

# La tarte et le territoire

## L'organisation des soins de première ligne aux défis de la raréfaction des ressources et de l'intersectorialité

**Emmanuel De  
Loeul**, journaliste  
indépendant, écrit  
pour Alter Echos.

L'auteur remercie  
Virginie Jurdan,  
Jean Van der  
Vennet pour leur  
aide dans la  
réalisation de cet  
article.

Mots clés : offre de soins, soins de santé  
primaires, territoire.

.....

*La rareté ou la raréfaction des ressources est posée comme fondement de la réflexion sur les territoires. Comme dans la mise en place de services de soins de proximité dans les pays en voie de développement, confrontés à un assèchement quasi structurel des budgets des pouvoirs publics ces 20 dernières années. Comme chez nous, à travers la critique de la norme de croissance du budget des soins de santé. Ou, plus généralement, par l'anticipation d'une société qui ne serait plus fondée comme aujourd'hui sur la croissance économique infinie ; mais qui fait face, par contre, à celle des populations âgées.*

*Mais les dynamiques territoriales ne se résument pas à des économies budgétaires (qu'il reste à prouver). Outre une certaine rationalisation - ou simplement hiérarchisation - de la structure de l'offre de soins, les dynamiques territoriales permettent de rendre plus accessibles les services existants, de constituer des parcours de soins complets, de s'appuyer sur des collègues aux compétences complémentaires, etc.*

.....

### L'offre et le territoire

Déterminer un territoire, c'est tenir compte de la structure de l'offre de soins de première ligne accessibles à une population considérée. C'est ainsi que, d'entrée de jeu, Michel Roland (maison médicale Santé plurielle et Fédération des maisons médicales) a pointé comme enjeu d'avenir la gestion des recouvrements ou redondances mais aussi des manques ou des « trous » dans la couverture d'un territoire par des services de première ligne.

Sur la question des recouvrements, on peut envisager deux hypothèses : faut-il intégrer les divers services offerts à la population d'un territoire au sein d'une même structure ou faut-il renforcer les logiques de coordination et de concertation entre secteurs ?

Michel Roland se demande si, aujourd'hui, il n'est pas redondant de retrouver dans un même quartier une antenne de chacune des structures ambulatoires qui se sont développées depuis 40 ans : plannings familiaux, santé mentale, toxicomanie, maisons médicales. « Si en termes d'offre de soins, pareille situation est plutôt positive, qu'en est-il de l'attribution des missions respectives et notamment de savoir qui intervient en 1<sup>ère</sup> ligne ou en 2<sup>ème</sup> ligne ? » précise-t-il.

L'exemple du Plan de cohésion sociale (PCS) de Durbuy semble plaider en faveur de la deuxième hypothèse : renforcer les coordinations. Alors que le territoire est ici imposé de facto (les limites communales), le renforcement des partenariats entre services existants et leur visibilité à travers une vitrine autonome et une communication spécifique ont permis une meilleure interconnaissance entre eux ainsi qu'une amélioration de l'orientation des usagers, estime Emilie Goffin (Ville de Durbuy).

Ces coordinations institutionnalisées permettent aussi de toucher des publics de manière croisée. Comme lorsqu'une dame âgée s'inscrit à un groupe de parole suite à l'invitation relayée par son médecin et au soutien de ses deux



aides-soignantes. C'est le maillage de réseaux aux logiques et implantations variées qui permettrait d'atteindre des publics qui, sinon, restent éloignés de tel ou tel service.

Le territoire se distingue du bassin dans la mesure où, comme l'a formulé une participante, « la notion de territoire renvoie à des logiques stratégiques au niveau des objectifs tandis que le bassin correspond à des identités vécues. ».

En toute logique, poursuit-elle, les maisons médicales devraient inventorier systématiquement l'état de leurs partenariats et des partenariats existants dans leur environnement, pour décider de ceux dans lesquels s'impliquer et avec quelle intensité.

Le modèle français impose, préalablement à l'ouverture d'une Maison de Santé, l'établissement d'une cartographie des services existants, établie selon une logique de « parcours de santé » de l'utilisateur. « Bien différente de la logique belge d'un même toit abritant un maximum de services variés » conclut-elle.

Condition minimale d'une logique de coopération : établir, tenir à jour et diffuser au sein des maisons médicales des répertoires de services et personnes vers qui orienter les usagers. Mieux encore : « un guichet unique d'informations à destination des professionnels et des patients, afin de déterminer les responsabilités et de définir les rôles de chacun dans une mise en réseau des acteurs », ose rêver Olivier Mariage (maison médicale le Gué, Fédération des maisons médicales).

Il y a aussi des « trous » dans l'offre de services. Dans son état des lieux, Olivier Mariage rappelle qu'il existe des territoires en matière de santé : plateformes de santé mentale, centres locaux de promotion de la santé, rôles de garde, « Mais il n'y a aucune cohérence entre eux » regrette-t-il. Pour tenter de mettre un certain ordre dans une offre relativement abondante mais mal répartie et pas structurée, les centres de coordination ont été mis en place dans les années 86 / 87. « Depuis leur reconnaissance par décret, ces structures se sont multipliées,

*se partageant des moyens toujours plus faibles pour chacun »* ajoute-t-il.

Les « trous » sont aussi constitués de l'absence de diversité dans les services offerts sur un territoire. Virginie Jurdan, kinésithérapeute à la maison médicale Les Houlpays (Liège) constate la présence de « nombreuses associations qui font un peu la même chose : alphabétisation en français et activités pour femmes issues de l'immigration. Dans ce contexte, il est difficile de référer nos patients vers des services extérieurs » en dehors de ces thèmes de prédilection.

Face à ces manques, l'attitude de la maison médicale Les Houlpays « serait plutôt de ne pas charger trop notre barque et de collaborer plutôt avec l'extérieur, explique Virginie Jurdan. Quitte à initier et mettre en place un service puis à se retirer une fois qu'il est sur les rails. ». A l'instar de cette maison médicale voisine qui a mis en place une halte-garderie devenue aujourd'hui autonome.

---

## A la verticale ou à l'horizontale ?

Déterminer un territoire pertinent, c'est prendre en considération les caractéristiques culturelles et socio-économiques des populations concernées. Au Congo, l'établissement de plans de couverture sanitaire devait, dans certaines zones, respecter l'homogénéité clanique des publics associés à la gestion des centres, signale Jean-Pierre Unger, médecin et chercheur à l'Institut de médecine tropicale d'Anvers, au risque sinon d'être paralysé par des conflits communautaires préexistants. De même dans les favelas sud-américaines : vu la faible perméabilité entre couches sociales, un plan de couverture couvrant des groupes socio-économiques de niveaux différents était voué à l'échec.

Ces constats plaident pour une articulation équilibrée des logiques horizontales entre acteurs d'un territoire avec les logiques verticales de solidarité et de contrôle assumées

par l'Etat. Celui-ci est le seul à pouvoir assurer une assise suffisamment large pour garantir l'effectivité d'un haut niveau de solidarité entre les personnes et entre les territoires, plaide en substance Jean-Pierre Unger.

Déclaration de principe sensiblement contredite par les faits politiques en Communauté française. Ainsi, « *il n'y a pas d'axe vertical opérationnel dans la définition et la hiérarchisation des territoires et bassins* », estime Jacques Morel (député bruxellois, Parlement de la Commission Communautaire française, Parlement de la Communauté française). L'histoire sociopolitique explique que l'offre de soins s'est construite « par le bas », notamment dans le giron des grands piliers, en l'absence de véritable autorité politique en surplomb, rappelle en substance Olivier Mariage. « *La seule véritable autorité en politique de santé est l'INAMI et c'est un organisme de co-gestion, le politique n'y a pas un rôle déterminant* » a-t-il ajouté.

Dès lors, l'enjeu chez nous consisterait à remettre de l'ordre dans la pyramide tout en laissant aux acteurs un espace de créativité, d'initiative. Une révolution ? Presque. Il s'agirait, pour Jacques Morel, « *de définir par niveau de pouvoir des missions générales et, à l'intérieur de ces balises, permettre des dynamiques qui dépassent les limites administratives traditionnelles.* » Ou encore, « *d'appréhender simultanément collectif et individu, planification et bassins*, énonce comme premier principe Michel Roland. *Deuxième grand principe pour guider l'action : la subsidiarité. Du quartier au monde, attribuer les responsabilités et établir les programmations au niveau le plus bas possible le plus pertinent.* ».

Jean-Marie Léonard (Plate-forme d'action Santé Solidarité) se demande quant à lui, s'il vaut mieux mettre de l'énergie dans une tentative de programmation ou plutôt dans l'instauration d'une fonction de 'chercheur d'opportunités' : « *Vu la concurrence entre services, n'est-on pas condamné à surfer sur les opportunités ?* ».



## Avec qui dessiner le territoire

Au sud de l'Entre Sambre et Meuse, une plate-forme intersectorielle « Bien-être et qualité de vie » est mise en place depuis quelques années à l'initiative du centre local de promotion de la santé (CLPS) de Charleroi-Thuin. Le territoire pertinent a d'abord été estimé sur base des zones d'influences de divers partenariats sectoriels existants et de consultations d'acteurs. Toutes convergeaient pour délimiter le partenariat en construction sur 12 communes de la botte du Hainaut et du sud de la province de Namur. « *Le fait a été confirmé par des données chiffrées de mobilité* », explique Philippe Mouillard, coordinateur du centre local de promotion de la santé (CLPS).

C'est le même esprit qui a prévalu dans l'expérience du CLPS de Namur lorsqu'elle s'est lancée sur la thématique des assuétudes. « *Au fil des contacts bilatéraux, 3 zones se*



*sont dessinées que des rencontres collectives d'acteurs ont confirmées dans leur pertinence», explique Isabelle Dossogne, la coordinatrice. Particularité : le CLPS de Namur couvre l'ensemble de la province, donc des zones rurales avec une faible densité d'associations spécialisées. « Nous avons dès le début pris le parti d'élargir le spectre des acteurs à intéresser, explique Isabelle Dossogne : pas seulement les associations dont l'objet social concerne les assuétudes, mais aussi les maisons de jeunes, par exemple. ».*

soignant. Il s'agit de l'associer à la définition de son propre parcours de soin : « *Sur son territoire, le patient a sans doute des ressources. Nous devons l'aider à les identifier* », résume Virginie Jurdan.

---

## Articuler première et deuxième lignes

C'est un autre enjeu général d'une approche territoriale : l'articulation de l'offre de première

### Prendre soin d'un quartier en y attirant de nouveaux acteurs

A la maison médicale du quartier des Arsouilles à Namur « *on s'est rendu compte qu'il fallait aussi prendre soin du quartier pour améliorer le bien-être de ses habitants.* ». « *Ma maison médicale se définit par le quartier dans lequel elle s'est installée, expose Pierre Brasseur, médecin. Celui-ci est caractérisé par un fort délabrement urbanistique et un sentiment identitaire négatif des personnes qui y aboutissent. Venir y habiter, c'est arriver dans la 'poubelle de la ville', c'est une relégation.* ». Ses habitants y pratiquent un isolement actif : « *Surtout ne pas s'identifier avec les voisins, l'image de ce quartier est si mauvaise* ». Tout cela a un impact direct sur la santé mentale : anxiété, dépression,...

Au fil d'une série de contacts, de rencontres, de discussions, le personnel de la maison médicale s'est rendu compte que sa préoccupation était partagée par d'autres acteurs. « *Ca a été un premier impact positif pour les habitants : se rendre compte qu'on n'était pas insensible à leur vécu, poursuit Pierre Brasseur. Une maison de quartier a fini par voir le jour, des activités associatives nouvelles sont organisées dans le quartier, comme des écoles de devoir, des fêtes, des activités extrascolaires. Des habitants sortent de leur isolement !* ».

Les changements sont aussi de l'ordre du symbolique : « *Des institutions qui ont fini par s'intéresser au quartier ont acquis l'image d'une présence et d'une attention et plus seulement d'une offre de services, médicaux ou autres* » conclut le médecin.

A Durbuy, la coordination du Plan de cohésion sociale (PCS) va plus loin que le prescrit légal puisque la programmation est élaborée aussi sur base de rencontres citoyennes, et pas seulement sur base d'une concertation entre partenaires institutionnels, a expliqué Madame Goffin. Des évaluations sont également menées auprès des usagers des divers services offerts, a-t-elle ajouté.

Un rappel important pour les praticiens des maisons médicales : le territoire des usagers n'est pas le même que celui du personnel

ligne avec un service de référence. Il suppose que soient prises en considération certaines problématiques comme le dialogue entre spécialistes et généralistes, ou celui entre service d'urgence et service d'accompagnement en long cours.

A Malmédy, depuis 1999, un système local de santé (SYLOS) a été mis en place sous la forme d'une recherche-action. Objectif : établir une coordination entre professionnels de première et de deuxième lignes au profit d'un meilleur service aux patients. « *Les relations entre*

*l'hôpital et les médecins généralistes étaient mauvaises, mais il y avait de part et d'autre une envie de surmonter cela », explique Jean Van der Vennet, médecin et chercheur à l'Institut de médecine tropicale d'Anvers.*

Le territoire est la zone d'influence de l'hôpital de Malmédy, sans concurrent à proximité, et des 3 cercles de généralistes des 3 communes proches : Malmédy, Stavelot et Waimes. Une réunion mensuelle rassemble des généralistes, des spécialistes mandatés par leur organisation, les maisons de repos et de soins, des invités ainsi que toutes celles et tous ceux qui souhaitent y assister. Un compte-rendu est adressé à chaque participant.

Pour Jean Van der Vennet, l'expérience est concluante dans la mesure où elle a pacifié les relations entre généralistes et spécialistes, a permis une prise de conscience de l'interdépendance des niveaux de soins et débouche sur la résolution des problèmes au fur et à mesure qu'ils se posent. Ainsi, par exemple, un système a été mis au point qui permet que les examens de mise au point, pour les personnes âgées, se fassent en une journée. Ou encore, l'informatique a été organisée afin de faciliter la coordination entre niveaux de soins.

Parmi les conditions de réussite, il faut une coordination effective identifiée. Au bout de 5 ans, les acteurs locaux n'ayant pu mettre sur pied une coordination propre, le chercheur, en l'occurrence Jean Van der Vennet, a continué à assumer une fonction de modération.

---

## **Partager un territoire, accompagner les usagers**

Le Service intégré d'aides et de soins psychiatriques dans le milieu de vie (SIAJEF), agit depuis 25 ans dans 4 quartiers de Liège pour accompagner les personnes en souffrance mentale dans leur milieu de vie. Il s'agit de mobiliser avec ces personnes un petit réseau de proximité afin de les inscrire dans une dynamique collective : famille s'il y en a, voisins, propriétaire. Le territoire est considéré

ici comme une carte permettant de trouver des ressources, des stratégies afin d'aider ces personnes. Deux enjeux doivent être pris en compte afin de permettre à toute personne ayant des problèmes de santé mentale de bénéficier d'un parcours particulier en santé mentale : la distance d'accès entre services et personnes et la coordination entre partenaires.

Le SIAJEF a un jour pris contact avec les urgences médico-psycho-sociales du centre hospitalier régional (CHR). Un accord a été trouvé pour référer du CHR vers le SIAJEF les patients provenant du territoire couvert par ce dernier. Seulement 20 % des personnes référencées finissaient par bénéficier d'un accompagnement du SIAJEF. Face à ce faible taux, celui-ci a initié une nouvelle pratique consistant à entamer d'emblée dès le service des urgences l'accompagnement de la personne, en la raccompagnant chez elle. ●