

Analyse

Pour un système de santé échelonné

Auteur : Christian Legrève, service éducation permanente de la Fédération des maisons médicales

En quoi le système de santé belge est-il plutôt un non-système ? Et au fait c'est quoi un système ? Et l'échelonnement pour lequel milite le mouvement des maisons médicales ? Quels sont les enjeux à structurer le système de santé ? Sur quoi faut-il agir ? Retour sur des fondamentaux plus que jamais d'actualité pour répondre aux défis sociétaux d'aujourd'hui et demain.

Pour argumenter en faveur de l'échelonnement du système de soins, l'aspect financier reste malgré tout le plus solide. Non pas qu'il s'agisse, d'emblée, de chercher à faire des économies, mais, depuis longtemps [1], il est établi qu'au-delà d'un certain niveau, les gains de financement améliorent de moins en moins la qualité des soins, jusqu'à un ratio nul. Il ne suffit pas de financer correctement les ressources. Pour améliorer le résultat, il faut les organiser. La situation de certains pays, tel le Costa Rica jusqu'à une période récente, montre clairement qu'une démarche structurante est un levier plus puissant que le financement [2], dans certaines limites.

Il s'agit donc d'organiser un système de soins de santé. Un système, c'est « un ensemble d'éléments en interaction dynamique, organisé en fonction d'un but [3] ». Tenons pour acquis que le but que nous prenons en compte ici est l'amélioration de la santé de l'ensemble de la population. Notons, toutefois, que certains acteurs poursuivent d'autres buts, en plus ou à la place de celui-là, tels que la réduction des dépenses publiques ou la réalisation de profits privés. Ok pour le but. Il s'agit ensuite de définir les éléments du système, et leurs interactions.

La logique doit nécessairement prendre en compte, dans un ensemble, la très grande diversité des situations individuelles. Les besoins sont extrêmement variables, en quantité et en qualité. Je veux dire par là que le niveau (technique, d'expertise, d'intensité, ...) des ressources à allouer à chaque situation peut varier très fortement. D'une personne à une autre, et d'une période à une autre de la vie, pour la même personne. C'est une évidence. Une grossesse, une grippe, l'arrêt de la consommation de tabac, un cancer du pancréas, un bras cassé, un diabète de type II, une pharyngite et un épisode de dépression ne mobilisent pas les mêmes ressources dans les mêmes proportions. Il convient donc d'organiser les ressources en fonction de cette diversité. Mais on ne peut pas le faire au cas par cas.

Le plus sage est de prévoir un socle de base très général, qui s'adresse à tout le monde, et permet un suivi dans la durée. C'est le premier niveau du système de soin, qu'on appelle souvent la première ligne. J'y reviendrai. Les caractéristiques de ce premier niveau sont nos critères de qualité bien connus : globalité, intégration, continuité, accessibilité. C'est le niveau organisé par défaut. Si rien dans la situation (menace vitale, état de crise, lésion grave manifeste, ...) n'indique d'emblée qu'on a besoin d'autre chose, c'est à ce niveau que l'intervention s'organise.

Mais peut-être la situation nécessite-t-elle plutôt, ou en plus, ou en soutien, l'intervention d'une ressource spécialisée. C'est le deuxième niveau. Qui entre en scène quand on sait, notamment grâce à l'investigation menée au premier niveau, quel est le problème, ou, du moins, comment il se manifeste, dans quel domaine il produit ses effets. Et ce qu'on connaît de la situation au premier niveau permet de ne pas refaire la synthèse, et de se concentrer sur le problème spécifique, en tenant compte de ce qui aura été transmis. Il saute aux yeux



que premier et deuxième niveaux doivent être bien articulés entre eux, dans leurs aspects opérationnels : l'information, la référence, le suivi, l'évaluation.

Enfin, on sera parfois amené à faire intervenir un troisième niveau, hyper spécialisé (dans une seule maladie, par exemple), ou nécessitant des moyens hyper techniques ou hyper rares.

L'échelonnement, c'est la structuration du système de soins selon ces trois niveaux. C'est tout ! Enfin, non, ce n'est pas tout, en fait. Parce que ce qui fait soin pour les gens, de leur point de vue, ce sont aussi bien d'autres choses : leurs ressources propres, celles de leur entourage, et celles de la communauté au sein de laquelle ils vivent. Un ensemble qu'on désigne parfois sous le terme de niveau zéro. Le premier niveau, pour remplir complètement son rôle, doit s'intégrer dans ces ressources communautaires, les soutenir et s'appuyer sur elles.

Dans un système de santé qui repose sur des soins organisés de la sorte, on peut apporter des réponses à 90% des problèmes de santé à l'étage du premier recours - niveau 0 et 1er échelon.

Relevons encore que la confusion est fréquente entre première ligne et premier recours. « Nous sommes en première ligne », diront les pédiatres, parce que les parents s'y précipiteront avec leur rejeton à la première éruption cutanée. Et qu'ils seront reçus, car on notera que, dans notre pays, les choses ne se sont pas construites selon la logique pourtant rationnelle décrite plus haut.

Il s'agit donc de transformer une situation historiquement construite. Cette histoire ne doit rien au hasard. Le tabou d'une liberté de choix absolue, qui bénéficierait autant aux patients qu'aux soignants - fable colportée depuis des décennies par les organisations médicales les plus réactionnaires- est probablement un des obstacles majeurs à toute transformation rationnelle de l'organisation. Et pourtant, quelle est la liberté de la jeune femme célibataire désargentée, future maman, qui vit dans un camping d'Ardenne, au moment de choisir où elle va accoucher ?

Sémantique

Voilà donc ce que signifie l'échelonnement. Le terme énerve. Mêmes dans nos rangs. Outre le fantasme de perte de liberté, il évoque pour certains l'image de la pyramide des soins, où le sommet serait le meilleur. Le top ! Le terme échelonnement suggérerait la nécessité de gravir les échelons. Cette critique n'est pas sans fondement, mais vaut-elle la peine de disqualifier le concept ? N'a-t-on pas plus à perdre qu'à gagner dans ce débat sémantique, s'agissant d'un enjeu qui reste à conquérir ?

Une réelle structuration du système de soins reste donc à construire, en Belgique notamment. Même s'il est souvent fait mention du terme 1ère ligne dans diverses communications, même si on peut nommer des hôpitaux universitaires qui, en théorie, appartiennent à la troisième ligne, les interactions entre les acteurs du soin ne répondent pas aux caractéristiques d'un système (voir plus haut). Du coup, la littérature évoque bien souvent les soins de santé en Belgique comme un « non-system system ».

Pour compliquer le projet d'y remédier, il semble bien que les modèles de références devraient être révisés à la lumière des évolutions du contexte (situation socioéconomique, besoins de la population, bases de la sécurité sociale, attentes et démographie des professionnels). La question des professions sur lesquelles s'appuient les différents échelons doit rester ouverte. On ne peut décréter dans l'absolu que les psychologues, les diététiciens, les dentistes, par exemple, appartiennent ou n'appartiennent pas au premier échelon. Il est nécessaire de faire des choix, qui détermineront le positionnement de la pratique.

Plus largement, la détérioration des situations psychosociales de la population, en gravité et en nombre, leur complexification, même s'il ne peut être question de les accepter, imposent de revoir des modèles qui pouvaient sembler adaptés par le passé.

L'insuffisance du premier échelon tel qu'il existe dans les faits, l'inadéquation de l'organisation du « système » face aux défis sanitaires criants, le constat d'impuissance des professionnels, poussent à des extrapolations sur le modèle de l'échelonnement, alors même qu'il n'est pas réalisé. On voit ainsi naître, dans le secteur, une réflexion sur la demi-ligne, et sur la première ligne et demi !



La demi-ligne, ce serait le premier échelon vraiment accessible. Il faut bien constater que si les pratiques forfaitaires enregistrent moins de report de soins, les dispositifs comme les maisons médicales, qui recherchent avant tout l'accessibilité, se confrontent parfois, pour des raisons multiples, à un problème d'accès effectif aux soins. Au niveau individuel, il s'exprime dans plusieurs dimensions : administrative, psycho-sociale, culturelle, financière (même au forfait ou au tiers payant - « ils vont encore me prescrire des médicaments ou des examens, ou me conseiller de changer d'appartement ») ... On utilise parfois le terme de bas seuil pour la réponse à apporter. Mais, pour prendre l'image bêtement au premier degré, doit-on abaisser le plafond parce qu'on abaisse le seuil ? Ça me semble parfois être le cas dans les dispositifs qui se définissent comme à bas seuil. Basse exigence, objectif réduit. Pas de bras, pas de chocolat ! Il me semble que le premier échelon, dans toute son ambition, doit être accessible à bas seuil. Il ne l'est pas dans les faits. Ce n'est pas une raison pour le limiter à un service de dispensaire.

La première ligne et demi, c'est un « épaissement » de l'offre au premier échelon, qui puisse prendre en compte l'émergence de dimensions spécifiques des situations, telles les problématiques psychosociales. On parle bien de dimensions spécifiques de l'offre globale, pas de création d'une offre spécialisée en ambulatoire. Encore une fois, cet épaissement, ou, plus justement, cette densification de l'offre, pour indispensable qu'elle soit, ne justifie pas de corrompre le modèle du premier échelon. Pour être réellement global, il doit s'enrichir de dimensions qu'il n'arrive pas à prendre en compte actuellement. On ne peut négliger les obstacles à sa pleine mise en œuvre : le cloisonnement des métiers, largement construit durant les études et entretenu par les structures professionnelles et la formation continuée ; le manque de collaboration avec le deuxième échelon, qui n'est pas positionné en soutien au premier ; et le déséquilibre flagrant des moyens, orchestré par les lobbies corporatistes et institutionnels.

Le modèle du premier échelon se définit, en synthèse, par les 4 critères cités plus haut. Ça suffit à fixer l'idéal. Aujourd'hui, les conditions sont plus difficiles que jamais pour réaliser cet idéal dans un dispositif isolé. La question est celle de la réalisation de ces quatre critères par l'ensemble des acteurs concernés, pour une population définie. Sans cadenciser les frontières, c'est une responsabilité commune des intervenants, soignants ou non, en pratique libérale, en groupe ou en institution, y compris à l'hôpital, d'organiser la globalité, l'intégration, la continuité et l'accessibilité des soins sur un territoire déterminé.

Je ne pense pas qu'il y ait d'autre possibilité en termes opérationnels. Je pense que ça implique juste de mettre en œuvre un modèle qui est décrit, qui est scientifiquement validé et qui a fait ses preuves dans des contextes moins favorables (financièrement, par exemple). Aujourd'hui, chez nous, les obstacles culturels et institutionnels sont toujours présents. Pour les dépasser, il est indispensable de mettre en place de véritables réseaux locaux de prise en charge, opérationnels et efficaces. Ça nécessite d'accorder à ces réseaux une souveraineté sur l'allocation des moyens financiers. C'est-à-dire de revoir les carcans des normes de subventionnement.

Impossible d'ignorer que cette transformation radicale est en totale contradiction avec les fondamentaux du régime qui s'est mis en place : responsabilisation individuelle, marchandisation, concurrence entre acteurs.

En conclusion, l'échelonnement est, plus que jamais, indispensable à la mise en œuvre des soins de santé primaires. Pour y parvenir, il faut :

- Transformer la formation des professionnels de santé
- Changer les normes de financement des services
- Décloisonner les institutions
- Mettre en place une délibération sur l'organisation des moyens
- Sortir du régime néolibéral.