

Plateforme de première ligne wallonne

Organisation de la première ligne en Wallonie

Note conceptuelle – Version4 – Janvier 2020

Préliminaires

Dans la déclaration de politique régionale wallonne 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.

La plateforme de première ligne wallonne (PPLW) : Qui sommes nous ?

Cette plateforme a été constituée en 2016, 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 en fin 2018 et se réunit une fois par mois pour réfléchir à l'avenir du système de santé en Wallonie.

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

Dans la première catégorie on retrouve pour le moment :

- Les deux syndicats médicaux (Absym et GBO), la FAGW et la SSMG
- Inficonsor (coupole regroupant l'ensemble des organisations infirmières)
- Les organisations professionnelles de kinésithérapeutes : AXXON et UKB
- L'APB, l'AUP et la ASPF représentant les pharmaciens
- Les organisations de dentistes : CSD

Et dans la deuxième catégorie :

- L'inter-SISD
- L'inter-RML
- La fédération des maisons médicales

Des représentants des organisations professionnelles des sages-femmes et des ergothérapeutes ont récemment intégré la PPLW.

Cette composition est appelée à s'élargir encore à d'autres métiers comme les psychologues, les diététiciens, Mais on peut considérer qu'elle représente déjà une grande partie des acteurs de la première ligne wallonne et constitue, de ce fait, l'interlocuteur privilégié pour les pouvoirs publics en ce qui concerne la structuration de la première ligne.

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 se retrouve donc, depuis 2011, avec l'ensemble des dispositifs de structuration de la première ligne autrefois dispersés entre les différents niveaux de pouvoir, en Région wallonne.

Etat des lieux de la première ligne en Wallonie

La première ligne est constituée surtout par une multitude d'acteurs indépendants (MG, pharmaciens, dentistes, infirmières, kinésithérapeutes, sages femmes, ...) Certains se sont organisés au fil du temps :

- En groupes multidisciplinaires : d'abord les maisons médicales (dès 1972), intégrant au sein de petites équipes, au niveau des quartiers, médecins généralistes, kinés et infirmières, avec de plus en plus souvent assistant social et psychologue, voire d'autres professions. La Wallonie en compte 78 (???) pour le moment ; elles sont agréées par décret par la Région sous le label « associations de santé intégrée ». Le modèle est en plein développement (croissance de 10% environ chaque année), mais reste encore assez marginal, couvrant environ 5% de la population.
- D'autres groupes multidisciplinaires, ne souhaitant pas être associés au mouvement des maisons médicales, se sont également constitués. Certains d'entre eux associent également des médecins spécialistes
- En services mono-disciplinaires : regroupements de plusieurs médecins ou d'infirmières dans un même cabinet,...
- En services pluridisciplinaires salariés : CSD et ASD, créés à l'initiative des mutualités chrétiennes et socialistes regroupant infirmières et aides familiales ; les médecins ne sont pas intégrés dans ces services.

Depuis les années 80, plusieurs tentatives d'organisations territoriales ont été prises au fil du temps aux différents niveaux de pouvoir, le plus souvent sur des thématiques précises :

- Les Centres de coordination de soins et services à domicile (CCSSD), dans le début des années 80, à l'initiative de médecins généralistes. Dans les années 90, les CCSSD ont été déclinés en deux catégories : les « externes », non liés à des services, et les « intégrées », parce que liées à des services à domicile comme CSD et ASD.
- Les Centres locaux de promotion de la santé (CLPS) : créés par la Communauté française, ils sont centrés sur le concept de promotion de la santé, une approche beaucoup plus large que simplement les soins. Ces centres ne dispensent pas de soins mais sont centrés sur la prévention
- Les plateformes de soins palliatifs, venant en soutien à la prise en charge des soins palliatifs au domicile du patient
- Les plateformes de santé mentale : espaces de concertation ambulatoire/hôpital au niveau sous régional
- Les services intégrés de soins à domicile (SISD), surtout chargés de l'organisation et du financement de la concertation multidisciplinaire autour du patient (santé générale et santé mentale)
- Les Cercles de Médecins généralistes, dont le rôle premier est d'organiser les gardes ; ils sont aussi un interlocuteur de choix pour la deuxième ligne
- Les réseaux locaux multidisciplinaires (RML), rattachés aux cercles (.....)
- Les réseaux assuétudes, qui rassemblent l'ensemble des acteurs assuétudes au niveau sous régional.
- L'organisation des gardes des pharmaciens

On peut ajouter à cela :

- Les Relais sociaux et santé, centrés sur les questions de grande précarité dans et autour des grandes villes
- Les réseaux santé mentale adultes (dits « 107 »), qui restent d'initiative fédérale et liés aux hôpitaux mais rassemblent un nombre important d'acteurs de la santé mentale, de la santé générale, du social, du logement, de l'insertion, etc.... sur des territoires de taille sous régionale
- Les réseaux de santé mentale pour enfants et adolescents : réseaux différents des réseaux 107 sur des territoires provinciaux
- Les Comités subrégionaux de l'Aviq, centrés sur le handicap

Ce sont, pour la plupart, des structures de type réseau sociosanitaire associant différents acteurs (souvent en partie les mêmes), territorialisés pour la plupart sur des territoires de taille similaire de 300.000 à 500.000 h mais quasi tous différents, constituées en petites ASBL avec 1 coordinateur et parfois un travailleur administratif.

Tout se superpose sans grande cohérence. Rien qu'en santé mentale, il y a 3 réseaux différents sur des territoires différents.

Il en résulte :

- 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 ;
- Une structuration en silos avec manque de transversalité et de vision globale ;
- Un manque d'ancrage local : les territoires sont relativement grands et rassemblent de très nombreux acteurs qui ne se connaissent pas, et travaillent rarement ensemble. Les distances sont trop importantes et chronophages ;
- De nombreux doublons (ex : les plateformes de santé mentale et les réseaux 107) ;
- De nombreuses ASBL financièrement fragiles : les travailleurs consacrent une énergie importante pour pallier à leur déficit de trésorerie suite aux retards de subventions ce qui les détourne de leurs missions premières ; les acteurs de terrain sont sollicités pour participer à de nombreuses AG et CA ;
- Une dispersion des moyens et un épuisement des acteurs : les généralistes sont sensés participer à tout, mais avec bien peu de moyens pour le faire

Pourquoi une restructuration de la première ligne est nécessaire ?

Au vu de l'analyse de la situation existante, une refonte globale est nécessaire. Elle est rendue possible aujourd'hui suite au regroupement, à la Région wallonne de l'essentiel de ces dispositifs suite à la 6^{ème} réforme de l'Etat (auparavant ils relevaient soit de la région, soit du Fédéral, soit de la CFWB).

Par ailleurs, de nouveaux enjeux rendent cette réforme indispensable pour plusieurs raisons, et notamment :

- Le vieillissement de la population, avec comme corollaire le développement des maladies chroniques, à mettre en regard du fait que l'hôpital et les développements technologiques de la médecine a un coût de plus en plus prohibitif. Si nous voulons maintenir des soins de qualité accessibles pour tous, la première ligne doit devenir plus performante et s'organiser de manière plus efficiente.
- Diverses initiatives ont été prises récemment (projet pilotes maladies chroniques, hospitalisation à domicile, séjour écourté suite à un accouchement, projets 107...) montrent un déplacement progressif de certains soins de l'hôpital vers le domicile :

l'ambulance n'est pas vraiment prêt à les accueillir par manque de d'organisation, de moyens humains et financiers .

- Les pénuries de soignants, et en particulier de médecins généralistes et d'infirmières, imposent de faire en sorte que ceux-ci puissent s'appuyer sur un système bien organisé, sans quoi ces pénuries risquent de s'aggraver.
- L'OMS recommande, de son côté, que tout système de santé soit construit à partir d'une première ligne bien organisée et suffisamment financée.

Quels principes directeurs guident notre proposition ?

Pour la PPLW, la réforme doit se fonder sur les grands principes suivants :

- Construire un système à partir du local. Mettre en œuvre le principe souvent énoncé mais peu respecté : le patient est au centre du système de santé. La première ligne, la ligne de proximité, est la plus proche du patient, la plus utilisée et donc elle doit se trouver au centre du système de santé. Les autres lignes viennent en appui de la première. L'hôpital, bien que restant un acteur essentiel du système, ne peut plus être le centre de l'essentiel des préoccupations ;
- Privilégier une approche transversale, holistique : médical, social et santé mentale doivent être mieux intégrés.
- Partir de l'existant pour le renforcer : on ne part pas de rien. Sur le terrain, il existe des réseaux naturels au niveau local , il existe aussi des territoires dont certains ont montré leur pertinence, d'autres moins (par exemple, les territoires des réseaux psy 107 beaucoup trop étendus). Certains réseaux naturels se sont organisés comme les cercles de médecins généralistes.
- Associer les acteurs concernés : une telle structuration ne sera efficace que si les acteurs s'en emparent.
- Préserver la diversité : si notre système actuel souffre d'un manque d'organisation, il a le mérite d'avoir une très grande diversité d'acteurs permettant de répondre à des besoins qui eux-mêmes, sont de fait très diversifiés. Cette diversité mérite d'être préservée.
- Neutralité : il s'agit de sortir des anciennes logiques de concurrence entre public et privé, ou encore entre structures privées elles-mêmes qui compliquent inutilement l'organisation du système. Les structures et services mis en place ont une mission de service public : ils se doivent de garder la plus grande neutralité, le plus grand pluralisme possible dans un objectif d'accessibilité maximale.
- L'organisation territoriale ne peut servir de prétexte pour réduire le libre choix du patient : Cette organisation a pour but premier de permettre le maintien à domicile de personnes en situation de vulnérabilité, et nécessitant des soins complexes par plusieurs intervenants requérant une bonne coordination. Ils constituent les principaux bénéficiaires de cette organisation. La majorité des citoyens autonomes coordonnent eux-mêmes leurs soins ; s'ils s'adressent à des prestataires de territoires différents, ils peuvent le faire sans bénéficier de l'organisation territoriale. Dans notre modèle, le libre choix est préservé.
- L'organisation des métiers de la première ligne autour du patient doit se faire de manière décloisonnée avec une recherche d'efficacité, avec une répartition des tâches basée sur les compétences, l'accessibilité et les disponibilités en y intégrant les politiques de prévention.
- . Une meilleure connaissance du profil de compétences de chacune des professions de la première ligne afin d'améliorer la communication et le relais des patients vers le professionnel de choix.

Quels objectifs poursuivons-nous ?

- Faciliter l'accès aux soins de première ligne pour les usagers et réduire le recours inapproprié à la deuxième (économies induites), notamment aux services d'urgences des hôpitaux
- Soutenir les professionnels de terrain par une meilleure connaissance des ressources locales et une organisation de la concertation autour du patient
- Mutualiser les moyens des structures de réseau thématiques pour rendre le système plus efficient
- Mieux identifier les besoins locaux et l'offre existante, ce qui nécessite une territorialisation claire. Identifier les doublons et les lacunes dans l'objectif d'une meilleure répartition territoriale (et donc une accessibilité renforcée)
- Impliquer les usagers, premiers concernés, les acteurs sociaux et les pouvoirs publics locaux dans la santé (approche globale, action sur les déterminants de la santé)
- Renforcer la communication et le dialogue première ligne/hôpital (qualité des soins)
- Décloisonner la santé : le cloisonnement entre, par exemple, santé générale et santé mentale a de moins en moins de sens dans la mesure où les problèmes de santé mentale sont susceptibles de toucher toute la population. Ce sont les généralistes qui sont les premiers sollicités, et le plus souvent les seuls d'ailleurs. La santé mentale n'est pas dissociable de la santé somatique.
- Augmenter la part des ressources allouées à la prévention.

Pourquoi une approche territoriale est-elle indispensable ?

Un système de santé doit avoir pour objectif d'apporter à l'ensemble de sa population les meilleurs soins avec les moyens disponibles. Nous avons besoin de savoir quels sont les besoins de la population à chaque endroit du territoire. Et pour ce faire, le préalable pour identifier une population est de déterminer le territoire sur lequel elle réside.

Parallèlement, nous avons aussi besoin de connaître l'offre existante sur ce même territoire, et analyser l'adéquation de l'offre à ces besoins.

En terme de type de soins, on peut en distinguer 3 catégories : les soins de grande proximité (généraliste, pharmacien, infirmière à domicile, sage femme, ... : maxi 10km), ceux de moyenne proximité (hôpital général, spécialiste, SSM, ...) , et les soins hyperspécialisés (services universitaires). Ce qui correspond aux première, deuxième et troisième lignes.

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 est sans doute nécessaire d'identifier un niveau dit « meso » (3 à 500.000h) qui correspond, de fait, aux sous-régions bien connues en Wallonie, et quelque peu différentes des provinces. C'est aussi à cette échelle que sont définies les zones de soins, les territoires des structures de type réseau évoquées plus haut, et plus récemment, les réseaux hospitaliers.

Concept de responsabilité territoriale : la définition des territoires est aussi nécessaire pour assurer les meilleurs soins sur le territoire, ce qui introduit la notion de responsabilité. Le plus bel exemple en est la garde de médecins générale : le territoire wallon est totalement couvert, et chaque point du territoire est couvert par une seule zone de garde. Le généraliste de garde est obligé, par la Loi, de prendre en charge le patient qui en a le besoin. Il en est de même pour la garde des pharmaciens. Le même raisonnement pourrait être étendu à d'autres services pour lesquels ce type de responsabilité n'existe pas : qui prend en charge tel type de problème psychiatrique quand tous les acteurs refusent et se renvoient la balle ? Qui a la charge d'identifier les besoins et l'offre de soins et de la communiquer aux prestataires et aux usagers ? Qui a la charge d'organiser la garde infirmière, celle des kinésithérapeutes ou encore celle des sages-femmes ?

Les zones de soins de première ligne (ZPL)

La Flandre vient, à l'issue d'un long processus de concertation de déterminer des zones de première ligne entre 75000 et 125.000 habitants. Dans son modèle, elle identifie un niveau micro à 5/10.000 habitants, un niveau meso à 100.000 habitants, mais pas de niveau à 300.000.

La structure géodémographique de la Wallonie est bien différente de celle de la Flandre, beaucoup plus homogène. En terme de concentration de population, on peut distinguer en Wallonie 3 types de zones : urbaines (grandes villes : Liège et Charleroi), semi-rurales et rurales (Luxembourg,). Liège et Charleroi (en tant qu'agglomérations urbaines) comptent ensemble 1200000 h, les zones rurales environ 300.000, 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 »

Dans notre modèle, nous pensons que la taille optimale d'une zone de première ligne se situe entre 50 et 150.000h. Pourquoi ?

- Cette taille de territoire est suffisamment grande pour regrouper, généralement, un ensemble de services assez complet permettant couvrir la grande majorité des besoins d'une population : une centaine de généralistes, 35 pharmacies, tous les services à domicile, un hôpital de proximité, au minimum un service de santé mentale, 1 planning, 1 ou plusieurs CPAS, ...
- A l'inverse, la proximité est préservée: les distances sont assez réduites, les acteurs se connaissent souvent déjà et il existe de nombreux réseaux naturels qu'il convient de soutenir et amplifier. Les distances à parcourir restent raisonnables, ce qui facilite la coopération entre acteurs.
- Les médecins généralistes sont organisés en « cercles » sur des territoires relativement petits reconnus par les pouvoirs publics pour, entre autres organiser les gardes. Et pour organiser celles-ci, ils se sont récemment organisés pour définir des territoires « 100.000 » (entre 50 et 150.000), appelés « zones de postes de gardes », qui couvrent tout le territoire sans superposition. Ces zones sont constituées par les territoires d'un ou plusieurs cercles
- Ces territoires correspondent le plus souvent à d'autres réalités de type socio-économiques, culturelles et éducatives : c'est la notion de « bassin de vie », ou encore de « supracommunalité ». 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.

Sur ces territoires « 100.000 », on dispose donc d'un « micro-système » de santé presque complet permettant la prise en charge de plus de 90% des problèmes de santé. C'est donc le niveau le plus intéressant pour construire le système en respectant au mieux les caractéristiques locales et les tissus relationnels existants

A partir de là, il est sans doute nécessaire de prévoir 2 exceptions :

- Pour les grandes villes (Liège et Charleroi) : les dynamiques déjà en place, notamment à Charleroi, indiquent qu'il est sans doute préférable d'avoir des territoires plus grands qui correspondent aux arrondissements administratifs
- Pour les zones très rurales : en fonction des dynamiques locales, et tenant compte de la faible concentration de la population il est sans doute nécessaire de déterminer des territoires de moins de 50.000h, afin de rester dans des distances raisonnables

Les 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 de gestion, des missions, de leur donner les moyens nécessaires pour les remplir

Structure : notre proposition est de type ASBL. Celle-ci serait composée, entre autres, de :

- représentants des différentes professions de première ligne (aide et soins)
- représentants des usagers, selon une méthode à définir
- représentants des pouvoirs locaux, en particulier les CPAS.
- Représentants des différents types de services organisés sur le territoire (services infirmiers et sages-femmes à domicile, ASI, planning familial, SSM, ...).

Missions :

- Évaluer les besoins de la population locale
- Réaliser et tenir à jour le cadastre précis de l'offre
- Evaluer l'adéquation de l'offre aux besoins, les éventuels doublons et les lacunes. Définir des indicateurs/ 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 ;
- Dans le même ordre d'idée : soutenir le développement de groupes multidisciplinaires locaux
- Organiser 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
- Organiser les gardes : venir en support pour les gardes existantes (médecine générale, pharmacies,...) et tenter de les organiser pour les métiers où cela n'est pas encore obligatoire
- Venir en support aux différents métiers pour qu'ils puissent s'organiser de manière plus efficiente sur le territoire (ex :les cercles infirmiers)
- Participer à la mise sur pied d'un système de guichet unique (à organiser au niveau local ou méso ?) permettant de fournir l'information pour soutenir le travail des acteurs de terrain, et en particulier les généralistes. Ce système de guichet unique doit aussi être accessible aux usagers.

- Développer des actions de santé communautaire et de promotion de la santé
- Participer à la structure méso
- Permettre la coordination au sein des différentes structures, en nommant un coordinateur.
- ...

Moyens humains et financiers : au minimum 1 coordinateur TP + 1 administratif. Une partie des moyens peut-être trouvée en intégrant dans ces dispositifs les structures déjà actives à ce niveau : RML et CCSSD notamment. Mais il sera sans doute nécessaire d’y injecter des moyens nouveaux.

Les plateformes sous régionales de santé

Entre le Macro (RW, Aviq), et le local, il est nécessaire d’avoir une structure d’un niveau intermédiaire (méso) sur un territoire qui rassemble plusieurs ZPL (Zones de Première Ligne) Pourquoi ?

- La plupart des dispositifs thématiques existants (promo santé, assuétudes, santé mentale, soins palliatifs ...) sont implantés sur des territoires de cette échelle. Une simple mise en cohérence de leur territoire faciliterait déjà leur transversalité. Leur maintien a du sens pour autant qu’ils puissent s’inscrire dans une démarche plus globale et plus concertée
- Certaines fonctions, certains types de services sont plus rares et n’existent pas dans toutes les ZPL. C’est d’ailleurs ce qui a motivé la constitution des réseaux hospitaliers qui permettent de mieux répartir géographiquement des équipements de pointe .
- Cette taille de territoire correspond à des réalités socio-économiques sous régionales : Wallonie picarde, Mons/Borinage, Centre, région liégeoise, Brabant wallon, Luxembourg...
- C’est sans doute le meilleur endroit pour développer le guichet unique pour faire en sorte qu’il y ait des moyens suffisants et une couverture horaire la plus large possible. Sa base de données serait alimentée par les ZPL dont c’est le rôle d’identifier l’offre.
- Sur un plan légal, notons que la région wallonne a défini, en 2004 déjà, des « zones de soins » de cette taille, sur lesquels sont implantés plusieurs dispositifs comme les SISD, les réseaux assuétudes et, en partie, les CCSSD

Structure et moyens

Une fusion en une seule ASBL des dispositifs sous régionaux existants, tout en gardant les spécificités et les missions spécifiques de chacun d’entre eux, serait salubre : économies d’échelle, locaux communs, accueil et système informatique communs , solidarité financière... Le travail en un lieu commun favoriserait la transversalité et les échanges entre secteurs. Pour chaque secteur, il serait judicieux de déterminer ce qu’il y a lieu de recentrer au niveau local (ZPL), ou au niveau sous régional.

Exemple :

- CLPS (centres locaux de promotion de la santé) :
 - Local : développement d’actions
 - Sous régional (SR) : Centre l’appui méthodologique
- Soins palliatifs :
 - Local : équipes de soutien
 - SR : organisation générale
- Santé mentale :
 - Local : concertation clinique
 - SR : Répartition de l’offre sur le plan sous régional

Etc..

Structure : ASBL composée de représentants des ZPL + ... (?)

Moyens : regroupement des moyens existants, pas de nouveaux moyens nécessaires : nombreuses économies d'échelle à réaliser.

Problématique du lien territorial Réseaux hospitaliers / Première ligne

Début 2020, la constitution des réseaux hospitaliers devrait être aboutie.

La Wallonie se trouve confrontée à une double difficulté :

1. 7 réseaux sont prévus, couvrant chacun environ 500.000 h. Ce qui implique de déterminer des territoires « hospitaliers »; Malgré la dimension « sous-régionale » de ces réseaux, la taille de ces territoires ne correspond pas à la taille des territoires des zones de soins
2. Les hôpitaux ont tendance à se regrouper en fonction de leurs affinités ou appartenances. Les premières ébauches de cartes diffusées montrent que celles-ci ne respectent pas souvent les territoires de première ligne

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. Jusqu'à présent ce dialogue a toujours été très difficile. Une des raisons principales de cette difficulté tient au fait que la première ligne reste très peu structurée : l'hôpital qui voudrait discuter avec les acteurs de première ligne se trouve confrontés à une multitude d'acteurs ayant une vision et des intérêts différents. C'est un des objectifs de cette réforme attendue de la première ligne : renforcer ce dialogue, pour, in fine, améliorer la qualité et la continuité des soins.

Pour y arriver au plus près, il est nécessaire d'avoir une cohérence territoriale. Autrement dit, puisque les territoires hospitaliers sont beaucoup plus grands que les zones de première ligne, et à défaut de trouver une correspondance avec les zones de soins sous régionales, il faudrait qu'au minimum les territoires hospitaliers correspondent à un ensemble de territoires de première ligne.

Une structure faitière au 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 faitière doit être mise en place. Pour n'évoquer que quelques exemples de ses missions, citons :

- Le développement de l'e-santé dans un contexte multidisciplinaire

Les outils de l'e-santé sont un des moteurs de la multidisciplinarité y compris au niveau de la RW. L'échange d'informations de manière rapide et sécurisée permet en outre de soutenir la multidisciplinarité, d'obtenir des gains d'efficacité et de permettre également la délégation des tâches. Les patients doivent y avoir accès.

Le développement des outils de l'e-santé comme des coffres forts régionaux doit se faire en concertation avec les différents métiers et les patients et doivent répondre aux besoins spécifiques du terrain au niveau de la première ligne mais entre la première et le deuxième ligne (voir la 3ème) notamment dans le support des soins transmuraux (schéma de médication notamment). Il est nécessaire de définir ces outils en fonction de normes éthiques, de valeurs, de responsabilité et de sécurité.

- **Une réflexion sur la délégation des tâches**

Cette réflexion doit être menée de manière concertée afin de permettre au niveau des zones de soins d'agir en fonction des compétences disponibles et du seuil d'accessibilité. Ce partage de compétences concertés doit définir les responsabilités de chaque acteur en fonction de ces tâches ainsi que ses limites. Cette approche nécessite d'adapter au niveau fédéral, via la conférence interministérielle, la loi LEPSS qui définit les prérogatives des professionnels de la santé et de l'adapter au découpage raisonné des pratiques.

- **Réflexion sur le financement**

Il est nécessaire de définir un système de financement qui sorte du financement unique par silos. La manière dont les budgets sont calculés sur base des estimations techniques de l'INAMI force à l'immobilisme. Un secteur qui fait des économies d'échelle par de meilleures pratiques sera pénalisé l'année suivante.

Il convient donc de définir également des budgets transversaux qui stimulent les initiatives multidisciplinaires. D'autre part, les gains d'efficacité observés au niveau de la zone doivent en partie être réinjectés dans la zone afin de pallier à des lacunes ou à soutenir de nouvelles approches nécessaires en fonction des indicateurs en santé.

Les prestataires de soins sont récompensés sur base de l'atteinte d'objectifs et non sur l'évolution de leur budget. C'est le cercle vertueux. Nous pensons qu'il est indispensable que la Wallonie se positionne clairement sur ces sujets et puisse interpeller le fédéral, qui assure le financement des soins, via la conférence interministérielle de santé publique