoire s'il en existe, ou de l'hôpital de référence voisin si le territoire en est dépourvu ;
- Promouvoir la mise en place de projets innovants ;
- Participer à la structure méso (cfr infra) ;
- ...

Moyens humains et financiers

Les besoins en moyens humains et financiers sont à analyser et à évaluer. Il sera nécessaire d'y injecter des moyens nouveaux : en aucun cas une telle réforme ne peut être le prétexte pour réaliser des économies : la première ligne manque déjà de moyens et a besoin de moyens nouveaux pour remplir ses missions et relever les défis de l'avenir.

3. Le niveau méso : Les plateformes sous régionales de santé

Dans certaines régions, les acteurs peuvent exprimer le besoin de créer une structure intermédiaire, entre le macro et le local. Entre le Macro (RW, AVIQ), et le local, il pourrait être nécessaire d'avoir une structure d'un niveau intermédiaire (méso) sur un territoire qui rassemble plusieurs ZPL (Zones de Première Ligne). Notons que la plupart des dispositifs thématiques existant (promo de la santé, assuétudes, santé mentale, soins palliatifs,...) sont implantés sur des territoires de cette échelle. Une simple mise en cohérence de leurs territoires faciliterait déjà leur transversalité. Si un regroupement des dispositifs sous régionaux existants s'avère nécessaire, sa structure reste à définir.

Problématique du lien territorial Réseaux hospitaliers / Première ligne

En 2020, la constitution des réseaux hospitaliers est sur les rails. Le dialogue hôpital/ambulatoire constitue un des gros enjeux pour l'avenir, dans la mesure où de plus en plus de soins actuellement dispensés à l'hôpital devront l'être à domicile demain. Ceci nécessite la négociation de protocoles entre première et deuxième ligne déterminant qui fait quoi et comment en mettant en place une collaboration efficiente. C'est un des objectifs de cette réforme attendue de la première ligne : aider ces dernières à renforcer ce dialogue, pour, in fine, améliorer la qualité et la continuité des soins. Le fait que la définition territoriale des réseaux hospitaliers et celle de la première ligne ne sont pas superposables pose problème. Cette question devra être approfondie.

4. Le niveau macro

Certains sujets doivent être réfléchis de manière concertée au niveau de l'ensemble du territoire wallon. Pour ce faire, nous pensons qu'une structure de concertation constituée de représentants des conseils locaux de santé doit pouvoir remplir ce rôle, éventuellement au sein de la structure de l'AVIQ.