

Comprendre l'échelonnement

Auteur : Hélène Dispas, permanente politique à la Fédération des Maisons médicales (sur base d'un article de Christian Legrève)

Alors que le système de santé belge manque de structure, le mouvement des maisons médicales milite pour l'échelonnement des soins. Cette organisation par niveaux vise à utiliser en première intention (sauf urgence vitale) la première ligne de soins. Quels sont les enjeux à structurer le système de santé ? Sur quoi faut-il agir pour favoriser cet échelonnement ? Eclairage.

Un "non-system" system

Le système de santé en Belgique est souvent qualifié de *non-system system*. Les raisons en sont historiques et politiques. Historiquement, la pratique des professions de santé provient de la tradition libérale¹. Le principe de concurrence libre est, selon cette vision, garant de la qualité de soins. Cette vision se retrouve dans plusieurs pays voisins tels que l'Allemagne ou la France, par opposition à des systèmes fortement étatisés comme en Angleterre, Espagne ou au Portugal.

Politiquement, le principe libéral n'a pas été profondément réformé par les gouvernements successifs, bien qu'un rapprochement vers un système plus *contrôlé* par l'Etat, qui le finance, se soit opéré. Ainsi, a-t-on vu l'apparition progressive de contrôles qualité notamment via le processus d'accréditation des médecins et les primes de soutien à la pratique, de contrôle au niveau de la délivrance et du remboursement des médicaments, d'incitants financiers pour les patients afin de les amener à consulter en premier lieu leur médecin généraliste (dossier médical global, trajets de soins, etc.) et de nombreuses réformes au niveau des hôpitaux (ex durées d'hospitalisation limitées).

Cependant, l'existence de « niveaux » de soins ne fait pas l'objet d'un consensus, contrairement à ce qui est recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé.²⁻³ Il n'y a pas non plus de définition de territoires ou zones de soins⁴.

A l'heure actuelle, les personnes, patients ou soignants, sont donc libres d'aller où elles le souhaitent et quand elles le souhaitent, ce qui apporte des bénéfices dans certaines situations :

- un accès direct à certains spécialistes qui peut être utile⁵ comme dans le cas de l'ophtalmologie
- le libre choix du prestataire
- le libre choix des pratiques pour les soignants

¹ Pas de lien de subordination entre les médecins, les autres soignants et l'Etat, pratiques à l'acte, libre choix du prestataire quel que soit sa spécialité pour les patients, libre choix de la référence, du traitement, de l'installation et du type de pratique pour les soignants.

² Déclaration d'Alma-Ata (OMS, 1978) http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/

³ Dans les économies où les dépenses de santé sont élevées, ce qui est le cas de la plupart des pays à hauts revenus, il existe de vastes disponibilités financières pour accélérer la transition des soins tertiaires vers les soins de santé primaires, créer un environnement politique plus sain et compléter un système de couverture universelle bien établi par des mesures ciblées visant à réduire l'exclusion. Les soins de santé primaires: maintenant plus que jamais <http://www.who.int/whr/2008/overview/fr/index5.html>

⁴ À l'exception de la mise en place récente en Flandre des « zones de première ligne » d'environ 100.000 habitants.

⁵ A condition de l'envoi d'un rapport au médecin généraliste ce qui est rarissime !



Mais cela engendre aussi des inconvénients :

- la répartition inégale de l'offre de soins sur le territoire avec zones en forte pénurie,
- l'accès aux spécialités de plus en plus difficile même en cas d'urgence (délais d'attente de plus en plus long y compris pour l'imagerie médicale),
- les surcoûts engendrés par la surconsommation de soins spécialisés
- l'illisibilité du système pour les patients (avec surconsommation des services d'urgence par manque d'orientation, dédoublement d'examens inutiles, sur-prescriptions)
- le manque de coordination lié à la multiplication des structures et des niveaux surtout dans les grandes villes. Ce dernier point est fortement influencé par la situation politique actuelle : la dernière réforme de l'Etat a engendré un éclatement des compétences en santé qui achève de complexifier le système.

Le principe de subsidiarité : efficience, humanisme et démocratie

Le mouvement des maisons médicales milite pour l'échelonnement des soins. Cette organisation par niveaux se base sur le **principe de subsidiarité**. Ce dernier est une maxime politique et sociale qui, appliquée aux soins de santé, consiste à « ne pas faire à un niveau plus élevé ce qui peut l'être avec plus d'efficacité et d'efficience à un niveau plus bas », c'est-à-dire rechercher le niveau le plus pertinent pour chaque action.

Ce principe affirme qu'une tâche est « la mieux faite » (en prenant en compte qualité et coût, et donc efficience) lorsqu'elle est réalisée par la personne compétente la plus proche de l'utilisateur, d'un point de vue culturel et géographique. Ce principe s'applique à plusieurs aspects des soins de santé. Il détermine le transfert de tâches entre spécialiste et généraliste, mais aussi entre généraliste et d'autres soignants de première ligne, entre les soignants et les aidants-proches, et *in fine* vers les patients.

Ainsi, un système de santé devrait être organisé au départ de la communauté et des citoyens, suivant la logique du « parcours santé » de ces derniers, et non, comme on peut le voir à l'heure actuelle dans notre pays, au départ de l'offre hospitalière (ce qu'on appelle « l'hospitalo-centrisme »).

Le principe de subsidiarité est à la fois un principe **économique** qui vise à minimiser les dépenses inutiles, un principe **humaniste** qui permet de délivrer des soins plus humains et empathiques et un principe **démocratique** en ce sens qu'il permet le meilleur contrôle par population de ses services de soins.

Favoriser l'échelonnement

Nous plaçons pour de larges équipes de premières lignes bio-psycho-sociales avec inclusion de psychologues, dentistes, pharmaciens, assistants sociaux, kinésithérapeutes, diététiciens.... Ces équipes organiseraient les soins pour un territoire (zone de soins) et une population déterminée. Elles assureraient la coordination des soins tant primaires que secondaires.

Trois obstacles majeurs empêchent le système de se structurer sur base de cet idéal :

- **le cloisonnement des métiers**, largement construit durant les études et entretenu par les structures professionnelles et la formation continue. L'échelonnement nécessite de réformer en profondeur la formation des soignants : durant les études et les stages apprendre à travailler ensemble, communiquer, collaborer et se répartir les tâches dans les meilleurs intérêts des patients, de la satisfaction au travail et l'efficience des soins.
- **le manque de collaboration avec le deuxième échelon (hôpital)**, qui n'est pas positionné en soutien au premier
- **et le déséquilibre flagrant des moyens** entre la 1^{re} ligne et les hôpitaux. L'échelonnement est irréalisable tant que des transferts financiers substantiels n'auront pas été réalisés au départ des 2^e et 3^e lignes de soins



En Belgique, il ne nous paraît pas nécessaire de mettre en place un échelonnement contraignant (Gatekeeping) mais de le favoriser par l'information de la population et des incitants financiers *ad hoc*.

Soins de santé primaires ou soins de santé de première ligne : un débat sémantique

On parle de *soins de santé primaires* et de *soins de santé de première ligne*. Pour certains auteurs, il s'agit de synonymes stricts. Pour d'autres, ces termes ne sont pas équivalents et ils nécessitent un usage différencié. Malheureusement même lorsqu'une différence est assumée par les auteurs cette distinction n'est pas toujours homogène.

Si on se réfère à la déclaration d'Alma-Ata, les soins de santé primaires sont *des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et une technologie pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles dans la communauté...*

Le terme **essentiel** fait dire à Harrie van Baelen que le centre de santé a besoin de l'hôpital sinon, il est comme *un crocodile sans dents...*⁶. Dès lors les « soins de santé primaires » seraient compris comme au-delà du centre de santé de base chargé des soins de première ligne. L'hôpital de district, en deuxième ligne, serait chargé des soins *essentiels* mais lourds. Cet hôpital ferait partie des soins de santé primaires mais pas des soins de première ligne!

En Belgique, le terme **première ligne** fait généralement référence aux services ambulatoires (hors hôpital) : médecine générale, plannings familiaux, centres « bas seuil » pour usagers de drogues, services sociaux, et toutes professions de soins à domicile.

Il faut noter que pour certains auteurs minoritaires, la ligne de soins n'est pas déterminée a priori par les services de soins mais par l'usage concret qu'en fait le citoyen. Ainsi l'accès direct au service d'urgences pour des pathologies traitables en médecine générale définirait les services d'urgences comme des services de première ligne.

Une façon d'échapper à ces dernières ambiguïtés serait de définir une première ligne **de droit (optimale)** et une première ligne **de fait (non optimale)**, mais cela deviendrait lourd à l'usage.

Dans notre optique, l'échelonnement consiste à utiliser en première intention (sauf urgence vitale) la première ligne de soins *optimale*.

⁶ /2010 : Le Dit de Trasimène. Interview de Pierre Mercenier et Harrie Van Balen)

<https://www.maisonmedicale.org/-Traces-2010-.html>