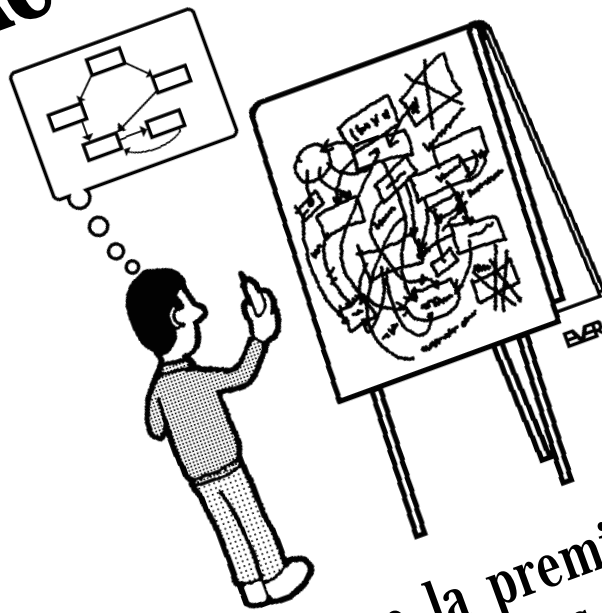


CAHIER

ECHELONNEMENT : UN SAC DE NŒUDS ?



**Articulation entre la première ligne
de soins et les autres échelons**

Quoi de plus naturel que pousser la porte d'un médecin quand on est malade ? Oui, mais quelle porte ? Irai-je voir un généraliste, puis-je attendre le rendez-vous éloigné d'un spécialiste, dois-je courir à l'hôpital ? Si la réponse est plus ou moins facile à trouver dans le cas d'une maladie bien précise, la question devient quasiment insoluble dès que la situation est moins nette ou plus complexe.

Or, il est légitime d'attendre davantage qu'une réparation de type Touring Secours : une véritable gestion de sa santé. C'est pourquoi la porte d'entrée naturelle dans le système doit être la première ligne de soins. Mais pour que celle-ci remplisse correctement son rôle, elle devra collaborer efficacement avec les autres lignes. Affirmations que nous allons développer dans notre cahier consacré à l'échelonnement et à l'articulation de la première ligne avec les autres.

La pyramide

Notre système de soins peut se décrire en « échelons » (ou lignes de soins) de plus en plus spécialisés :

- le premier comporte les médecins généralistes, kinésithérapeutes, infirmiers, paramédicaux ; il est global et peu spécialisé ;*
- le deuxième rassemble les spécialistes de ville, dits « ambulatoires » ;*
- le troisième comprend les hôpitaux ; on divise parfois cet échelon en deux : les hôpitaux généraux forment le troisième échelon et les hôpitaux universitaires le quatrième.*

La manière la plus adéquate d'employer le système de soins consiste à s'adresser à l'échelon compétent le moins spécialisé : il est plus efficace d'aller à pied qu'en avion pour faire cent mètres.

Une note récente de monsieur Detienne, ministre wallon des Affaires sociales, décrit cela de manière tout à fait claire :

« L'échelonnement n'implique pas nécessairement l'obligation de passer par la première ligne, il implique surtout que celle-ci soit organisée de telle manière que le patient s'y réfère spontanément en premier lieu ».

« Une confusion subsiste quant à savoir si certains acteurs spécialisés font aussi partie de la première ligne (spécialistes ambulatoires, service de santé mentale, centres de planning familial, ...). De fait aujourd'hui ils en font partie dans la mesure où le patient s'y réfère en premier... Cette situation n'est pas idéale parce que le patient risque de ne pas être pris en compte dans sa globalité et que les diverses interventions peuvent rendre l'ensemble incohérent ; nous voulons donc donner la priorité à l'approche globale et donc développer une première ligne généraliste.

(...) Développer une première ligne généraliste pour atteindre un triple objectif : mieux évaluer les besoins, améliorer la qualité des soins, et produire des économies au niveau de la deuxième ligne. »

C'est clair, mais cela ne va pas de soi pour tout le monde. Le docteur Moens, président de l'Association belge des syndicats médicaux est très vexé parce que, dans cette note, les spécialistes sont considérés comme ne pouvant réaliser une prise en charge globale. Il développe une verte argumentation faisant référence au tronc d'étude commun (les spécialistes sont censés être des généralistes avec une spécialité en plus ?) et au fait que le spécialiste doit tenir compte des affections de son patient ne relevant pas de sa spécialité. La confusion est évidente : prise en charge globale ne signifie pas tenir compte de toutes les pathologies (ce que le spécialiste doit de toute manière faire).

Tout ceci pour dire que l'échelonnement n'est pas une simple question de poteau indicateur et valait bien que nous y consacrons les pages qui suivent. Précisons que nous nous restreindrons à l'échelonnement entre la première ligne de soins et les autres. Le principe de subsidiarité (utiliser le niveau compétent le plus proche pour accomplir une tâche donnée) ne simplifie pas les choses : on peut encore mettre en action un échelonnement entre deuxième, troisième et quatrième lignes



de soins, ou même à l'intérieur de la première ligne, par exemple entre médecins et infirmiers. Nous n'aborderons pas ici cet aspect de l'échelonnement.

Articulation

L'échelonnement prend sens à deux conditions : il faut que les tâches soient clairement réparties entre échelons, et il faut qu'ils communiquent et collaborent entre eux. Nous avons publié quelques pages sur l'identité de la première ligne de soins (*Santé conjugulée* numéro 11), auxquelles nous vous référons pour plus de détails en ce qui concerne la première condition. La deuxième condition (communiquer et collaborer) paraît s'imposer d'évidence : l'évidence est trompeuse et ce sera même une œuvre d'envergure de la remplir. Ce sera la seconde partie de notre cahier.

Sommaire

L'échelonnement : quoi et pourquoi ?

L'échelonnement : pourquoi, comment ?

page 25

Pierre Drielsma, médecin généraliste à la maison médicale Bautista Van Schowen
Arguments sur la finalité et les modalités de l'échelonnement.

L'échelonnement dans une perspective globale de politique de santé

page 29

Michel Roland, médecin de famille à la maison médicale Santé Plurielle
L'échelonnement n'est pas une revendication d'un groupe professionnel mais un mode d'organisation au service de la qualité des soins.

Haro sur l'échelonnement ?

page 36

Axel Hoffman, médecin généraliste à la maison médicale de Norman Béthune
Tout le monde n'est pas convaincu de la valeur de l'échelonnement.

L'échelonnement, expérience à l'étranger

Euro-Santé

page 42

Veronica Casado, médecin généraliste au centre de santé de Valladolid, Espagne, Jacques Morel, médecin généraliste, secrétaire général de la Fédération des maisons médicales, Roberto Nardi, médecin généraliste, membre de Société et Santé, Italie et Marc Schoene, médecin généraliste, directeur de la promotion de la santé à la mairie de Saint-Denis, France, membres du Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire
Quelles sont les modalités de relations entre médecins généralistes et spécialistes dans différents pays d'Europe ?

Quatre ans après le plan Juppé, qu'écrire ?

page 46

Marc Schoene, médecin généraliste, directeur de la promotion de la santé à la mairie de Saint-Denis, France
Filières et consorts : quand les voies royales deviennent des culs-de-sac.

Québec : médecin généraliste et hôpital

page 47

André Munger, médecin généraliste
Au Québec, le médecin généraliste a toujours joué un rôle important à l'hôpital.

**Les systèmes locaux de santé, un élément de réponse
à la crise du secteur de la santé en Belgique ?**

page 49

Jean Pierre Unger, médecin, professeur de santé publique à l'Institut de médecine tropicale d'Anvers, Monique Van Dormael, sociologue, responsable scientifique à l'Institut de médecine tropicale d'Anvers, Jacques Unger, chef du service interne de l'hôpital Molière, Jean Van der Vennet, sociologue, assistant en santé publique à l'Institut de médecine tropicale d'Anvers, Michel Roland, médecin de famille à la maison médicale Santé Plurielle,

Une expérience pour améliorer la coordination entre quelques généralistes et des médecins hospitaliers, et comment ce type d'évaluation peut orienter l'organisation des services et la gestion des ressources, tant à l'hôpital qu'au premier échelon.

Le Sylos-Molière

page 56

Marie-Jeanne Wuidar, médecin généraliste à la maison médicale Marconi

Le projet Sylos mis en place autour du centre hospitalier Molière-Longchamp tente d'améliorer le fonctionnement du système de santé au niveau local.

**La relation entre le généraliste et le spécialiste
lors de l'hospitalisation des patients**

page 58

Ri De Ridder, médecin généraliste à la maison médicale De Sleep à Gand

Que se passe-t-il entre généralistes et hôpital lors d'une hospitalisation et quelle leçon en tirer pour un échelonnement ?

Vous avez dit urgences ?

page 63

Monique Boulad, médecin généraliste à la maison médicale La Glaise

A Charleroi, les patients s'adressent à la garde de l'hôpital la nuit, le week-end et même en semaine alors que leur généraliste est disponible.

Ces chers confrères

page 66

Axel Hoffman, médecin généraliste à la maison médicale Norman Bethune

Généralistes et hôpitaux à Bruxelles : une relation tumultueuse.

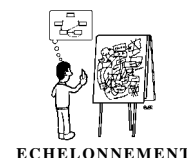
Conclusions**Pourquoi pas d'échelonnement ? Pour qu'il n'y ait pas de système ?**

page 70

Jacques Morel, médecin, secrétaire général de la Fédération des maisons médicales

Restructurer la première ligne de soins en évitant tout échelonnement n'est-ce pas une variante du célèbre proverbe : plus ça change, plus c'est la même chose ?

L'échelonnement: pourquoi, comment?



ECHELONNEMENT

.....

L'échelonnement est un sujet sensible. Il importe d'avoir les idées claires sur sa finalité et ses modalités possibles.

.....

L'échelonnement suppose que le parcours dans le système de soins est hiérarchisé, c'est-à-dire que l'on passe successivement de la première ligne à la deuxième et ainsi de suite.

Classiquement, on définit trois (ou quatre) échelons :

- la première ligne (médecin généraliste, kinésithérapeute, infirmier, etc.), qui est globale et peu spécialisée ;
- la deuxième ligne (médecin spécialiste, kinésithérapeute spécialisée, ...) qui peut se rencontrer en ambulatoire, ou semi-intégrée à un hôpital ;
- la troisième ligne qui comprend les hôpitaux généraux (dans certains textes, les deuxième et troisième lignes n'en forment qu'une la deuxième) ;
- la quatrième (ou troisième) ligne qui comporte les hôpitaux universitaires et assimilés.

Pourquoi l'échelonnement ?

Dans notre pays, la répartition des tâches entre les prestataires et les services n'est pas basée sur l'efficacité (le rapport coût-efficacité) et de nombreux gestes sont réalisés en deuxième et troisième ligne, alors qu'ils auraient pu l'être à moindre frais en première ligne.

Il s'agit d'optimiser l'utilisation des services de soins. L'échelonnement est un système qui vient logiquement à l'esprit pour plusieurs raisons qui ont pour nom la subsidiarité, la

globalité (intégration et continuité) et l'accessibilité géographique et financière.

Le principe de **subsidiarité** affirme qu'une tâche doit être réalisée par le niveau compétent le plus proche de l'utilisateur. Le terme « proche » a ici le double sens de proche culturellement et proche géographiquement.

Moins le niveau est spécialisé, plus on est proche de l'utilisateur au point de vue formation. D'autre part, pour disposer de spécialistes aussi proches géographiquement qu'un généraliste, il en faudrait au moins dix fois plus, dont un coût élevé...

Ce principe, s'il « valorise » le rôle du généraliste face au spécialiste, « valorise » de même le rôle de l'infirmière face au généraliste. Le principe n'est pas généralisto-centrique. La subsidiarité est de plus économique car la formation du médecin généraliste est généralement plus courte et moins coûteuse.

La **globalité** ne peut être que non spécialisée. Le patient qui vient présenter une plainte au médecin ignore en général quel spécialiste doit gérer son mal. De plus, il a souvent plusieurs plaintes d'organes distincts ! Exemple : un mal de tête n'est pas à priori affaire de neurologue. Une fatigue, où l'orienter ? Une plainte abdominale, digestive : urologique, gynécologique ou plutôt cardiologique, pneumologique, psychologique ? Les plaintes étant a-spécifiques, le premier soignant doit être a-spécialisé.

La globalité permet d'organiser la **continuité** car le même praticien soignant le dos, les oreilles, la bouche, le pied, le cœur, le ventre... chaque épisode spécifique se raccorde aux autres pour former l'histoire globale du patient qui permet les meilleurs soins ultérieurs.

La globalité favorise aussi l'**intégration** au curatif (souvent premier motif de contact) du préventif, de la revalidation, du palliatif, etc. car une plainte curative anodine (rhume, par exemple) peut générer un contact avec l'équipe de soins qui pourra proposer un « programme » préventif à la carte.

L'**accessibilité** tant culturelle que géographique est favorisée par la subsidiarité. L'accessibilité financière est favorisée par la proximité et la globalité et réalise des économies au point de

*Pierre Drielsma,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Bautista Van
Schowen.*

L'échelonnement: pourquoi, comment?

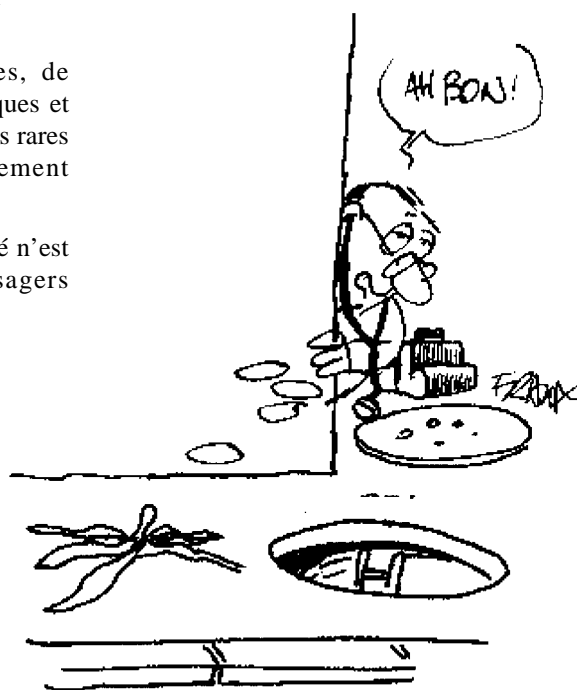
vue technique et, de plus, la première ligne a un coût moindre, ce qui se répercute sur les prix.

Au-delà de ce préalable essentiel, et puisque l'échelonnement ne peut être une obligation mais seulement une incitation économique à passer par la première ligne, quelle forme peut-il prendre ?

Ce que l'échelonnement proposé n'est pas :

- 1) Une technique des généralistes pour « capturer » les patients, pour se créer une clientèle, pour obtenir une rente parasite.
- 2) Une obligation de passer chez le généraliste : c'est une incitation économique à le faire.
- 3) L'abandon, par les généralistes, de nombreuses possibilités diagnostiques et thérapeutiques (quelques techniques rares et chères peuvent avantageusement bénéficier d'un avis spécialisé).
- 4) Dans un système incitatif, la liberté n'est pas supprimée mais les usagers « vertueux » sont récompensés.

L'ECHELONNEMENT N'EST PAS UN PIÈGE À PATIENTS



En 1991, B. Starfield proposait d'évaluer dix systèmes de santé (dont celui en usage en Belgique) en comparant dans chaque pays l'organisation du système de santé avec une série d'effets sur la santé publique. Ses résultats montrent que, à l'exception de la Grande-Bretagne, les pays orientés vers la première ligne ont de meilleurs paramètres de santé publique que les autres.

B. Starfield, « Primary Care and Health, a Cross-National Comparison », JAMA 1991 ; 266 : p. 2268-71.

L'échelonnement dans le cadre belge

L'échelonnement, comme passage nécessaire par la première ligne de soins, implique une accessibilité maximale de cette ligne, c'est-à-dire l'absence ou la minimisation du ticket modérateur en première ligne exclusivement. Cette accessibilité maximale peut se concevoir soit pour tous les usagers, ce qui nous semble le mieux, soit uniquement jusqu'à un seuil de revenus (quoique le système des plafonds sociaux est désastreux car il fonctionne après coup et maintient l'inhibition vis-à-vis des soins).

Une formule, défendue il y a quelques années par l'Association belge des syndicats médicaux (ABSyM) et l'Unie van huisartsenkringen (UHAK, Union des cercles de médecins), propose un honoraire de *briefing/debriefing*. C'est-à-dire une rémunération pour la circulation de l'information. Nous pensons que ce système est inflationniste et qu'il risque de stimuler le généraliste à référer, ce qui est le contraire du but poursuivi (voir encadré).

D'autres proposent de ne rembourser les actes techniques du spécialiste que s'il est consulté sur avis du généraliste. Cela peut être économique mais risque de créer de curieuses relations entre les deux exercices de la médecine.



En 1996, la Fédération des maisons médicales réagissait à la proposition d'un échelonnement briefing-debriefing. Extraits.

(...) En essayant d'obtenir un honoraire pour le briefing-debriefing, l'Association belge des syndicats médicaux (ABSyM) tente de rendre crédible le shopping médical, et par-là de maintenir la surconsommation pour assurer les meilleurs revenus possibles aux médecins, au nom d'une prétendue « liberté ».

La grande difficulté du dossier échelonnement réside dans le fait qu'il favorisera les généralistes au détriment des spécialistes. Il nous semble indispensable de donner une autre dimension à ce débat... La question cruciale est de savoir où est l'intérêt de la santé publique, et donc indirectement celui du patient, sachant que celui-ci passe inéluctablement par la préservation de l'assurance maladie, et donc par une gestion rationnelle des ressources disponibles.

La Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones tient à rappeler, autant que l'Association belge des syndicats médicaux, son attachement profond au principe de la liberté du médecin et du patient. Mais la liberté débridée du passé a produit des dérives : le shopping médical nuit à la santé et trop de liberté du médecin engendre de la surproduction d'actes, principal facteur de surconsommation. Avec comme conséquence à terme une restriction de la liberté pour tout le monde et surtout pour les moins nantis. Aujourd'hui déjà, certains patients n'ont plus accès aux soins et nous ne pouvons plus toujours soigner nos patients comme il se devrait.

La vraie liberté n'est pas de pouvoir faire n'importe quoi, c'est de pouvoir faire des choix responsables.

L'argumentation de l'Association belge des syndicats médicaux souffre d'une carence grave, c'est l'absence totale de référence scientifique. Et pour cause, la plupart des études réalisées sur la question convergent : un meilleur échelonnement améliore la santé publique. Chez nous, la seule expérience d'échelonnement a été mise en place par les maisons médicales au forfait où aucun ticket-moderateur n'est perçu. Les résultats sont là : réduction, entre autres, de 20 à 30 % des dépenses d'hospitalisation pour une qualité de soins globalement supérieure puisque tous nos patients ont accès aux soins.

Le principe de l'échelonnement est devenu une impérative nécessité si l'on veut préserver l'accès aux soins pour tous. Par contre, la question du système « idéal » à mettre en place est beaucoup plus délicate. Tout système a ses rigidités et ses effets pervers. Il importe à nos yeux de le mettre en place très progressivement et de l'évaluer globalement c'est-à-dire pas seulement sur le plan budgétaire mais aussi sur son impact, sur la qualité des soins et la satisfaction des utilisateurs.

Les principes qui doivent guider cette réforme sont les suivants :

1. Augmenter l'accessibilité de la première ligne, en y réduisant le plus possible le ticket modérateur à ce niveau et ce de manière générale, pour éviter une dualisation du système ;
2. Freiner l'accès direct en deuxième et troisième ligne ;
3. Éviter autant que possible toute lourdeur administrative ;
4. Améliorer l'organisation de la première ligne pour qu'elle puisse mieux répondre aux besoins de terrain (urgences, coordination des soins à domicile, etc.) ;
5. Refinancer valablement la première ligne pour lui permettre de répondre à ses nouvelles missions.

Pour pallier les défauts du système ABSyM-UHAK, on peut donner un honoraire à l'acte pour le *debriefing* et au forfait pour le *briefing* (proposition de gestion des données médicales du Groupement belge des omnipraticiens - GBO).

Une autre formule efficiente est de rémunérer le spécialiste au forfait et le généraliste à l'acte ; dans ce cas, le flux financier (et donc de travail) ira vers l'acte donc vers le généraliste.

Le docteur Vrayenne, membre du Groupement belge de omnipraticiens a proposé en son temps un remboursement différencié selon que le spécialiste est consulté en première ou seconde intention, c'est-à-dire un meilleur remboursement patient qui consulte un spécialiste après avis préalable du généraliste. Cette proposition nous semble la meilleure.

Que faire des pédiatres, gynécologues, ophtalmologues, dermatologues et oto-rhino-laryngologistes ?

Concernant les **pédiatres**, deux conceptions se font face : soit le pédiatre est le généraliste des enfants, soit le pédiatre est l'interniste des enfants. Dans l'hypothèse du pédiatre « généraliste des enfants », il deviendrait impérieux :

- 1) d'intégrer les pédiatres dans des équipes pluridisciplinaires avec des généralistes ;
- 2) que ceux-ci réalisent les visites à domicile de leurs petits patients ;
- 3) qu'ils assurent une garde la nuit et les week-end.

Nous défendrons la seconde hypothèse : le pédiatre est l'interniste des enfants. Cependant, des solutions transitoires peuvent être envisagées.

En ce qui concerne les **gynécologues**, ils ne peuvent en aucun cas être les généralistes des femmes. Leur formation est à juste titre orientée vers les caractères sexuels primaires et secondaires des patientes et leurs pathologies et donc exclusive de tout le domaine commun

(femmes et hommes). Que des femmes en bonne santé ne voient que leur gynécologue pour contraception, dépistage et obstétrique ne fait pas des gynécologues des généralistes. De plus, les fonctions de contraception et de dépistage peuvent être avantageusement remplies par des généralistes. Pour le suivi des grossesses, une cogestion est souhaitable dans le cadre belge.

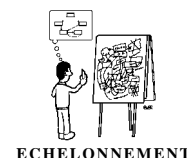
Actuellement, la formation des généralistes est insuffisante en ophtalmologie. Le passage direct chez l'**ophtalmologue** pour des défauts optiques semble évident. L'accès direct devrait être maintenu. En conséquence, l'indispensabilité du rapport écrit et lisible doit être soulignée. La fonction dépistage du médecin généraliste impose, à moyen terme, une formation pour dépister le glaucome.

Vu l'importance des maladies systémiques en **dermatologie**, le passage préalable chez le médecin généraliste est indispensable.

La pathologie **oto-rhino-laryngologique** (ORL) est le pain quotidien du généraliste. Si les interventions chirurgicales sont du domaine spécialisé, le dépistage et le suivi devraient aussi « retomber » dans les fonctions générales. Aux Pays-Bas, les oto-rhino-laryngologistes forment les généralistes à l'audiométrie et à la tympanométrie.

En aucun cas, cette façon de procéder ne doit être bureaucratique. Il est des situations où l'usage d'une ligne supérieure est immédiat : une pathologie aiguë et majeure ne doit pas subir l'échelonnement. ●

L'échelonnement dans une perspective globale de politique de santé



.....

L'échelonnement n'est pas une revendication d'un groupe professionnel mais un mode d'organisation au service de la qualité des soins. Il importe dès lors de le situer dans une perspective globale. Sa mise en œuvre implique en effet un véritable changement structurel de notre système de santé.

.....

Le système de santé est l'organisation de la dispensation des soins, dans le but d'améliorer et de maintenir l'état de santé de toute la population, à son niveau optimal. Cette définition demande précisions :

- **Organisation** : implique la coexistence et l'intégration de différents services et de différents dispensateurs, dans une perspective définie et cohérente. Structuration, planification et évaluation en sont des attributs indispensables ;
- **Dispensation des soins** : englobe et articule les soins curatifs, préventifs, et de promotion de la santé ;
- **Améliorer et maintenir à son niveau optimal** : souligne la dimension dynamique d'un processus continu, l'assurance et le développement de la qualité ;
- **Etat de santé** : rappelle nécessairement la définition globale de la santé, dans ses dimensions biomédicale, mentale, sociale et culturelle ;
- **Toute la population** : fait référence à un ensemble d'individus, composé d'entités distinctes et différentes, toutes à prendre en compte en fonction de leurs besoins distincts et différents (âge, sexe, groupe social ou culturel, pathologie spécifique, etc.).

Critères de qualité

Les critères de qualité des systèmes de santé ont été largement étudiés et définis¹⁻². Ces critères sont les mêmes pour tous les systèmes de santé, qu'ils soient ceux des pays en voie de développement ou ceux de nos pays occidentaux. Néanmoins, ils ont été initialement énoncés, testés et validés dans les pays du Tiers-monde, là où les carences sont les plus évidentes et les solutions les plus urgentes, et là où la transposition pure et simple de nos modèles de développement médical a été un échec magistral. Leurs limites ont commencé à se faire sentir dans nos pays occidentaux également vers la fin des années 60, mais l'évidence n'en apparaît vraiment qu'aujourd'hui au travers de signes indirects indubitables : hyper-technicité et perte de la dimension humaine, coûts excessifs, malaise des dispensateurs et des consommateurs de soins, hospitalocentrisme et dévalorisation de la première ligne, pléthore médicale, système d'information inefficace, etc. De plus, les solutions envisagées à ces différents problèmes ne peuvent qu'être des changements structurels impliquant une modification globale du système de santé. Il s'agit d'une véritable révolution paradigmatique (avec modification des concepts de base, des relations de pouvoir et des flux financiers), nécessairement toujours difficile, surtout pour les tenants de l'ancien paradigme encore aujourd'hui majoritaire.

Les différents critères de qualité doivent être compris comme des lignes de conduite (des *guidelines*), à développer et à adapter en fonction des particularités politiques et socioculturelles de la communauté concernée. L'implantation rigide et à tout prix de schémas pré-établis ne peut conduire qu'à l'échec, au découragement et à l'immobilisme. Il faut souligner également que les critères retenus sont des critères de structures et de processus (témoins de l'organisation du système de santé), mais que ce sont justement les structures et les processus qui conditionnent les résultats, plus difficiles à évaluer au travers d'indicateurs le plus souvent indirects. Structures, processus et résultats (*structure, process and outcomes*) sont

*Michel Roland,
médecin de
famille à la
maison médicale
Santé plurielle.*

*Ce texte est
composé
d'extraits d'une
note
d'orientation
concernant
l'échelonnement
dans une
politique globale
de santé faite par
l'auteur en 1995
dans le cadre de
son travail au
cabinet de la
ministre des
Affaires sociales
Magda De Galan
quand
l'échelonnement
était au centre du
débat.*

L'échelonnement dans une perspective globale de politique de santé

les termes consacrés des trois facteurs séquentiels en assurance de qualité.

Les critères de qualité définis pour les systèmes de santé sont les suivants :

- **Structuration du système de santé en trois niveaux de soins** cohérents et spécifiques et s'adressant à toute la population : le premier, non spécialisé, de premier recours, assurant l'entrée dans les filières de prise en charge des problèmes de santé et la résolution de plus de 80 % de ceux-ci, et dont l'acteur central (et d'ailleurs de l'ensemble des trois niveaux) est le médecin de famille/médecin généraliste ; le deuxième, le niveau de la référence spécialisée (hôpitaux généraux et spécialistes de ville) ; le troisième, celui de la haute logistique et des technologies de pointe (hôpitaux universitaires). Il importe d'assurer une logique et une séquence dans le recours à ces différents niveaux. Les soins de santé primaires doivent être la base de la pyramide et articuler l'ensemble du système : c'est là que se situe le problème de l'échelonnement, reconnu critère de qualité¹⁻².

- **Pas de trou fonctionnel** (*gap*) : tous les services doivent être structurés et assurés pour répondre aux besoins et demandes de soins de la population.

- **Pas de recouvrement** (*overlap*) : il faut éviter les redondances et les doubles-emplois. Chaque service ou niveau de soins doit assumer et réaliser une part spécifique de la dispensation globale des soins, sans concurrence avec d'autres. Il faut aussi éviter qu'un niveau de soins ou un service prenne en charge et réalise les tâches qui relèvent d'un autre.

- **Existence d'un système d'information** cohérent et structuré : l'ensemble des informations importantes relatives à un patient doit être rassemblé, ordonné et classé, synthétisé, et restitué selon les nécessités, à partir d'un élément central : le dossier médical. Le médecin de famille/ médecin généraliste du patient, son interlocuteur et sa référence privilégiés, en est le dépositaire et le gestionnaire naturels. Un bon système d'information permet et garantit une partie importante de l'efficacité (efficacité au moindre coût) des soins.

- **Participation de la population et des individus** à la promotion de la santé et aux prises de décision à tous les échelons. La compétence technique ne peut assurer le monopole, en droit ou en fait, à la prise de décision. Ceci implique une information la plus objective possible de la communauté, préalable indispensable à la décision. L'action sanitaire doit également tendre à la libération de l'individu de toute servitude, plutôt qu'à son maintien dans un état de dépendance à l'égard de l'organisation médico-sanitaire.

L'importance des soins de santé primaires : un fait établi !

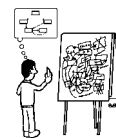
La reconnaissance comme critère de qualité de l'importance prépondérante des soins de santé primaires dans l'échelle de dispensation des soins et dans le système de santé n'est pas une assertion résultant d'un jugement de valeur. Elle découle d'un grand nombre de travaux scientifiques qui vont tous dans le même sens, et qui soulignent que c'est même là le critère de base pour permettre la réalisation des autres et, in fine, des *outcomes* optimaux.

Une corrélation statistiquement significative a pu être démontrée¹⁻³⁻⁴ entre :

- l'importance relative du niveau de la première ligne, les soins de santé primaires, dans le système de santé et dans la dispensation concrète des soins ;
- la satisfaction de la population par rapport à son système de santé ;
- et une série d'indicateurs de qualité de résultats.

La seule exception est constituée par la Grande-Bretagne qui, malgré une orientation très soins de santé primaires, présente de mauvais indicateurs de résultats. L'explication probable est le (trop ?) faible financement du secteur des soins de santé, des autres services sociaux et de l'éducation nationale, conséquence d'une politique ultra-libérale.

L'importance relative de la première ligne a été approchée au travers d'indicateurs spécifiques dont la combinaison calcule un score global¹⁻⁵.



Certains concernent le **système de santé en général** :

- l'existence d'**incitants pour une répartition géographique équitable** des services de santé de première ligne (l'optimum étant une régulation organisée ou le fonctionnement de centres de santé publics) ;
- le **type de dispensateurs de soins** (les médecins généralistes/médecins de famille constituent le prototype des médecins du niveau primaire, les pédiatres et les internistes généraux sont intermédiaires) ;
- l'**accessibilité financière de la première ligne**, dans l'absolu et relativement par rapport aux autres niveaux de soins (l'optimum étant une assurance sociale de santé généralisée sous la responsabilité du Gouvernement, ou un service national de santé) ;
- le **pourcentage de médecins actifs** qui sont des spécialistes (moins de 50 % témoigne d'une orientation soins de santé primaires, plus de 75 % d'une orientation spécialistes) ;
- le **salaire relatif des médecins de première ligne** et des spécialistes (un rapport égal ou supérieur à 0,9/1 témoigne d'une orientation soins de santé primaires).



D'autres concernent la **dispensation des soins** :

- le **premier contact** constitue l'entrée dans le système de soins et les rapports entre niveau primaire et niveaux spécialisés (référence/contre-référence). C'est ici qu'intervient le problème de l'**échelonnement**, un facteur parmi bien d'autres (la nécessité de consulter préalablement un généraliste avant un contact avec un spécialiste, sauf cas d'urgence ou exceptions spécifiques, témoigne d'une orientation soins de santé primaires) ;
- la **longitudinalité** fait référence à la relation au long cours entre un patient et un médecin de famille, indépendamment de problèmes de santé spécifiques. Il s'agit de la fidélisation, un autre point de discussion actuel lui aussi faisant partie d'un ensemble complexe d'interactions (un contrat clair entre le patient et son médecin-traitant témoigne d'une orientation soins de santé primaires) ;
- la **globalité** du système de santé appréhende

le degré avec lequel l'ensemble des services nécessaires à la prise en charge d'un problème de santé est directement assuré par le niveau primaire, ce qui est considéré comme une autre orientation soins de santé primaires ;

- la **coordination** est considérée comme bonne lorsqu'il existe un système formalisé de transfert d'informations entre le niveau primaire et les niveaux spécialisés ;
- l'**approche systémique** (*family centered health care*) du système de santé témoigne elle aussi d'une orientation soins de santé primaires ;
- enfin l'**approche communautaire** est le dernier indicateur retenu pour quantifier le degré d'orientation soins de santé primaires.

Les **indicateurs de qualité de résultats** choisis, universellement reconnus, sont au nombre de douze : mortalité néonatale, mortalité post-

L'échelonnement dans une perspective globale de politique de santé

néonatale, mortalité infantile, taux de mortalité ajustée pour l'âge, espérance de vie moyenne pour les hommes et les femmes à l'âge d'un an, de 20 ans et de 65 ans, taux de mortalité évitable avant 65 ans, et taux de naissance en dessous de 2.500g.

Système de santé et soins de santé primaires en Belgique

Quelques chiffres belges et internationaux, extraits des références citées :

● Indice de satisfaction de la population

Etats-Unis	0,2
Grande-Bretagne	2,1
Australie	2,1
Allemagne	2,9
Suède	4,3
Canada	7,6
Hollande	9,0

Les données ne sont pas disponibles pour la Belgique, le Danemark et la Finlande.

● Score d'orientation soins de santé primaires

Etats-Unis	0,2
Allemagne	0,5
Belgique	0,8
Australie	1,1
Canada et Suède	1,2
Hollande, Danemark et Finlande	1,5
Grande-Bretagne	1,7

● Indicateurs d'outcomes (résultats en terme de santé)

1. Concernant globalement les douze indicateurs, on en retrouve :

	dans le tiers supérieur	dans le tiers inférieur
Australie	3	0
Belgique	0	9
Canada	5	0
Danemark	0	3
Finlande	5	6
Allemagne	1	7
Hollande	10	0
Suède	10	0
Grande-Bretagne	0	8
Etats-Unis	1	7

2. Mortalité périnatale

Belgique	1,02 %
Espagne	1,00 %
Irlande	0,99 %
Hollande	0,96 %
Grande-Bretagne	0,90 %
France	0,89 %
Allemagne	0,64 %

3. Mortalité infantile pour mille naissances vivantes

Belgique	8,5
Hollande	7,1
Grande-Bretagne	6,6

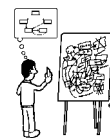
4. Taux d'accroissement des dépenses de santé

	1970-1980	1980-1990
Belgique	61	15
France	31	16
Allemagne	42	-4
Irlande	71	-22
Hollande	33	0
Espagne	51	18
Grande-Bretagne	29	7

On peut raisonnablement affirmer que la Belgique, pour des dépenses de santé d'importance moyenne mais en fort accroissement par rapport aux autres pays, présente des indicateurs de résultats assez moyens et un système de santé fort peu orienté soins de santé primaires. La réorientation de notre système de santé pour renforcer les soins primaires semble dès lors une nécessité.

Pistes de réflexion concernant l'évolution pour le renforcement des soins de santé primaires

La réorientation de notre système de santé vers les soins primaires peut se réaliser en prenant en compte des modèles globaux et conceptuels. Il faut souligner que cette évolution doit se faire en développant ou assurant la coordination et l'intégration harmonieuses des trois niveaux de soins. Il n'est pas question de démanteler arbitrairement des réseaux hospitaliers ou de limiter les recours utiles de haute technologie.



Il est cependant évident que les niveaux spécialisés verront souvent d'un mauvais œil des flux financiers nouveaux parfois en leur défaveur, la restructuration et le renforcement du niveau primaire, et la limitation ou le partage d'un pouvoir acquis. L'hostilité d'une partie du corps médical à cette évolution est donc inéluctable, et beaucoup d'énergie devra être dépensée pour la dépasser.

Les modèles suivants, bien que critiquables, peuvent servir de base aux changements nécessaires :

● Le modèle de l'Organisation mondiale de la santé

Il y a déjà une vingtaine d'années, l'Organisation mondiale de la santé a élaboré un modèle considérant les soins de santé primaires comme la clé de voûte de la politique de « Santé pour tous en l'an 2000 »⁶. Ce modèle, construit à partir de l'expérience des pays en voie de développement mais appliqué et adapté à l'Europe en fonction des problèmes observés et de la situation locale, a été finalisé par le Bureau régional d'après la déclaration d'Alma Ata (1978) dans une série de recommandations aux états membres pour promouvoir et développer les soins de santé primaires. Les points essentiels sont : autonomie du patient, participation de la communauté, globalité des services, continuité des soins, collaboration intersectorielle, intégration fonctionnelle, approche par équipes, utilisation des technologies appropriées, utilisation judicieuse de l'information, importance de l'évaluation.

Les soins de santé primaires peuvent être considérés comme un ensemble de services et d'activités, un niveau de soins, une stratégie et une philosophie. La position du médecin généraliste/médecin de famille est centrale dans le cadre de ces options⁸.

Un **ensemble d'activités** abordant l'ensemble des facteurs susceptibles d'influencer la santé de la population, même si certains d'entre eux paraissent déjà bien contrôlés dans la majorité des pays européens (hygiène, eau potable, etc.). Il n'en reste pas moins un grand nombre, certains nouvellement apparus ou modifiés par

l'évolution actuelle de la société, par exemple les nouvelles technologies.

Un **niveau de soins** : les médecins généralistes/médecins de famille sont incontestablement les dispensateurs de soins centraux du niveau primaire, mais ils ne sont pas seuls et n'ont pas de vocation monopolistique. D'autres professionnels existent (infirmières, kinésithérapeutes, etc.) et tous doivent travailler en coordination, en fonction d'une liste de fonctions professionnelles spécifiques (*basic-job description*), pour réaliser l'ensemble des activités.

Une **stratégie** : dans beaucoup de pays, les médecins généralistes sont fiers de leur indépendance et de la nature privée de leur travail. En résultent souvent un manque de coordination entre niveaux primaire, secondaire et tertiaire, des circuits de communication déficients, des redondances de services, une méfiance réciproque, des gaspillages de ressources, etc. Le médecin généraliste en particulier, et le niveau primaire en général, doit être une partie d'un système global dont l'objectif principal est l'amélioration de l'état de santé de la population.

Une **philosophie** : c'est au niveau primaire bien plus qu'aux niveaux spécialisés que peuvent s'exprimer des valeurs telles la justice sociale ou l'équité, des concepts tels la globalité ou la continuité.

● Le modèle communautaire

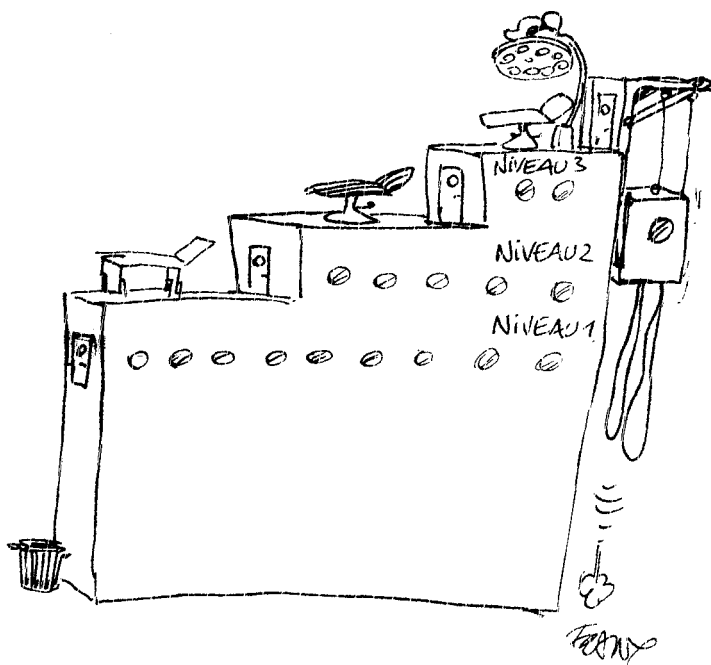
Parallèlement à la définition puis à l'affinement du modèle de l'Organisation mondiale de la santé soulignant la place fondamentale des soins de santé primaires, s'est développé un peu plus tard et surtout théoriquement, à partir des Etats-Unis, un autre modèle appelé *Community Oriented Primary Care* (COPC). Il a été largement la conséquence de l'extraordinaire progrès des technologies de collecte et de traitement de l'information. Il est en effet apparu rapidement indispensable de relier physiquement et logiquement ces masses de données, de sources extrêmement variées, pour en retirer des conclusions concernant d'une part les besoins et les demandes de la population,

L'échelonnement dans une perspective globale de politique de santé

d'autre part les services qui lui sont présentés.

Trois qualités fondamentales caractérisent la santé communautaire, largement explicitées dans la charte d'Ottawa⁷ :

- la primauté des soins primaires dans le système de santé ;
- une population bien définie ;
- et des procédures systématiques investiguant les problèmes de santé les plus importants de cette population.



Dans l'approche santé communautaire, quatre étapes sont essentielles :

- la description de la population (ce qui se relie une nouvelle fois à d'autres éléments : fidélisation et inscription) ;
- l'identification des problèmes de santé de cette population ;
- la planification puis l'implantation de programmes et d'interventions ;
- l'évaluation des processus et des résultats.

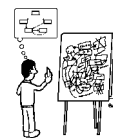
L'avancée conceptuelle du modèle communautaire aux Etats-Unis a été accélérée par l'influence de facteurs socioéconomiques en rapport avec la santé. En dehors d'arguments politiques et philosophiques, des arguments

gestionnaires peuvent en effet également faire avancer l'idée de l'importance des soins primaires. Les médecins généralistes et les travailleurs de santé de première ligne sont en effet, de par la place qu'ils occupent dans les familles et les communautés locales, les intervenants privilégiés pour évaluer les besoins et demandes de la population et participer largement au diagnostic communautaire.

● La charte de la médecine générale/ médecine de famille en Europe⁸

A partir des fondements théoriques qui précèdent et de la nécessité de réorienter les politiques de santé européennes vers les soins de santé primaires, un groupe de travail européen s'est constitué, composé de représentants de l'Organisation mondiale de la santé, de la WONCA (Association scientifique mondiale des médecins généralistes/médecins de famille) et de la SIMG (International Society of General Practitioners), regroupés à l'échelon européen en une European Society of General Practice. Le groupe de travail a publié une « Charte de la médecine générale/médecine de famille en Europe ». Elle est présentée comme un outil de réflexion et de débat aux associations professionnelles internationales et nationales, aux médecins de famille, aux décideurs politiques, aux départements universitaires et aux institutions de recherche en médecine générale et soins de santé primaires.

Le but de cette charte est d'explicitier et promouvoir le rôle central de la médecine de famille dans les systèmes de santé en Europe pour améliorer l'état de santé de la population. Beaucoup de pays européens sont actuellement confrontés à la nécessité de changements dans l'organisation et la dispensation des soins de santé, notamment pour des raisons socio-économiques. Dans certains, une restructuration fondamentale est nécessaire. Dans d'autres, existent des systèmes qui ne réalisent pas entièrement les bénéfices qu'une médecine de famille bien organisée et bien développée pourrait apporter. Dans d'autres enfin, les médecins de famille désirent renforcer la place centrale qui est déjà la leur. Les systèmes de santé européens sont constamment examinés à la lumière des contraintes financières et des



coûts croissants. De nombreux rapports montrent que la médecine de famille peut offrir :

- des services pour les patients, accessibles et acceptables ;
- une distribution équitable des ressources pour les soins de santé ;
- la dispensation intégrée et coordonnée de services curatifs globaux, palliatifs et préventifs, et de promotion de la santé ;
- l'utilisation rationnelle des services secondaires et des médicaments ;
- l'amélioration de l'efficacité (efficacité à coût égal).

Le texte original du document présente une proposition de résolution :

« Les états membres sont instamment priés :

- de reconnaître le potentiel démontré de la médecine générale/médecine de famille pour dispenser des soins globaux, à l'interface des soins informels et formels et dans le contexte des soins de santé primaires ;
- de revoir, dans le contexte de l'organisation et de la réforme de leurs systèmes de santé, la contribution spécifique de la médecine générale/médecine de famille à améliorer l'état de santé de leurs populations ;
- de promouvoir et supporter les conditions requises pour le développement de la médecine générale/médecine de famille, dans les perspectives énoncées dans la présente charte. » ●

4. MMRW, Centers for Disease Control. *Premature mortality in the United States*, 1986, 35 : p. 29-31.

5. Starfield B., *Primary Care : Concepts, Evaluation and Policy*, Oxford University Press, New York, 1992.

6. WHO, *Alma Ata Declaration*, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1985.

7. WHO, *charte d'Ottawa*, WHO, Geneva, 1986.

8. WHO, *A Charter for general practice/family medicine in Europe*, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1995.

Références

1. Starfield B., « Primary Care and Health. A Cross-National Comparison », *JAMA*, 1991, 266 : p. 2268-71.

2. Van Lerberghe W., Lafort Y., « The role of the hospital in the district : delivering or supporting primary health care ? », *Division of Strengthening of Health Services*, 1990, WHO/SHS/CC/90.2, WHO, Geneva.

3. Blendon R. et al., « Satisfaction with health systems in ten nations », *Health Aff*, 1990, 9 : p. 185-92.

Haro sur l'échelonnement?

Axel Hoffman,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Norman Bethune.

.....

L'échelonnement est-il une bonne manière d'articuler harmonieusement les lignes de soins ? Les avis divergent. Le fond du problème réside dans l'objectif qui sous-tend l'échelonnement et conditionne la manière de le concevoir : créer plus de santé ou contrôler les acteurs et les flux financiers ?

.....

L'idée de l'échelonnement donne des boutons à certains spécialistes. Pas tous. Nombre d'entre eux ne demandent pas mieux de voir leurs consultations débarrassées des problèmes qui pourraient être traités tout aussi bien à un autre échelon. Lors d'une conférence de recyclage destinée aux généralistes, le docteur Tennstedt, professeur de dermatologie à l'Université de Louvain, termina un exposé très concret sur le traitement des verrues par cette apostrophe : « *Et maintenant, je ne veux plus voir un patient prendre un rendez-vous pour des verrues ! C'est votre job de généralistes* ».

Voilà une déclaration aussi nette qu'inutile, car la répartition des tâches entre les différentes lignes de soins est, dans la pratique, parfaitement nébuleuse ! L'échelonnement serait une bonne manière d'articuler harmonieusement les lignes de soins. Mais il a de nombreux adversaires.

La population contre l'échelonnement ?

Il y a un phénomène de pensée dominante dans la population. Le réflexe « tel organe = tel spécialiste » est profondément ancré et conduit nombre d'usagers de soins à recourir d'emblée aux niveaux supérieurs.

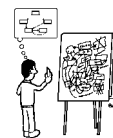
Les media, avec leur appétit de sensationnel et de « pointu », renforcent ce conditionnement, malgré des soubresauts « généralistophiles » fort charitables et aussi efficaces que les promesses de cancer sur les paquets de cigarettes. Il est loin d'être rentré dans les mœurs de concevoir que le système de soins n'est pas constitué de guichets spécifiques entre lesquels il faudrait s'orienter le moins mal possible mais dispose d'un central capable de répondre à la majorité des questions, d'en faire la synthèse et de collaborer avec les spécialistes nécessaires quand le niveau de complexité du problème le requiert.

On retrouve la pulsion « spécialiste d'emblée » dans toutes les couches de la population. Cela donne à penser que ce n'est pas le niveau socioculturel ou le niveau d'information qui détermine ce choix mais plutôt l'absence de réelle culture « soins de santé primaires ».

En fait, même s'ils recourent sans état d'âme à d'autres médecins, les usagers de soins sont relativement fidèles à un médecin.

Il fut question il y a quelques années de « fidélisation » : fallait-il prendre des mesures pour que les usagers de soins s'attachent à un médecin traitant et évitent le « shopping » médical ? Une enquête réalisée à l'époque conclut que trois quart de la population avait un médecin auquel elle était relativement fidèle. Elle ne concernait pas spécifiquement le recours direct en deuxième ligne, mais montrait seulement que trois usagers sur quatre consultent volontiers un médecin (quel qu'il soit) de manière assez suivie. Aucune mesure de type inscription ne fut prise.

Publiée en avril 2000, une enquête de Test Santé (numéro 36) estime à 95 % le nombre de personnes ayant un généraliste attiré, le même



depuis au moins cinq ans dans 75 % des cas. L'attitude des usagers vis-à-vis de l'échelonnement y est explorée : 26 % ne consultent un spécialiste que sur conseil du généraliste, 15 % vont directement chez le spécialiste, 56 % répondent que cela dépend de la situation. Si consulter un spécialiste sans avis préalable du généraliste devenait plus cher, le nombre de consultations directes diminuerait, mais pas de manière spectaculaire. La plupart de ceux qui, aujourd'hui, consultent un spécialiste de leur propre initiative, continueraient à le faire. C'est essentiellement pour les problèmes gynécologiques, les problèmes oculaires soudains et ceux d'irritation chronique de la peau que les patients consultent directement un spécialiste. Le gain financier éventuel (pas de consultation du généraliste à payer) n'est cité comme principale raison que dans une minorité de cas. L'enquête conclut que les patients sont convaincus qu'ils savent bien quand le recours au spécialiste s'impose.

Cette enquête pose le problème de l'échelonnement en terme de compétence des usagers à s'auto-référencer chez le spécialiste adéquat. Il s'agit d'une vision tronquée de l'échelonnement qui ne consiste pas à installer un poteau indicateur généraliste, mais à favoriser la réalisation des fonctions de première ligne. Ses résultats ne nous semblent donc pas contradictoires avec l'instauration d'un échelonnement.

Les gens sont attachés à un médecin, mais lequel ?

Ce médecin peut (devrait !) être un généraliste, mais il n'est pas exceptionnel que ce soit un spécialiste.

Quand le médecin de référence est un généraliste, il existe une sorte d'échelonnement naturel. Lorsque le patient fidèle à ce médecin consulte spontanément à un autre échelon, trois sortes de problèmes peuvent se manifester. Tout d'abord, il y a une perte d'information pour le généraliste dont une fonction essentielle est de faire la synthèse des données « santé » de son patient. Une grande quantité d'énergie est souvent indispensable pour récupérer ces informations.

Ensuite, le spécialiste consulté n'est peut-être pas adéquat : il en résulte perte de temps et d'argent, risque d'effets secondaires et d'interférences non souhaitables.

Enfin le patient peut être happé dans un système de références « horizontales », entre spécialistes : l'information risque d'être définitivement fragmentée et irrécupérable, l'insuffisance de mise en perspective globale, de proximité et de continuité dans la prise en charge se traduisent paradoxalement par une moindre qualité des soins, il y a déficit d'autonomie du patient liée à la perte de sa qualité de sujet au profit d'une identité de porteur d'organes malades. Le coût de ce parcours sera également plus élevé pour le patient et la société (perte d'efficacité). Nombre d'interventions inutiles seront réalisées, car les niveaux spécialisés fonctionnent sur le principe « ne laisser passer aucune pathologie théoriquement possible, si rare soit-elle ».

Deuxième hypothèse, le médecin de référence est un spécialiste. Son intérêt se portera surtout sur les maladies et peu sur les problèmes de santé (prévention, prise en compte du milieu de vie hors de sa spécialité ou des déterminants non médicaux de la santé, etc.). On retrouvera aussi les mêmes inconvénients décrits au sujet des « références horizontales » car la qualité des soins qu'il prodigue dans son domaine n'est nullement garante de ceux qu'il dispensera lors d'autres problèmes de santé.

Cette description d'expériences quotidiennes explique que dans la pratique, tout dysfonctionnement dans l'articulation de la première ligne de soins avec les autres lignes se solde par un déficit de qualité dans les soins.

Les résistances des médecins à l'échelonnement

L'argument préféré des médecins pour s'opposer à l'échelonnement est la liberté de choix du patient. Cet argument procède de la vision réductrice d'un échelonnement envisagé comme une mesure coercitive, obligatoire. Quant à un échelonnement de type incitatif, par exemple via un meilleur remboursement du patient en deuxième ligne s'il est envoyé par la

Haro sur l'échelonnement?

première, il est soupçonné celer une manœuvre machiavélique menant inmanquablement à des mesures de type obligatoire dans un second temps.

Ce tableau est rehaussé d'un motif effrayant : celui du rationnement des soins. L'échelonnement serait dans cette optique une mesure permettant de mieux contrôler le corps médical et de réduire les dépenses de soins de santé, au détriment des soignants et des patients. Le second pilier de la médecine libérale serait ainsi menacé, celui de la liberté thérapeutique. A terme, le spectre d'une mainmise totale sur l'activité médicale par la nationalisation des soins est agité.

revenus qui résulterait d'un arrêt en première ligne des problèmes de santé pouvant y être gérés efficacement, les lignes spécialisées redoutent un transfert important de financement vers la première ligne. Les intérêts en jeu sont énormes et dépassent les limites du corps médical pour toucher l'ensemble de l'industrie médico-pharmaceutique.

Ces considérations économiques n'épuisent pas le sujet. La crainte est profonde d'une perte d'autonomie des médecins, qui sont, il est vrai, déjà soumis à toutes sortes de restrictions dans leur activité. Restant sur le seul sujet de l'échelonnement, cette perte de liberté prend un visage différent selon l'échelon envisagé.



Cette résistance fondée sur la défense des libertés et des intérêts du patient s'appuie sur des considérations plus stratégiques. Comme vous aurez pu le lire dans ce cahier (articles de Pierre Drielsma et de Michel Roland), l'échelonnement s'inscrit dans une perspective de modification structurelle de notre système de santé. Bien plus que la perte d'activité et de

Les spécialistes se sentent brimés par la subordination de leur activité à une « autorisation » du généraliste : pas question de dépendre du « ticket » délivré au bon vouloir du généraliste. Paradoxalement, si l'échelonnement voit le jour, nombre d'entre eux se positionneront comme acteur de première ligne pour échapper à cette contrainte (voir encadré page suivante).



Tous en première ligne

Cherchez la femme

Les gynécologues en première ligne : ils sont accessibles et établissent des liens durables avec leurs patientes, et revendiquent donc le titre de généraliste de la femme. Fin 1999, un congrès de l'Association flamande de gynécologie a proposé une répartition des tâches : les gynécologues demandent aux généralistes de leur abandonner la contraception, le suivi de la ménopause et le contrôle prénatal. En échange, ils arrêteront de traiter des pathologies non gynécologiques telles que l'asthme ou l'hypertension ! Parue peu auparavant, la note de politique générale de la ministre de la Santé publique Magda Aelvoet, qui prône l'échelonnement, explique ce marchandage : la perspective de dépendre d'un « ticket » délivré par le généraliste manque singulièrement de popularité chez les gynécologues.

La prostate, c'est l'homme

Pourquoi pas eux ? Les urologues se verraient bien dans la peau d'un généraliste de l'homme âgé (55-60 ans). Il est vrai que le vieillissement de la population entraîne un accroissement des pathologies de la prostate. Outre les pathologies bénignes qui touchent quasiment tous les hommes au fil des ans, le cancer de la prostate est la deuxième cause de mortalité par cancer à partir de 60 ans et la première au-delà de 75 ans.

Et les pharmaciens...

L'échelonnement ne les touche pas et pourtant eux aussi souhaiteraient grignoter un peu de médecine générale. L'Association pharmaceutique belge imagine installer dans les pharmacies de petits cabinets de consultation où l'apothicaire examinerait les « bobos » et vendrait directement les traitements adéquats non remboursés par la sécurité sociale.

Et tutti quanti...

La liste des vocations de première ligne est longue : oto-rhino-laryngologues, dermatologues, ophtalmologues, pédiatres, gériatres en maison de repos, psychiatres... et s'allonge sous l'aiguillon d'un échelonnement mal compris. A définir la première ligne par les pathologies qu'elle soigne, chacun pourra s'y revendiquer une place. Mais aucun de ces intervenants ne correspond au profil de la première ligne qui associe approche globale, continuité, accessibilité, proximité, fonction de synthèse, etc. Un échelonnement implique de préciser les tâches des différentes lignes, mais ces tâches ne se résument pas à des listes de maladies ou d'actes réservés à l'une ou l'autre : l'apport essentiel de la première ligne réside dans les fonctions qu'elle remplit (voir le cahier de Santé conjugulée numéro 11). Concevoir un échelonnement qui ne tiendrait pas ces caractéristiques comme fondatrices de la première ligne ou ne les valoriserait pas, c'est courir le risque d'en réduire à peu les bénéfices escomptés.

L'argument est judicieux, car il met le doigt sur une difficulté majeure. Nombre de consultations directes au second ou troisième échelon sont justifiées et un passage obligé en première ligne constituerait une perte de temps et d'argent. Une conception « simpliste » et linéaire de

Quant aux généralistes, en théorie favorisés par l'échelonnement, ils s'y sentent dévalorisés dans une fonction de *gate-keeper*. Ce terme désigne aux États-Unis un rôle de filtre joué par le généraliste pour restreindre au maximum le passage aux lignes spécialisées, dans le cadre d'une gestion privée des soins de santé. Contrairement à notre conception de l'échelonnement comme mode d'organisation au service de la qualité des soins, le *gate-keeping* a d'abord des objectifs budgétaires. On comprend que les généralistes répugnent à s'identifier dans ce rôle de chien de garde du système.

Ils craignent encore de se voir privés de la possibilité de réaliser certains actes qui seraient réservés aux autres lignes. Ce danger sera réel si la définition des lignes se réduit à une liste de gestes techniques ou de pathologies qu'elles seraient seules autorisées à traiter. Plus que dans ses actes, l'apport de la première ligne réside dans les fonctions qu'elle remplit : ce sont ces fonctions qui font l'intérêt de l'échelonnement.

Le spectre de la mainmise de l'État sur leur activité révèle chez les médecins une confusion fondamentale.

Dans le chef des partisans de l'échelonnement, l'objectif est « plus de santé » et l'économie est un bénéfice secondaire escompté utilisé pour soutenir leur projet. Mais il est vrai que l'échelonnement n'atteindra pleinement son objectif santé que couplé à la généralisation à toute la population du dossier médical centralisé par le généraliste et à l'inscription. Les modèles combinant ces trois mesures caractérisent certains systèmes « nationalisés » qui n'ont pas bonne presse.

La confusion est de penser qu'un tel mode organisation est automatiquement étatique. Il le sera si l'État l'impose. Mais rien n'empêche le corps médical de sortir de ses divisions partisans et de prendre les devants pour se concerter sur son organisation et ses articulations. Ne serait-il pas préférable pour lui de modeler les outils que sont échelonnement, dossier central et inscription dans l'optique « plus de santé » et le respect des libertés, et de défendre cette conception dans la négociation avant de s'en voir imposer une autre élaborée dans un but de limitation des dépenses.

Clivages clichés

Lors d'une enquête commanditée par le Comité de l'assurance de l'INAMI et réalisée en 1995 par des chercheurs de l'université de Gand et de Liège, deux mille médecins, généralistes et spécialistes ont exprimé leur opinion sur l'échelonnement. Résultats prévisibles (mais pas unanimes) : la majorité des généralistes pense que le patient devrait passer chez eux avant de se rendre chez un spécialiste, alors que les spécialistes, surtout à Bruxelles et en Wallonie, y voient une atteinte à la liberté du patient et rejettent cette idée. Les partisans de l'échelonnement ne sont toutefois pas rigides : près de 50 % d'entre eux conçoivent que les ophtalmologues et les gynécologues devraient bénéficier d'une exception, 40 % l'accordent aux pédiatres, 25 % aux dermatologues, 20 % aux oto-rhino-laryngologistes, et 15 % aux psychiatres. Mais tous estiment que, sauf opposition du patient, l'envoi d'un rapport au médecin traitant est indispensable, même si ces spécialistes sont consultés spontanément.

La formule d'échelonnement la plus populaire est celle d'un meilleur remboursement pour les patients qui s'adressent au spécialiste sur référence du médecin traitant.

l'échelonnement doit donc être évitée : le recours spontané en deuxième ligne ne peut être aveuglément entravé. Mais une conception « compliquée » ne serait pas opérationnelle : on voit mal comment appliquer des règles particulières à chaque situation sans rendre le système opaque aux usagers. Un échelonnement souple, non obligatoire, de type incitatif peut contourner cet obstacle.



Gesticuler n'est pas articuler

Il serait un peu court de balayer d'une pichenette les arguments contre l'échelonnement. Les contraintes budgétaires sont des réalités et le risque d'une dérive économiste qui manipulerait l'échelonnement dans l'unique objectif de diminuer les coûts mérite vigilance. Malheureusement les craintes des « anti-échelonnement » prennent parfois la forme d'un rejet massif et manichéen (les bons médecins défenseurs des patients contre le totalitarisme d'État) de toute évolution de notre système.

Cette gesticulation de rejet se solde par un immobilisme déplorable. Pourtant la situation sur le terrain appelle à une meilleure articulation entre les lignes de soins, de nombreux faits en témoignent. Il y a les inconvénients pour le patient déjà décrits dans ces lignes. Il y a ces nombreux médecins, généralistes comme spécialistes, qui souhaitent une forme d'échelonnement pour travailler de manière plus efficace. Il y a ces malaises entre généralistes et hôpitaux et les tentatives de mise à plat des problèmes dont parlent dans ce cahier les articles sur le projet Sylos, sur la charte de la Fédération des associations de médecins généralistes bruxellois et sur les urgences à Charleroi.

Comme la plupart des débats susceptibles de préluder à un changement important, la problématique de l'échelonnement divise deux camps, pour et contre. Les « pour » soulignent les travers du système actuel et l'apport des nouvelles conceptions de la santé au service desquelles l'échelonnement est un outil plus que nécessaire. Les « contre » dénoncent les effets pervers possibles de l'échelonnement : dérive économiste au détriment de la qualité, menace de contrôle étatique, atteinte à la liberté des praticiens et des usagers, inanité du passage en première ligne dans nombre de situations. Résumer ce débat à l'affrontement d'un progressisme et d'un conservatisme ne peut que conduire les protagonistes à camper sur leurs positions. La rencontre des projets des uns avec les craintes des autres permettra de sortir de cette guerre de tranchées et de poser la seule

question porteuse d'avenir qui n'est pas « l'échelonnement oui ou non ? » mais « l'échelonnement comment ? ». ●

Euro-santé

Veronica Casado,
médecin
généraliste au
centre de santé de
Valladolid,
Espagne,
Jacques Morel,
médecin
généraliste,
secrétaire
général de la
Fédération des
maisons
médicales,
Roberto Nardi,
médecin
généraliste,
membre de
Société et santé,
Italie, **Marc
Schoene,**
médecin
généraliste,
directeur de la
promotion de la
santé à la mairie
de Saint-Denis,
France,
membres du
Secrétariat
européen des
pratiques de
santé
communautaire.

.....

Quel est l'état de structuration du premier niveau, quelles sont les modalités de relations entre médecins généralistes et spécialistes, existantes ou en cours de transformation, dans différents pays d'Europe ?

.....

Le Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire (voir encart) a réalisé une enquête visant à mieux faire connaître les réalités sanitaires nationales et notamment l'organisation du premier niveau d'accès aux services de soins en Europe. Un certain nombre de questions ont été posées à des médecins généralistes d'Espagne, d'Italie, de France et de Belgique. Nous vous présentons les réponses qui ont trait à l'identification réciproque et à l'articulation de la première ligne de soins avec les autres lignes.

Mode d'accès aux soins de santé

Quel est le mode d'accès aux soins de santé pour la première ligne (médecine générale, soins infirmiers) pour les usagers : gratuit, tiers-payant avec ticket modérateur, autre ?

● Belgique

Le mode majoritaire est le paiement à l'acte avec ticket modérateur. A côté du paiement à l'acte, existe un système de forfait à la capitation qui concerne actuellement 50.000 assurés sociaux soit 0,5 % de la population. Ce dernier système est en croissance.

● Espagne

C'est la loi générale des services sanitaires de 1986 qui définit les caractéristiques du système de santé : financement public (plus de 90 % à travers les impôts), couverture universelle, accès équitable du point de vue financier et géographique, gestion publique et provision des services par des prestataires publics.

La porte d'entrée au Système national de santé espagnol, intégré et planifié, est représentée par les soins de santé primaires.

Les centres de santé, représentent le point central du système, et ils sont les responsables de l'envoi des patients aux spécialistes. Le pourcentage dit de résolution est 92,3 %, c'est-à-dire que seules 7,7 % des consultations des généralistes sont envoyées aux spécialistes. Ce qui représente 267 dérivations par an et pour mille personnes.

● Italie

L'accès aux soins de santé primaires est gratuit en dehors d'un ticket modérateur pour les médicaments.

Quels sont les lieux d'exercice possibles du médecin généraliste ?

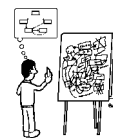
● Belgique

Le modèle majoritaire en médecine générale est la pratique « solo », la pratique de groupe est rare, on rencontre des duo (souvent mari et femme).

Près de deux cents médecins généralistes francophones travaillent en centre de santé intégré (à l'acte ou au forfait). Soit un médecin généraliste sur trente.

● Espagne

Un des axes importants de la réforme sanitaire espagnole a été représenté par la promotion et le développement des soins de santé primaires. Avant la réforme, les soins spécialisés s'étaient développés d'une façon très importante, les soins de premier niveau s'exerçaient dans les dispensaires (*consultorios*) en groupe, mais pas en équipes. Les médecins généralistes assuraient des consultations « massifiées » dans



Le Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire

A travers l'Europe, les centres de santé sont des lieux de pratiques novatrices. Au-delà de leurs différences formelles, leurs pratiques professionnelles en soins de santé primaires convergent sur la référence à une éthique sociale de la santé et aux objectifs de la santé communautaire.

C'est ce constat qui a abouti à la création, en 1986, du Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire avec des représentants de la Belgique, l'Espagne, la France, la Hollande et l'Italie.

Les professionnels des centres de santé veulent, à travers le Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire, se donner les moyens de promouvoir la santé pour tous par l'approche communautaire en optimisant la synergie entre les expériences communautaires et les résultats de la recherche, entre les politiques et les pratiques, entre la planification et la participation des citoyens.

Depuis sa création, le Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire tisse

des liens entre les professionnels de la santé du secteur primaire, qui développent des pratiques qui mettent en place une approche globale et intégrée de la santé : appréhender les déterminants de la santé, promouvoir la participation de la communauté à la définition de ses besoins et l'élaboration de solutions efficaces.

Le Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire souhaite promouvoir le développement de la santé communautaire par une démarche qui s'enrichisse des réalités locales en Europe, par une démarche qui vise à relier le champ de la santé aux autres secteurs organisant la vie sociale, par une démarche scientifique qui rapproche le champ de la recherche, de la santé publique et celui des pratiques, par une démarche de convergence organisant la mise en commun d'expériences et d'informations, leur analyse et évaluation, par une démarche de diffusion, en assurant la répercussion de ces travaux auprès des membres du réseau et des interlocuteurs concernés.

les dispensaires et se sentaient de plus en plus éloignés des progrès scientifiques et techniques, entraînant une perte progressive de motivation, de qualité et de prestige.

Dans ce contexte, les soins de santé primaires étaient devenus l'une des sources les plus importantes de délégitimation du système sanitaire et la séparation entre soins spécialisés et soins de santé primaires s'approfondissait. Parallèlement, la médecine privée perdait du terrain sous la poussée de la sécurité sociale et de l'inflation des coûts des soins surtout due à l'explosion technologique de la médecine moderne.

C'est dans ce contexte que naît la réforme des soins de santé primaires, avec la création des équipes de santé primaires, qui se caractérisent par leur multidisciplinarité et qui réalisent leur travail dans les centres de santé.

Actuellement, plus de 80 % de la population est soignée par les équipes de soins de santé primaires ; il reste cependant encore des

médecins généralistes qui travaillent dans les anciens dispensaires.

D'autres médecins qui n'ont pas été acceptés au concours pour travailler dans le secteur public, travaillent dans le secteur privé, considéré comme marginal.

Il y a aussi quelques médecins de famille qui travaillent dans les hôpitaux, surtout aux services d'urgences.

L'importance donnée à la réforme des soins de santé primaires a contribué à ce que certains médecins de famille aient été sollicités pour travailler dans l'administration sanitaire à la gestion, l'administration et l'organisation du premier niveau sanitaire.

● **Italie**

Le médecin généraliste, soit seul (85 %) soit en groupe (15 %), exerce dans la majorité des cas dans son propre cabinet. Il existe quelques exceptions où le médecin exerce dans un cabinet appartenant à l'*Azienda sanitaria locale* (agence

publique locale de santé). La coordination entre le généraliste et les autres activités de l'*Azienda sanitaria locale* est assurée par l'unité administrative qu'est le district sanitaire qui couvre une population entre 50.000 et 100.000 personnes. La coordination dépend beaucoup des conditions locales et est en général assez lâche.

cabinet est nulle ou négligeable. D'autre part, les infirmières d'institution sont salariées par leur institution, et assurent les soins à domicile. Les institutions appartiennent aux deux grandes mutualités belges, socialiste et chrétienne. A côté de ces deux catégories principales, une centaine d'infirmières travaillent en centre de santé intégré selon des modalités diverses : dans les centres forfaitaires, elles sont le plus généralement salariées ; elles réalisent des soins à domicile mais aussi des soins de dispensaires et des activités de prévention.



Quels sont les lieux d'exercice des infirmiers au premier niveau de soins ?

● Belgique

Deux grands modes d'organisation. D'une part les infirmières libérales sont rémunérées de façon très comparable aux médecins généralistes libéraux. L'essentiel du travail se fait au domicile du patient ; la pratique en

● Espagne

La plupart des infirmières qui travaillent au premier niveau, le font dans les centres de santé et le reste dans les dispensaires. L'équipe de soins de santé primaires à laquelle participe l'infirmière est multidisciplinaire : médecins généralistes, pédiatres, infirmières, sage-femme, physiothérapeute, travailleur social et personnel administratif. Une collaboration étroite et assurée avec une équipe de santé mentale et une unité de santé bucco-dentaire.

● Italie

Elles exercent pour la plupart dans les centres de santé. Ceux-ci sont les terminaux périphériques des *Azienda sanitaria locale* et sont plutôt des poli-ambulatoires où consultent des spécialistes (de statut public) et où se trouvent des services tels que l'hygiène publique, la médecine du travail, les consultations de psychiatrie ou les soins aux toxicomanes.

On y trouve souvent un service de prélèvement pour examens biologiques, un secrétariat pour l'inscription sur les listes des médecins généralistes.

Il n'y a toutefois pas une activité coordonnée entre ces différents services qui travaillent normalement d'une façon assez verticale. Le terme centre de santé est donc utilisé ici plutôt dans son acception « structurelle » que dans la signification fonctionnelle que ce terme revêt normalement, par exemple en Espagne. Il faut souligner que la forme d'exercice en coopérative est en train de se développer, avec le but soit de fournir des « packages » d'assistance aux *Azienda sanitaria locale* soit des soins à domicile en régime de profession libérale.



Quels sont les lieux d'exercice du médecin spécialisé ?

● Belgique

La majorité des spécialistes travaillent à l'hôpital soit dans le cadre de l'hospitalisation, soit dans des polycliniques intégrées aux bâtiments. Du côté francophone, il n'existe plus guère d'hôpitaux qui servent de plateau technique pour des spécialistes extérieurs. En milieu urbain, des polycliniques spécialisées sont nombreuses et se substituent en grande partie aux soins primaires (en particulier à Bruxelles).

● Espagne

Les médecins spécialisés du deuxième niveau du Système national de santé travaillent, en général, dans les services spécialisés des hôpitaux et/ou dans les centres de spécialités qui offrent les soins ambulatoires spécialisés et c'est à eux que les médecins de famille envoient leurs patients.

● Italie

Il peut exercer soit dans son cabinet privé, soit en centre de santé, soit à l'hôpital. Un arrêté récent a introduit l'obligation du temps plein pour les spécialistes exerçant en hôpital public ; cette obligation risque d'augmenter la séparation verticale entre santé sur terrain et santé hospitalière car les spécialistes consultant dans les centres de santé ne pourront plus avoir un point de référence dans une division hospitalière. Les soins de santé publique risquent donc une perte verticale de qualité. ●

Quatre ans après le plan Juppé*, qu'écrire?

Marc Schoene, médecin généraliste, directeur de la promotion de la santé à la mairie de Saint-Denis, France.

.....
Un grand projet de santé centré sur l'usager, ses besoins, son accessibilité réelle à des prestations curatives et préventives de qualité, l'intervention citoyenne, une efficacité et une efficience économique reste à construire.

** Le plan Juppé est un plan d'ensemble relatif à la maîtrise des dépenses de santé et à l'organisation des soins en France.*

Les récentes élections aux unions régionales des médecins libéraux qui ont vu la victoire de la Confédération des syndicats médicaux et l'échec important de MG France (syndicat de médecins généralistes) traduisent pour une part le désarroi qui règne dans les tentatives nombreuses d'organiser le système de distribution des soins en France.

Le projet de médecin référent qui devait organiser le circuit (la filière) de soins entre généralistes et spécialistes reste confidentiel dans son application.

Le projet de filières (dit aussi réseaux Soubie) qui devait organiser un nouveau mode de financement du circuit de soins des assurés sociaux à toutes les peines du monde à voir le jour.

Comment expliquer ce que l'on pourrait qualifier d'immense gâchis ? Les intérêts contradictoires en présence d'abord.

Comment concilier le souci principal de maîtrise des dépenses de solidarité (sécurité sociale) notamment du MEDEF (Mouvement des entreprises de France, syndicat patronal) et l'objectif de mieux répondre aux besoins de la population (le Haut comité de la santé publique

dans une enquête encore récente estimait à 50 % la population n'ayant pas un accès satisfaisant aux soins) ? Le satisfecit positif donné par l'Organisation mondiale de la santé à la France ne saurait cacher cette réalité préoccupante.

Comment placer le médecin généraliste comme pivot du système ambulatoire quant le ratio médecins généralistes-spécialistes n'est pas loin de 50 % - 50 % ?

Comment poursuivre cet objectif de subsidiarité quand la coopération entre le secteur hospitalier et ambulatoire est si faible ?

Comment imaginer des changements quand sont si peu encouragées les expériences médico-sociales d'avenir ? Les centres de santé, s'ils viennent de bénéficier d'une nouvelle réglementation et reconnaissance, sont sans cesse placés en difficultés tant financières que d'aide à développer leurs activités. Sans compter qu'ils sont eux-mêmes handicapés par leurs difficultés et souvent en panne de projet de transformation des pratiques.

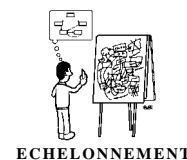
Bien que régulièrement placée comme préoccupation première ou principale par les Français, la santé n'est qu'épisodiquement objet de débat citoyen et les « réformettes » successives se construisent sous les coups de boutoirs des divers lobbies dominants.

La récente loi sur la Couverture médicale universelle a incontestablement ouvert la protection sociale à un public qui en avait un pressant besoin. Mais les catégories moyennes, les jeunes très nombreux, des régions françaises entières, sont en déficit d'accès aux soins.

Les circuits de soins sont souvent inappropriés tant en terme de pertinence économique qu'en qualité pour le patient.

La mobilisation plurielle autour d'objectifs clairs de promotion de la santé reste à construire : quels besoins satisfaire ? Quelle organisation privilégier ? Quel équilibre trouver entre secteur public et privé qui ne soit pas source d'accroissement des inégalités pour les professionnels et pour les usagers ? Bien des questions certes mais qui nous sont aujourd'hui violemment posées par la réalité du paysage sanitaire français. ●

Québec: médecin généraliste et hôpital



.....

Le médecin généraliste québécois a toujours joué un rôle important à l'hôpital, qui reste, pour le système de santé, le pôle de référence autour duquel s'articulent les centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD), les centres locaux de services communautaires (CLSC), et les cabinets médicaux du voisinage.

.....

La présence des médecins de famille est plus importante dans les hôpitaux à caractère communautaire et dans les hôpitaux périphériques. Il faut comprendre que cette notion de périphérie est très large chez nous, elle exclut deux localités : Montréal et Québec. Dans ces villes de plus grande importance, les hôpitaux communautaires n'existent plus. L'avis de nomination, qui permet au médecin généraliste de travailler dans les centres hospitaliers, précise le ou les secteurs d'activités où le médecin peut exercer et les responsabilités inhérentes à cet engagement. Plusieurs champs

d'activité sont disponibles : l'urgence, les soins aux patients admis, l'obstétrique, la gériatrie, les soins palliatifs, la psychiatrie, etc. L'ouverture faite aux médecins de famille est très large, exception faite des centres hospitaliers universitaires où notre rôle est plus limité. Dans les régions à faible densité de population, les généralistes assurent la responsabilité des patients admis dans les unités de soins intensifs.

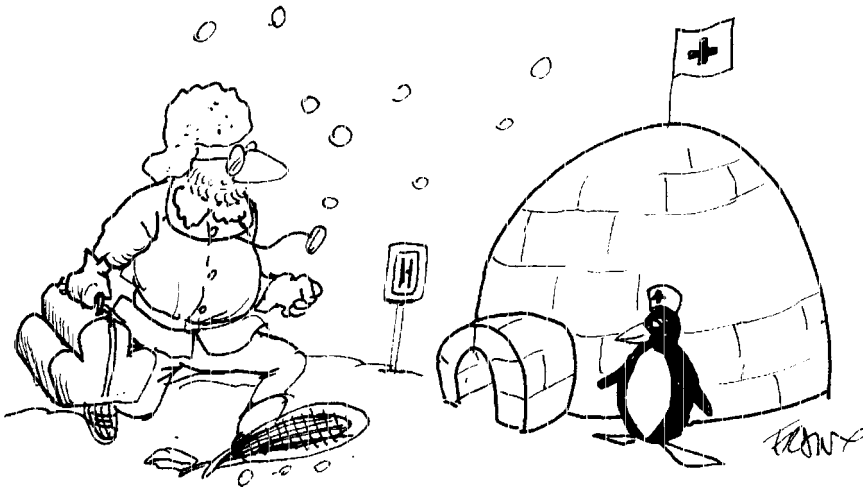
L'interface entre les médecins de famille et les médecins spécialistes à l'intérieur des centres hospitaliers est une des caractéristiques du système de santé québécois dont nous sommes très jaloux. Cette proximité améliore très certainement les relations entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes en permettant d'assumer plus efficacement nos responsabilités respectives.

Bien sûr, ici comme ailleurs, nous connaissons des difficultés de recrutement. Une bonne partie des médecins pratiquant en cabinet privé ont délaissé la pratique hospitalière pour se réfugier dans leur cabinet. On opte pour une pratique moins exigeante et plus lucrative. Nous tentons présentement de développer une structure régionale, le Département régional de médecine générale (DRMG) afin de mieux répartir les responsabilités qu'auront à jouer les médecins généralistes à l'intérieur de leur région. Pour ce faire, nous allons établir des activités à caractère prioritaire : les activités médicales que les médecins généralistes doivent assumer à l'hôpital, ou encore le maintien à domicile, comportant une garde, pour les patients présentant des pertes d'autonomie sévères. Ce volet du maintien à domicile sera assumé par les centres locaux de services communautaires du territoire québécois qui en assurent déjà la gestion avec leurs équipes médicales.

La réalité du travail hospitalier et le rôle même de l'hôpital vont changer considérablement dans les années à venir. De plus en plus, nous voyons s'instaurer des centres ambulatoires. L'intervention à domicile devient de plus en plus sophistiquée et nous pensons être en mesure de réduire encore le temps de séjour à l'hôpital, d'éviter certaines hospitalisations. Toutefois, il faut nous assurer que le relais entre l'hôpital et la communauté soit adéquat.

André Munger,
médecin
généraliste.

Extrait du dossier
« Tout à
l'hôpital » de la
revue *Pratiques*
n° 9 d'avril 2000,
rue Galliéni, 52 à
92240 Malakoff
en France.



La rémunération : un problème à résoudre.

Comparée à celle perçue en cabinet privé, la rémunération des médecins engagés dans la pratique hospitalière est désavantageuse. La rémunération de cette activité prioritaire, impliquant une responsabilité et des exigences plus importantes, devrait être réévaluée. Actuellement, cet aspect fait l'objet de négociations. Quelques projets-pilotes (comme la mise en place d'une rémunération forfaitaire) existent déjà dans les hôpitaux périphériques. Ces expériences devraient permettre, en se généralisant, de favoriser l'implication des médecins généralistes dans la pratique hospitalière.

Comment s'organise la pratique hospitalière pour le généraliste ?

Plusieurs formules existent, mais une tendance se développe. A l'origine, chaque médecin pouvait hospitaliser ses propres patients. Le médecin se retrouvait toujours avec quelques patients hospitalisés, il faisait sa tournée matinale et poursuivait ses activités au cabinet et/ou au centre local de services communautaires le reste de la journée. Cette organisation est dépassée et ne correspond plus aux besoins de la population et des médecins. De plus en plus, les médecins s'organisent en groupes, qui, à tour de rôle, assurent le service à l'hôpital.

A Sherbrooke, où je travaille, nous n'assurons évidemment pas la responsabilité des patients aux soins intensifs puisqu'il s'agit d'un milieu tertiaire. Par contre, nous nous occupons d'une certaine partie des patients hospitalisés, indépendamment de leur diagnostic. Souvent, un suivi conjoint est assuré par un médecin spécialiste. Nous

obtenons leur collaboration facilement, mais c'est le médecin généraliste qui est responsable du suivi et du traitement du patient.

Nous croyons à la polyvalence du médecin et nous voulons que les médecins restent impliqués dans les établissements du réseau de la santé. L'hôpital représente un attrait important, compte tenu de sa vocation. Le médecin de famille québécois peut et doit continuer à jouer un rôle en deuxième ligne. Toutefois, nous ne souhaitons pas que cette activité de deuxième ligne soit exclusive car le rôle principal du médecin de famille est d'intervenir en première ligne, en cabinet médical ou en centre local de services communautaires. Les activités de deuxième ligne qu'il accomplit sont souhaitables, mais nous ne favoriserons pas son exclusivité. Nous préférons que chaque groupe médical en centre local de services communautaires ou en cabinet médical implique certains de leurs membres à l'hôpital, dans les centres hospitaliers de soins de longue durée, dans les équipes de maintien à domicile. Nous pensons que cette grande mixité des modes de pratique permet une meilleure cohésion dans le système de santé et assure une meilleure collaboration entre toutes les équipes médicales du territoire. ●

Les systèmes locaux de santé, un élément de réponse à la crise du secteur de la santé en Belgique?

Un pré-test à Bruxelles

.....

Cet article décrit une expérience exploratoire de neuf mois, menée dans un quartier du centre de Bruxelles en 1994 et 1995, qui, dans une optique de structuration du système de santé, avait pour objectifs :

- d'améliorer la coordination entre quelques généralistes et des médecins hospitaliers à qui ils réfèrent régulièrement des patients ;
- d'évaluer les soins et d'identifier des mesures correctrices par des réunions d'audit médical, en groupes mixtes de généralistes et spécialistes, portant sur des patients ayant été hospitalisés ;
- d'étudier comment ce type d'évaluation peut orienter la formation continue du personnel de santé, l'organisation des services et la gestion des ressources, tant à l'hôpital qu'au premier échelon.

.....

- de généraliser l'auto-évaluation au sein de groupes mixtes de spécialistes et de généralistes unis par les soins qu'ils offrent aux même patients ;
- d'optimiser la (dé)centralisation des techniques médicales, c'est-à-dire de permettre que chaque type de prestation technique soit dispensé à l'échelon le plus adéquat, selon la fréquence de la maladie, la complexité de la prestation et le niveau de sophistication du matériel nécessaire ;
- d'identifier certains besoins en formation continue à partir de problèmes rencontrés par les médecins (y compris des formations instrumentales pour élargir, si nécessaire, le spectre des prestations techniques, au premier et au second échelon).

Cet article présente la méthodologie de l'expérience, examine les résultats intermédiaires, explicite le modèle sous-jacent de « système local de santé » (Sylos), et discute des adaptations de ce modèle au contexte belge.

Méthodologie : une recherche-action menée à partir d'un service hospitalier de médecine interne

Les acteurs de l'expérience ont été des spécialistes hospitaliers de médecine interne et des généralistes qui réfèrent habituellement leurs patients à ce service. L'hôpital était un hôpital général de deux cents lits, situé dans le centre de Bruxelles.

Les activités suivantes ont été réalisées :

1. On a constitué une équipe de pilotage de l'expérience (appelée « équipe de coordination »), dont les membres conservaient leurs tâches habituelles, et dont la fonction était d'initier et d'accompagner la recherche et de dynamiser les services de santé participant au projet. Au départ, cette équipe fut

Jean Pierre Unger, médecin, professeur de santé publique à l'Institut de médecine tropicale d'Anvers,
Monique Van Dormael, sociologue, responsable scientifique à l'Institut de médecine tropicale d'Anvers,
Jacques Unger, chef du service interne de l'hôpital Molière,
Jean Van der Vennet, sociologue, assistant en santé publique à l'Institut de médecine tropicale d'Anvers,
Michel Roland, médecin de famille à la maison médicale Santé Plurielle.

L'expérience décrite dans cet article a reposé sur l'hypothèse suivante : la pratique locale de l'audit médical, menée dans des groupes mixtes de généralistes et de spécialistes, et le suivi des corrections nécessaires au terme de l'audit, permettent :

- de dynamiser les services concernés grâce à l'analyse de l'itinéraire thérapeutique de patients suivis par un généraliste puis hospitalisés ;

Les systèmes locaux de santé, un élément de réponse à la crise du secteur de la santé en Belgique? Un pré-test à Bruxelles

constituée d'un interniste, de deux généralistes et d'un enseignant de santé publique appartenant à une institution académique. Elle s'est enrichie ultérieurement d'un sociologue.

2. Les besoins de formation et de coordination furent identifiés à partir d'évaluations rétrospectives de la prise en charge de patients dont le médecin généraliste traitant participait aux réunions et qui avaient été hospitalisés dans le service de médecine interne de l'hôpital. Ces audits systémiques (voir en encadré la grille de questions appliquées à chaque cas) ont été effectués conjointement par les médecins généralistes et des spécialistes, avec la guidance scientifique externe. Les questions portaient sur la nature du traitement, le type de prise en charge, la qualité des soins infirmiers et physio-thérapeutiques, et l'organisation des soins à domicile. Elles supposaient la collecte d'informations relatives à l'itinéraire des patients, et étaient complétées par des techniques annexes telles que l'analyse d'informations médicales et des dossiers. Aucune observation directe de soins n'a pu être effectuée.
3. Suite à chaque analyse de cas, des corrections ad hoc furent introduites dans le système sous forme de recherche-action. Pour rappel, cette méthode associe les praticiens à l'identification des problèmes, à la définition des solutions et à la formulation d'hypothèses de changement, au test des solutions, à la documentation de leur mise en œuvre, et à l'évaluation de leurs effets. Dans le cadre de cette expérience, les réorganisations proposées ont visé à améliorer la qualité des soins et en particulier la continuité des soins entre premier échelon et hôpital, et la prise en charge globale du patient. Il était aussi prévu d'agir sur le système d'information concernant les patients individuels (dossiers familiaux, transmission de l'information entre praticiens), d'associer les généralistes à la décision médicale en milieu hospitalier et de constituer des groupes d'évaluation au premier échelon.

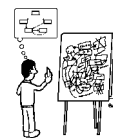
4. Ce processus a donc été encadré par des praticiens et des chercheurs, qui ont analysé leur propre pratique et jeté ainsi les bases de ce que pourraient être les fonctions de l'équipe de coordination d'un « système local de santé » en Belgique en matière de formation continue, de supervision, de gestion et de planification.

Résultats intermédiaires

Pendant les neuf mois d'activité, l'équipe de coordination s'est réunie de manière irrégulière. Elle a assuré l'encadrement des audits une fois par mois et, de manière partielle, le suivi des mesures de réorganisation qui en ont découlé. Les réunions mensuelles d'audit attireraient de dix à quinze médecins volontaires, recrutés à l'issue d'une conférence introductive tenue à l'hôpital. Aucune tentative n'a été faite pour en accroître le nombre. Voici, à titre d'exemple, quelques mesures de réorganisation adoptées à la suite des audits.

On a essayé de promouvoir la coordination entre praticiens du premier échelon (médecins et paramédicaux) concernés par la prise en charge d'un même patient mais ne travaillant pas dans une même structure. Les membres de ces équipes ad hoc, centrées autour d'un même patient, communiquaient par conférences téléphoniques, ce qui a permis d'améliorer leur coordination tout en respectant les désirs des patients de s'adresser à tel ou tel paramédical.

Une recherche destinée à optimiser le suivi des toxicomanes par les généralistes a permis d'adapter les *guidelines* de la littérature¹ et l'expérience d'un centre spécialisé dans la prise en charge des toxicomanes aux conditions locales et de mettre au point une instruction synthétique d'une page à l'usage des médecins généralistes. Cette instruction écrite a inspiré celle qui fut ultérieurement diffusée par la Communauté française de Belgique aux généralistes francophones. L'utilité de cette démarche est apparue à l'occasion de l'analyse du cas d'un patient séropositif, utilisateur d'héroïne, et pour lequel le généraliste ne savait



pas s'il aurait dû ou non utiliser de la méthadone.

Les généralistes ont été associés aux décisions prises par l'interniste en matière de stratégie thérapeutique, et d'utilisation des institutions externes (placements, stages de revalidation, etc.). Ceci a été rendu possible par la conviction de l'interniste qu'une telle démarche était possible et utile, le généraliste ayant une vue plus complète des paramètres familiaux et sociaux qui doivent influencer ce type de décision. Cette association a aussi été favorisée par un contact plus étroit entre le malade et son généraliste lors de son hospitalisation, ce qui a été favorisé par la décision de mettre des places de parking à la disposition des généralistes.

L'audit a permis d'identifier certaines hospitalisations qui auraient pu être évitées si l'information relative à des hospitalisations précédentes avait été transmise au généraliste. De plus, pour améliorer la pertinence des hospitalisations, il est apparu en cours d'audit que l'hôpital devait fournir aux généralistes qui recouraient à ses services, des renseignements relatifs aux services cliniques disponibles et non-disponibles à l'hôpital. Par ailleurs, l'équipe de coordination a identifié des possibilités de raccourcir les hospitalisations (par exemple, par une transmission accélérée de certains résultats d'examens paracliniques - albuminurie dans le cas examiné).

Certains besoins de formation des généralistes sont apparus en cours d'audit, dans des domaines aussi divers que la dermatologie (gale non diagnostiquée, surinfection mal traitée, ...) ou les maladies sexuellement transmissibles.

La coordination entre généralistes et spécialistes a aussi permis de redéfinir les objectifs de certaines hospitalisations. Ainsi, le service de médecine interne considérait-il, de manière implicite, que l'objectif principal de l'hospitalisation d'un diabétique non insulino-dépendant était de ramener sa glycémie à un niveau normal afin d'interrompre un cercle vicieux entretenant l'hyperglycémie. Le dialogue entre généraliste et médecin hospitalier a permis au généraliste traitant de

souligner l'importance de définir un régime médicamenteux et diététique pérenne, acceptable, adapté au mode de vie du patient, et susceptible de maintenir sa glycémie dans des limites raisonnables. Cette demande a conduit l'interniste à utiliser les services de la diététicienne de manière plus précoce en cours d'hospitalisation. Et on a mis en circulation parmi les généralistes du groupe des glucomètres permettant à certains patients de suivre leur propre glycémie.

Certains principes d'économie - parfois contradictoires avec l'enseignement académique - ont été diffusés parmi les médecins du groupe. Ainsi, on a suggéré de limiter les demandes d'examens à ceux qui orientent la décision et de ne pas exiger de diagnostic précis si un traitement symptomatique est disponible, qu'il est peu toxique, peu coûteux, et que la souffrance n'est pas susceptible d'être causée par une pathologie vulnérable (cas d'une anémie ferriprive chez un patient de 80 ans avec présence de sang microscopique dans les selles).

Pour améliorer la continuité des soins, les généralistes ont suggéré que des médicaments soient remis aux patients à l'issue de l'hospitalisation, pour maintenir la continuité du traitement en attendant la consultation avec le généraliste.

Pendant la période considérée, d'autres initiatives ont été planifiées mais n'ont pu se concrétiser :

- l'équipe de coordination n'est pas parvenue à mettre en place de nouveaux dossiers d'hospitalisation conçus pour faciliter l'évaluation, ni à modifier le travail en équipe dans le service hospitalier. En particulier, elle n'a pas eu l'occasion de structurer des discussions de type « cercle de qualité » à l'hôpital ;
- elle a peu utilisé la littérature scientifique en cours d'audit, faute de temps pour préparer les sessions ;
- elle n'a pas organisé de formations continues personnalisées, faute de budget ;
- le temps a été insuffisant pour pouvoir juger d'un éventuel impact en termes d'amélioration de la continuité des soins.

Les systèmes locaux de santé, un élément de réponse à la crise du secteur de la santé en Belgique? Un pré-test à Bruxelles

Globalement, l'intérêt de la majorité des participants s'est maintenu pendant la période de temps considérée, bien qu'aucune bonification ne leur ait accordée.

L'expérience a été interrompue provisoirement à cause de la difficulté de dégager du temps (bénévole) des membres de l'équipe de coordination qui assurait le suivi et la continuité du projet, et qui ont effectué de nombreuses heures supplémentaires pour mener à bien les activités.

Discussion

● Limites et acquis

Les activités du projet ont permis d'apporter localement des éléments de réponse à plusieurs problèmes identifiés. L'audit a accru chez les praticiens la conscience de l'utilité de l'évaluation, et leur a fourni l'occasion de se familiariser avec ses techniques, sans crainte d'être jugés par leurs pairs, ouvrant ainsi la porte à l'acceptation d'une certaine rationalisation de la pratique médicale et au contrôle de ses coûts dans le respect de la qualité des soins. Les spécialistes ont été inclus dans le processus d'audit, ce qui a permis d'éviter que la formation continue ne soit conçue comme une formation de généralistes par des spécialistes, ainsi que cela se fait trop souvent. Au contraire, la formation a été mutuelle. Enfin, les mécanismes de coordination ont permis d'améliorer la continuité des soins entre premier et deuxième échelon des services de santé.

Par contre, on n'a pas pu mettre sur pied de stages pratiques basés sur une identification individuelle des besoins en formation, pour des raisons financières et organisationnelles. Il est difficile de savoir si, dans le contexte belge, il sera possible de le faire ultérieurement.

L'équipe de coordination n'a pu agir sur la gestion des ressources de l'hôpital. Il aurait fallu pour cela que son directeur participe de manière plus active aux activités du groupe. Or il a été simplement tenu informé du processus.

L'expérience a mis en évidence la possibilité d'apporter, avec des personnes motivées et sans

budget supplémentaire, certaines améliorations au fonctionnement des services et à leur coordination. Mais si l'on veut assurer la continuité du processus et veiller au suivi des mesures de correction préconisées, un minimum de ressources apparaît nécessaire au fonctionnement de telles initiatives.

● Le modèle conceptuel sous-jacent

Un modèle conceptuel de services de santé a sous-tendu les diverses activités² : le district sanitaire. Ce concept désigne une unité de gestion et de planification, décentralisée au niveau local, qui est suffisamment grande pour inclure un hôpital de second échelon. Outre l'hôpital, le district comprend des services de première ligne - centres de santé ou praticiens isolés organisés en réseau. Le district est responsable d'une population définie. Il est géré ou dynamisé, selon le cas, par une équipe (l'équipe de coordination de district) qui vise à intégrer les éléments et à veiller à l'adéquation de l'affectation des ressources. Ce district est dit « intégré » s'il rencontre cinq critères :

- la complémentarité fonctionnelle entre échelons : les premier et second échelons ont chacun leurs fonctions propres, fonctions qui sont complémentaires et ne se chevauchent pas ;
- l'absence de carences fonctionnelles : toutes les fonctions sont assurées dans le système ;
- l'accessibilité à l'échelon utile pour le patient ;
- la bonne circulation de l'information concernant le patient lorsque celui-ci se déplace entre prestataires de soins ;
- la décentralisation optimale et dynamique des techniques médicales.

A noter que la complémentarité fonctionnelle n'est pas un principe universel : comme il n'est pas souhaitable de construire un hôpital de second échelon à côté d'un hôpital à haute composante technique, les hôpitaux de troisième et quatrième échelon doivent ajouter à leurs fonctions propres celles des hôpitaux de district.

Les équipes de coordination doivent mettre en œuvre dans le district la politique des soins de santé primaires, qui consiste à élargir le spectre et à augmenter la qualité des soins délivrés au



premier échelon ; à introduire des mécanismes participatifs dans le fonctionnement des services de santé ; et à réorienter les fonctions de l'hôpital en tenant compte des performances du premier échelon et en appui à ce dernier. Dans un district intégré, l'hôpital a pour responsabilité la prise en charge des patients référés³ ; l'amélioration de la collaboration entre praticiens ; l'évaluation de certaines activités de l'ensemble du district ; la formation continue ; enfin, en dialogue avec certains généralistes, l'étude et la rationalisation de la prise en charge de certaines maladies sous forme d'algorithmes.

● L'adaptation du modèle

La mise en œuvre de ces principes a requis un certain nombre d'adaptations, liées au morcellement de l'offre de service en Belgique, aux faibles ressources du projet et au stade embryonnaire de la recherche. L'hôpital s'est réduit au seul service de médecine interne, et le premier échelon à une dizaine de généralistes qui lui référaient régulièrement des patients (sur plus d'une centaine). Les patients dont le parcours a été analysé, étaient sélectionnés parmi les patients habituels des généralistes.

Ces adaptations posent plusieurs questions conceptuelles :

- comme les généralistes belges réfèrent généralement leurs patients à un service et non à un hôpital, en fonction de la confiance qu'ils lui accordent, on ne peut stricto sensu développer de districts en Belgique (d'où l'utilisation du vocable « système local de santé » ou Sylos). Par contre, on peut réaliser certaines de ses activités, en regroupant les généralistes satellisés autour d'un service, puis élargir progressivement le nombre de services concernés. Il est vraisemblable qu'au cas où la procédure s'étendrait à d'autres hôpitaux, un même généraliste pourrait être pressenti par deux institutions hospitalières différentes pour participer à des audits. On ne peut prévoir dès maintenant comment seront évités les doubles-emplois, mais l'approche permet théoriquement d'entrer en contact avec une partie importante des généralistes d'une zone ;
- la population du district n'est pas définie géographiquement ; elle n'est pas définissable

non plus à partir des patients suivis par les généralistes de l'entité, puisqu'il n'existe pas de système généralisé d'inscription auprès d'un généraliste, comme c'est le cas aux Pays-Bas ou en Grande Bretagne. On a essayé de contourner l'écueil en ciblant les patients « fidèles », et en organisant des équipes dont la composition est variable, dont le généraliste est le pivot et qui reste « fidèle » à un service hospitalier. Au premier échelon, on peut en attendre, à terme, la constitution d'équipes informelles ayant l'habitude de travailler ensemble ;

- si le système local de santé ne peut être défini en Belgique sur base des utilisateurs, il est par contre possible, provisoirement, de le définir sur base des prestataires à qui est accordé un appui logistique et technique, et qui souhaitent intégrer leurs activités à celles du système ;



- l'équipe de coordination n'avait pas d'identité formelle ni de responsabilités officielles dans les domaines de la gestion et de la formation. Elle n'a pu agir que par influence, en cherchant à susciter la conviction et l'adhésion des praticiens. Si l'équipe de coordination disposait d'une autorité

Les systèmes locaux de santé, un élément de réponse à la crise du secteur de la santé en Belgique? Un pré-test à Bruxelles

administrative, ses marges de manœuvre en matière de planification et de gestion augmenteraient. Mais, l'expérience dans des systèmes de santé organisés formellement en districts montre que la seule autorité administrative (et son système de récompenses et réprimandes) ne suffit pas à modifier la pratique médicale si les praticiens ne sont pas convaincus du bien-fondé des décisions. Le contexte belge incite à se baser sur les praticiens, ce qui limite les risques de bureaucratisation.

D'autres techniques pourraient être utilisées pour améliorer l'intégration des services de santé aux deux premiers échelons, comme par exemple l'analyse systématique des informations cliniques échangées entre les médecins des deux échelons, et la participation croisée à des activités de gestion du premier et du second échelon.

A l'issue de neuf mois de fonctionnement, les chercheurs du projet pensaient que l'approfondissement de l'expérience dans le Sylos de Bruxelles centre nécessiterait dans le futur :

- la conception d'un plan de couverture et de plans d'action annuels, qui définiront mieux les praticiens à couvrir, les infrastructures participantes, la (dé)centralisation des techniques médicales ;
- l'intégration de nouveaux généralistes ainsi que d'autres acteurs dans le processus ;
- l'éventuel élargissement du spectre des ressources auxquelles l'équipe de coordination a accès ;
- une pratique de l'intervision, et de la supervision technique.

Conclusions

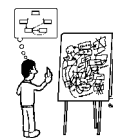
L'expérience décrite ici a montré que la pratique de l'audit, mené par des groupes mixtes de généralistes et de spécialistes, permet de détecter des problèmes qui, en l'absence de démarche commune aux échelons du système, auraient sans doute été impossibles à percevoir. Certains de ces problèmes concernent l'interface entre les niveaux de soins alors que d'autres sont internes aux niveaux eux-mêmes.

L'innovation apportée par ce projet réside dans la discussion en interface, qui permet aussi d'arriver à un consensus à propos des problèmes qui sont du ressort d'un seul niveau. En Belgique, cette conclusion détone car les services de santé ne sont pas conçus de manière systémique. Cette absence de vision est due, entre autre, à la concurrence entre échelons qui est inscrite dans les modes de financement des soins.

L'expérience a été interrompue provisoirement par manque de disponibilité des acteurs, ce qui pourrait être résolu par un financement approprié. Cependant, l'encadrement méthodologique devrait faire l'objet d'une attention particulière. Ce type d'expérience suppose en effet des compétences conceptuelles, méthodologiques et pratiques en organisation des services de santé. Définir le contenu de cet appui méthodologique et la manière de former des animateurs de systèmes locaux de santé reste un défi majeur pour l'extension de l'expérience. Comme il est probable que certains services ou prestataires de soins craignent que l'organisation locale du système de santé n'affaiblisse leur position sur un marché concurrentiel, l'extension trop brutale des principes des Sylos sur toute l'étendue d'un territoire risque de se heurter à des résistances. L'extension devrait plutôt partir d'acteurs motivés, quitte à ce que le rythme initial de développement soit plus lent. Depuis 1998, le projet de recherche a pu s'étendre à trois autres hôpitaux belges grâce à un financement du ministère des Affaires sociales. Cette seconde phase, qui n'est pas décrite ici, permettra de comparer certaines stratégies de Sylos, fonctionnant dans des environnements distincts, en permettant à chacun de se développer avec beaucoup d'indépendance, et d'identifier certaines conditions de succès d'un système local de santé en Belgique.

En définitive, cette expérience confirme que l'amélioration de la qualité des soins nécessite moins de concurrence et plus de coopération de la part des prestataires de soins⁴. ●

1. NHG Standaarden vóór de huisarts. Onder redactie van Drs GEHM Rutten en S Thomas. Uitgeverij Nederlands Genootschap. Postbus 3231. 3502 Utrecht. Productie Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge. Utrecht.



Les questions examinées lors d'un audit systémique

1. Évaluation globale des résultats

Évaluer les résultats de la prise en charge (suivi en consultation externe, au premier échelon ou en hospitalisation) en termes d'état général du patient (décédé, guéri, soins continus utiles) et d'évaluation du symptôme dominant (disparu, amélioré, identique, augmenté). A posteriori, a-t-elle été utile (le généraliste ou le centre de santé disposent-ils des techniques utilisées pendant l'hospitalisation ?) ? Quels ont été les justifications a posteriori de l'hospitalisation ? Un meilleur résultat aurait-il pu être obtenu grâce à : une meilleure collaboration de la famille ? Un meilleur équipement ? La formation du médecin ? Un accès plus facile au spécialiste ? Une meilleure organisation du travail ? Une recherche opérationnelle préalable ? Des supervisions techniques ?

2. Prise de décision et diagnostic

Quels sont les examens inutiles et douteux qui ont été demandés ? Quels sont les examens utiles qui ont été oubliés ? A-t-on des raisons de croire que certains examens aient été mal réalisés (résultats paradoxaux par exemple) ? Quelles sont les alternatives meilleur marché que l'on aurait pu considérer ? Aurait-on pu se contenter de signes et symptômes en lieu et place de certains examens de laboratoire ou d'imagerie médicale ? Y a-t-il des raisons de suspecter des faux positifs (inefficacité du traitement par exemple) ou des faux négatifs (délai pour le diagnostic, mort inexplicable, examens de contrôle avec résultats discordants) ? L'utilisation des examens en cours d'évolution de la maladie est-elle justifiée par cette dernière ? Pour le symptôme considéré, a-t-on écarté les maladies importantes (c'est-à-dire vulnérables, non spontanément réversibles, causant une souffrance importante ou menant au décès) ?

3. Choix du traitement

Quelles ont été les hypothèses diagnostiques ? A quel résultat espérait-on arriver ? Y a-t-il congruence entre les traitements et le diagnostic ? Avec les normes de la littérature ? N'a-t-on pas oublié la prise en charge

de souffrances ou de problèmes du patient pour se concentrer uniquement sur l'étiologie de la souffrance ? Quel a été l'efficacité du traitement (y a-t-il eu des effets secondaires - iatrogène - évitable) ? Y a-t-il eu une mortalité ou des séquelles évitables ? Aurait-on pu obtenir le résultat plus rapidement ? Quels sont les signes et symptômes qui ont été utilisés pour l'évaluer ? Y avait-il des possibilités de réduire le nombre de médicaments (doubles emplois, efficacité douteuse de certaines substances, etc.) ? Existait-il des alternatives meilleur marché aux médicaments utilisés ?

4. Nursing

Y a-t-il eu des incidents critiques qui permettent de suspecter un nursing de qualité insuffisante (traitement mal ou non complètement appliqué, retard dans l'exécution des ordres, erreurs de stérilisation, infections nosocomiales, etc.) ? A-t-on connaissance de problèmes psychologiques évitables par un meilleur nursing ?

5. Type d'hospitalisation

Y a-t-il eu un retard à l'hospitalisation ? L'hospitalisation a-t-elle été trop courte ou trop longue ? Qu'aurait-on pu faire pour en réduire la durée (meilleure collaboration de la famille, équipement du premier échelon, meilleure organisation du travail, accès ultérieur à un spécialiste, etc.) ? Le choix du service (soins intensifs, ambulatoire, salle d'hospitalisation, utilisation de la chirurgie) a-t-il été judicieux ? Quelles sont les mesures prises à la sortie ? Comment l'hôpital pourrait-il contribuer à renforcer le premier échelon pour améliorer la qualité d'exécution de ces mesures ?

6. A-t-on fait bon usage des services non médicaux (sociaux, etc.) ?

Quelle a été l'utilisation préalable des services de santé avant l'hospitalisation (en regard de l'histoire naturelle de la maladie) ? Quels services ont-ils été utilisés après l'hospitalisation ?

7. Synthèse : mesures à prendre pour corriger ou améliorer le système

2. JP. Unger, B. Criel, « Principles of health infrastructure planning in LDC », *Int J Health Planning and Management*, 1995, 10 : p. 113-128.

3. W. Van Lerberghe, Y. Laffort, « The role of the hospital in the district : current concerns », *SHS*

Paper, number 2, WHO/SHS/CC/90.2, WHO, Geneva, 1990.

4. M. Segall, « From cooperation to competition in national health systems », *Int J of Health Plann & Management*, 2000, vol 15, 1, p. 61-79.

Le Sylos-Molière

Marie-Jeanne Wuidar, médecin généraliste à la maison médicale Marconi.

.....
Le projet Sylos mis en place autour du centre hospitalier Molière-Longchamp et la maison médicale Marconi tente d'améliorer le fonctionnement du système de santé au niveau local.

Le Sylos-Molière s'est constitué en octobre 1997 autour du centre hospitalier Molière-Longchamp. Il s'inscrit dans le projet de recherche-action initié par le département de santé publique de l'Institut de médecine tropicale d'Anvers et réunit tous les mois dix à vingt médecins généralistes référant leurs patients au centre hospitalier Molière-Longchamp et spécialistes du service de médecine de l'hôpital.

Les médecins de la maison médicale Marconi avaient déjà participé à une expérience similaire à l'hôpital César de Paepe et cette première tentative nous avait paru suffisamment intéressante pour nous engager dans le Sylos de manière active.

La méthode de travail choisie est celle de « l'interface flow proces audit » : il s'agit d'analyser le parcours du patient dans le système de santé. Tous les niveaux d'intervention sont examinés durant un épisode ayant entraîné une hospitalisation : prise en charge par le généraliste, circonstances de référence, hospitalisation, contre-référence au généraliste. Une grille d'analyse proposée par l'équipe cadre permet de repérer les dysfonctionnements et de tenter de proposer des solutions. Les problèmes dépistés peuvent être de plusieurs ordres : problèmes d'organisation des services,

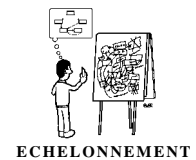
problèmes de prise en charge médicale, dysfonctionnements liés au mode de financement des soins de santé, problèmes de communication entre les différents échelons ou au sein de l'hôpital, etc. De même, les types de solutions sont divers : changements dans l'organisation des services, modifications des attitudes diagnostiques ou thérapeutiques, formation continue, mobilisation de ressources externes au réseau.

Au cours des deux premières années de fonctionnement, un nombre impressionnant de problèmes ont été évoqués. Le groupe décide collégialement des problèmes qui doivent être traités. Ce choix se fait en fonction de plusieurs critères : importance du dysfonctionnement, capacité d'évolution des structures concernées, priorités du groupe. La stratégie mise en œuvre pour résoudre les problèmes est également décidée par le groupe. Exemples de problèmes jugés prioritaires par le groupe après la première année de fonctionnement :

- Nécessité de trouver des lieux de séjour pour les patients ne nécessitant plus le plateau technique de l'hôpital mais encore incapables de rester à domicile : négocier avec les CPAS locaux pour obtenir des séjours de courte durée dans les maisons de repos et de soins ;
- Elargissement de liste des médicaments Bf (remboursés sous condition d'approbation par le médecin conseil de la mutuelle) disponibles à l'hôpital ;
- Elargissement d'une fiche de surveillance du diabète incluant les mesures de prévention des lésions du pied ;
- Organisation d'une séance scientifique sur les bonnes et mauvaises indications de l'imagerie.

Quels bénéfices attendre du Sylos ?

Le bénéfice qui nous paraît le plus évident concerne l'amélioration des relations avec les partenaires du groupe, qu'ils soient spécialistes ou généralistes. La mise en commun des expériences permet de mieux connaître les spécificités du travail de chacun, de découvrir les attentes mutuelles, de comprendre le travail



des confrères. Nous avons ainsi découvert chez les médecins hospitaliers des conditions de travail qui éclairent parfois certaines difficultés, des attentes très précises concernant la qualité des informations transmises par les généralistes. Cette amélioration des relations entre les acteurs de terrain a des effets sur la qualité de la prise en charge des patients, au domicile comme à l'hôpital.

La méthode d'audit permet également des améliorations très concrètes de la prise en charge des patients. Le climat de travail positif régnant au sein du groupe permet une remise en question des attitudes.

La rencontre des différents acteurs renforce la prise de conscience de l'existence d'un système dans lequel chacun a un rôle à jouer, la perception des champs d'action respectifs est favorisée.

Le patient qui est au centre du processus de réflexion devrait être le premier bénéficiaire de la démarche : la meilleure coordination des soins, la recherche de qualité et d'efficacité, la meilleure communication entre les prestataires sont de nature à promouvoir des soins plus globaux, mieux intégrés.

Des déceptions...

Certains acteurs sont absents alors qu'ils sont des partenaires de premier plan. Il n'y a aucune participation du personnel infirmier et

paramédical, les spécialistes de l'hôpital sont peu nombreux aux réunions, le service de chirurgie ne participe pas au Sylos. Les généralistes sont presque tous membres des maisons médicales du quartier, les médecins isolés ne semblent pas intéressés par cette démarche.

Les problèmes dépistés sont nombreux, les problèmes résolus sont plus rares. Tout changement structurel se heurte à l'inertie des services concernés, les modifications des habitudes de travail sont très difficiles à obtenir surtout si elles concernent des acteurs ne participant pas à la réflexion (personnel infirmier ou administratif). Il faudrait pourvoir dégager plus de temps pour le suivi des décisions prises en groupe.

En conclusion, une expérience enrichissante de nature à favoriser la collaboration entre les différents échelons et à améliorer la qualité des soins. Il serait cependant nécessaire d'obtenir l'adhésion d'un grand nombre d'acteurs, parmi les médecins mais aussi parmi les autres prestataires du système de soins. ●

La relation entre le généraliste et le spécialiste lors de l'hospitalisation des patients

Ri De Ridder, médecin généraliste à la maison médicale De Sleep à Gand. Traduit par Emmanuel Guesquière, responsable administratif à la maison médicale d'Essegheem.

.....

La présente étude décrit le volet gantois du projet Sylos du service de santé publique de l'Institut de médecine tropicale d'Anvers. Ce projet examine la pertinence du concept de « médecine de district », modèle conçu pour l'organisation des soins de santé dans les pays du Tiers monde, et expérimenté pour une organisation plus échelonnée en Belgique. Nous vous en présentons les éléments marquants.

.....

- formuler des hypothèses qui contribuent à des données de type *evidence based public health* en vue d'un débat sur l'échelonnement.

Méthode

Cette réflexion est partie d'une discussion à propos d'une patiente au problème médical complexe, connue depuis longtemps dans la pratique généraliste, et cependant prise en charge à l'hôpital à plusieurs reprises sans qu'il y ait eu référence.

Les questions étudiées ont été élaborées lors de concertations entre les spécialistes du service de médecine interne de l'hôpital de la Sainte-Famille et les généralistes de la maison médicale De Sleep (Gand). Le médecin-chef de l'hôpital et les chercheurs du service de santé publique de l'Institut de médecine tropicale ont pris part à cette réflexion. Ces questions se formulent ainsi :

- comment se déroule l'information entre l'hôpital et le médecin généraliste ?
- comment l'information du dossier médical central est-elle rendue le plus accessible tout en respectant la confidentialité des données et le choix du patient ?
- le médecin généraliste peut-il être associé à la collaboration multidisciplinaire pendant l'hospitalisation ?
- comment les patients peuvent-ils être associés à la décision de recours à l'hôpital ?

Buts

L'étude gantoise examine la relation entre une pratique de médecine générale et le service de médecine interne de l'hôpital général auquel elle réfère le plus souvent.

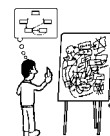
Étant donné les caractéristiques spécifiques du groupe de patients (nombre élevé de migrants) et les pratiques médicales généralistes (maisons médicales, inscription des patients, système d'abonnement), les résultats de cette étude ne peuvent pas être généralisés.

L'intérêt de l'étude se situe à deux niveaux :

- développer des stratégies pour améliorer la complémentarité entre première et deuxième ligne ;

A partir des données centrales informatiques disponibles à l'hôpital, des analyses rétrospectives ont été réalisées : profil d'hospitalisation, degré d'information du médecin de famille au sujet de la prise en charge, analyse des hospitalisations où aucune donnée n'a été retrouvée dans le dossier du généraliste, analyse de l'implication du généraliste avant, pendant et après l'hospitalisation...

Sur base de ces analyses, des actions ont été formulées. Une analyse prospective de la relation service d'urgences – généraliste est prévue pour améliorer l'échange d'informations avant la décision d'hospitalisation.



Résultats

Les analyses ont permis de découvrir la possibilité de comparer les données des pratiques de généralistes et de l'information de l'hôpital.

On a contrôlé dans quelle mesure l'information au sujet de l'hospitalisation a été relayée dans le dossier médical du médecin généraliste. Ceci varie de 49 % (hospitalisations pédiatriques) à 78 % (hospitalisations internes). En cas d'hospitalisations via les urgences, ces chiffres sont plus bas, respectivement 39,7 et 53,8 %.

L'analyse des hospitalisations pour lesquelles aucune répercussion n'est présente dans le dossier du généraliste attire l'attention sur les hypothèses suivantes :

- pour les enfants hospitalisés, le nom du médecin généraliste n'est généralement pas demandé lors de l'inscription chez le pédiatre (même s'il est mentionné). Ceci pourrait indiquer que, pour les spécialistes comme pour les parents, le pédiatre se substitue au médecin de famille et que, par conséquent, l'échange d'information n'est pas nécessaire.
- pour les adultes, on ne retrouve pas cette donnée. Ce sont plutôt des facteurs humains qui expliquent pourquoi des données ne reviennent pas dans le dossier du généraliste : oubli d'un rapport, perte du rapport confié au patient, classement erroné, ...

La présence de données dans le dossier médical du généraliste ne dit rien au sujet de l'implication du médecin de famille lors d'un épisode de maladie du patient avant, pendant et après l'hospitalisation.

Les généralistes et les spécialistes répondent différemment à la question de savoir si, pendant l'hospitalisation, il y a eu un contact entre eux. De plus, il apparaît qu'il n'existe aucun lien entre le fait que le patient soit référé et l'existence de contacts durant l'hospitalisation.

Pour quinze des dix-sept hospitalisations considérées, le généraliste dispose d'une lettre dans le dossier et pour quatorze de ces quinze

patients, un contact avec le médecin de famille a eu lieu après l'hospitalisation pour l'épisode de la maladie concernée. Pour cinq de ces quatorze patients, le médecin juge que l'hospitalisation n'a pas résolu le problème de ce patient alors que pour trois de ces patients, le spécialiste considère le problème comme résolu ; pour un patient, généraliste et spécialiste s'accordent ; pour un autre, la réponse du spécialiste manque.

Analyse

Cette étude décrit la relation entre la pratique généraliste et l'hôpital dans le cadre de l'hospitalisation des patients. Les résultats n'en sont pas généralisables en raison des caractéristiques spécifiques des patients, de la nature de la pratique généraliste (maison médicale) et du mode d'honoraires (système forfaitaire). Ce dernier élément, qui implique l'inscription des patients, autorise la comparaison des données entre hôpital et pratique généraliste.

L'hôpital concerné traite la plupart des patients de la pratique généraliste qui fait appel à des soins spécialisés, malgré la présence de plusieurs autres hôpitaux dans l'environnement immédiat. En ce sens, il peut être considéré comme hôpital de référence.

La pratique généraliste fonctionne dans un système forfaitaire avec inscription à l'intérieur d'un contexte non-échelonné. Pour leurs soins de médecine générale, les patients ne reçoivent aucun remboursement lorsqu'ils consultent d'autres généralistes, à l'exception du service de garde. Il n'y a aucune obligation pour les soins de spécialistes.

L'étude offre une image non univoque de l'interaction réelle entre le médecin généraliste et le spécialiste à propos des épisodes de maladie avec hospitalisation. Dans une logique de soins continus, on s'attendait à ce qu'il y ait un contact avec le généraliste avant l'hospitalisation, l'implication du médecin de famille à la décision de l'hospitalisation, un

La relation entre le généraliste et le spécialiste lors de l'hospitalisation des patients

contact entre le généraliste et le spécialiste pendant l'hospitalisation et un contact entre le généraliste et le patient après l'hospitalisation. En réalité, ces différentes actions peuvent apparaître indépendamment les unes des autres.

Dans cette étude, il manque une source de données, à savoir le patient. Quels seraient les résultats si on avait demandé au patient s'il avait été bien référé, si le généraliste et le spécialiste avaient eu contact entre eux et si l'hospitalisation avait résolu le problème ?

d'informations adéquat et une concertation entre généralistes et spécialistes contribuent sans aucun doute à une meilleure continuité dans les soins, mais peuvent entrer en conflit avec d'autres intérêts du patient (par exemple le respect de sa vie privée) ou n'être pas vécus comme prioritaires.

Des résultats, il apparaît que l'échange d'informations des spécialistes vers le généraliste est sensiblement meilleur à la fin de l'hospitalisation qu'avant et pendant l'hospitalisation. L'amélioration de l'échange d'information et de la concertation dans une phase précoce contribuent indubitablement à une meilleure continuité dans les soins – à condition qu'il y ait respect des intérêts du patient.

Nos données ne montrent aucun lien entre hospitalisation « non référée » et « inutile ». Les patients évaluent apparemment bien le besoin d'hospitalisation et la sélection par l'hôpital se déroule de manière adéquate. La référence ne semble être ni une garantie ni une condition pour une concertation entre le généraliste et le spécialiste.

Il y a un lien univoque entre la qualité du contact avec le généraliste durant l'épisode de maladie précédent l'hospitalisation et l'intervention du généraliste à la décision. Beaucoup d'éléments jouent ici un rôle :

- chez le **patient** : perception subjective d'urgence, évaluation de l'importance des données au sujet de ce qui précédait, perception de la performance de l'hôpital, nécessité perçue d'interventions techniques, attente chez le généraliste, effet insuffisamment rapide des interventions précédentes du généraliste...
- chez le **spécialiste** : pression de travail élevée aux urgences qui laisse peu de temps pour contacter le généraliste, mauvaise accessibilité du généraliste, pas de tradition de contact avec le généraliste, le patient ne déclare pas de médecin généraliste ou laisse le spécialiste dans l'incertitude au sujet des contacts précédents, expérience de références peu étoffées...
- chez le **généraliste** : manque de procédures

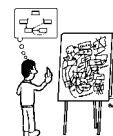


Apports au débat sur l'échelonnement

Les résultats permettent de formuler quelques questions et hypothèses au sujet de l'échelonnement.

L'échelonnement concerne trois acteurs : les généralistes, les spécialistes et les patients. On ne prend pas en considération le quatrième acteur, à savoir les financiers.

L'intérêt des patients prime. Un échange



pour un accès rapide aux données médicales, instructions insuffisantes aux patients en ce qui concerne la durée et le déroulement de l'épisode de maladie et commettre en cas de changement dans la situation, prise de contact active insuffisante avec le spécialiste.

Par conséquent, la question se pose de l'introduction d'un système de référence - sous forme de *briefing* et de *debriefing* ou de remboursement différentiel - qui conduira à un usage échelonné des soins accepté par les patients.

La référence peut tout simplement être réduite à une « lettre de référence ». Nous pouvons nous représenter de trois manières le processus d'accès aux soins de deuxième ligne dans le cadre d'un épisode de maladie :

- une première est l'approche des médecins généralistes qui s'exprime dans la demande de l'instauration d'un système de référence comme forme préférentielle d'accès à la deuxième ligne ;
- une deuxième est la perception des patients ;
- une troisième est l'apport d'une collaboration entre généraliste et spécialiste à la perception des patients.

La référence est donc ici approchée comme un processus d'échange d'informations et de concertation entre le généraliste et le spécialiste, avec la permission du patient, en ce qui concerne l'intervention du spécialiste, de préférence avant – et en tout cas dès que possible – le contact entre le patient et le spécialiste ou l'hôpital.

Ce modèle suppose en tout cas que le patient possède un généraliste et que celui-ci dispose de données pertinentes suffisantes sous forme d'un dossier médical général.

De cette approche suit la limitation de la lettre de référence comme preuve formelle pour la référence. Une lettre de référence n'est en effet qu'une des formes possibles pour l'échange d'information. La formalisation de la référence en vue d'un contrôle peut passer par une carte de référence d'après un modèle néerlandais. La fonction est celle d'un document d'assurance

sur lequel le généraliste confirme qu'une référence au sens large a eu lieu, et par lequel d'éventuels avantages peuvent être accordés dans le cadre d'une assurance maladie.

Pour le reste, les résultats attirent l'attention sur le rôle important des hospitalisations en urgence comme mode d'accès à l'hôpital. Les hospitalisations en urgence sont généralement considérées comme une concurrence pour les généralistes, surtout dans les grandes villes. Nos résultats ne vont pas dans ce sens. Ce qui frappe est la prise de contact avec les urgences peu après un contact avec le généraliste. L'urgence est donc plutôt l'étape suivante dans un comportement de recherche d'assistance médicale après automédication et consultation chez le généraliste. L'impatience, la confiance insuffisante dans les contacts répétés et, peut-être, les instructions insuffisantes du médecin généraliste jouent ici un rôle. Reste à savoir si un tel comportement n'est pas plutôt la conséquence d'une information insuffisante qu'un abus de soins médicaux.

Cela n'exclut pas qu'il peut y avoir un comportement injustifiable des patients – les généralistes aussi sont confrontés aux plaintes les plus banales à des heures indues – ni que des gens remplacent le généraliste par les urgences.

En tout cas, nous ne trouvons pas d'évidence pour un usage impropre de l'hôpital en cas de non-consultation du généraliste par des patients qui s'inscrivent auprès des médecins généralistes de la maison médicale De Sleep. Ceci nous conduit à l'hypothèse que le chemin vers les urgences ne doit pas spécialement être freiné, cependant que le chemin vers le médecin généraliste doit être encouragé – entre autre en agissant au niveau du paiement comptant et du ticket modérateur. Auprès de la population étudiée ici, il n'y a ni paiement comptant ni ticket modérateur chez le généraliste.

Quatre conclusions

Une concertation entre généralistes et les spécialistes au sujet de la collaboration

La relation entre le généraliste et le spécialiste lors de l'hospitalisation des patients

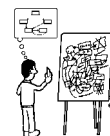
réciproque, soutenue par une analyse de données sur une petite échelle, est réalisable et sensée. Une condition indispensable est la possibilité de pouvoir disposer d'une liste de patients inscrits.

L'échange d'informations au sujet des patients hospitalisés peut être accéléré par une annonce immédiate (fax ou E-mail) de l'hospitalisation au médecin de famille, suivi par un contact aussi rapide que possible du généraliste vers le spécialiste s'il n'y avait pas de référence. Cela a été opérationnalisé entre-temps dans le projet de collaboration et expérimenté comme une réelle amélioration.

Une complémentarité et une collaboration entre le médecin de famille et les urgences peuvent contribuer à un usage plus adéquat des soins. Ceci fera l'objet d'examens complémentaires où la faisabilité et l'effet de diverses stratégies de communication seront testés.

Le débat de société sur l'échelonnement doit être alimenté d'urgence avec des faits. L'évidence est en effet plus fiable que l'examen d'opinions. Les mutuelles peuvent fournir leur contribution par des enquêtes à échanger contre analyse de ce que leurs membres font réellement. ●

Vous avez dit urgences?



ECHELONNEMENT

.....

A Charleroi, les patients s'adressent à la garde de l'hôpital la nuit, le week-end et même en semaine alors que leur généraliste est disponible.

.....

Nous en sommes informés par les rapports reçus et par les souches mutuelles à rembourser pour les patients inscrits au forfait.

Le recours à l'hôpital ne pose pas de problèmes lorsqu'il s'agit d'urgence « vraie », c'est-à-dire de pathologies qui nécessitent de toutes façons une prise en charge hospitalière. Dans ces cas, cela ne change pas grand chose que le patient nous appelle avant d'aller à la garde puisque l'hospitalisation s'impose.

Par contre, il y a problème quand les patients se rendent aux urgences pour des pathologies bénignes, à soigner en ambulatoire.

Les urgentistes se disent encombrés par ces malades qui ne les intéressent pas et qui ralentissent la prise en charge des cas lourds. Malgré cela, les hôpitaux structurent leurs services d'urgence pour répondre à ces demandes. Des généralistes sont engagés. Ils sont chargés de faire le tri et de traiter les cas légers.

De leur côté, les généralistes organisent leur service de garde. La création de « Allo Santé » avec un numéro d'appel unique pour toute l'entité de Charleroi, le 071/33 33 33, augmente l'accessibilité. L'appel est transmis au médecin par le secrétariat d'Allo Santé. Le nom du médecin n'est pas communiqué au patient pour des raisons de sécurité.

Une garde n'est pas l'autre

Deux types de services de garde se développent donc parallèlement pour prendre en charge les mêmes pathologies ! Ils sont assumés tous deux par des généralistes mais l'un dans le cadre hospitalier et l'autre en ambulatoire.

On parle d'améliorer l'information du patient, de l'éduquer à s'adresser au 071/33 33 33 plutôt qu'à l'hôpital. On étudie les motivations qui le poussent à utiliser un service plutôt que l'autre. On envisage des mesures concrètes pour améliorer la collaboration et la communication entre généralistes extra muros et généralistes intra muros pour régler la référence ultérieure au spécialiste.

On évalue et on compare les coûts, mais on évite de souligner la différence radicale qui existe entre les deux types de prise en charge !

Le fait que les urgences soient assurées par un médecin généraliste ne change rien à l'affaire : pris dans la structure, il ne peut qu'appliquer l'abord hospitalier de la maladie.

Le diagnostic hospitalier se fonde sur des examens techniques : son idéal est un dossier bien documenté où la maladie est prouvée. Le médecin à l'hôpital doit d'abord éliminer les étiologies rares et graves.

Face à une température, il ne conclura à une virose banale qu'après avoir exclu par le bilan paraclinique une pneumonie, une pyélonéphrite... Il ne peut faire autrement parce qu'il ne peut rien affirmer sans preuves. Sa légitimité et son autorité se fondent sur la technicité scientifique de sa prise en charge.

En médecine extrahospitalière, nous procédons à l'inverse : s'il n'y a pas de signes cliniques alarmants, nous posons à priori qu'une température est causée par une affection bénigne. Nous n'entamons une mise au point que si l'évolution n'est pas « normale ».

Notre démarche n'est possible que dans le cadre de la relation médecin – malade : « je vous fais confiance docteur parce que je vous connais et que vous connaissez mon cas », « je vous fais confiance Madame, Monsieur parce que je vous connais et que je sais que vous êtes capable de vous soigner et que vous me rappellerez si ça ne va pas ».

Monique Boulad,
médecin
généraliste à la
maison médicale
La Glaise.

Ce 27 janvier 2000 eut lieu une rencontre entre des membres de la Société de médecine de Charleroi, de la Fédération des associations de généralistes de Charleroi et des chefs des services d'urgence de plusieurs hôpitaux de la région.

L'accès direct aux urgences pose différents problèmes aux urgentistes : retards de prise en charge liés au tri entre cas bénins et vraies urgences, impossibilité de renvoyer un patient avant d'avoir exclu la gravité du cas par des examens techniques, surcharge des services techniques de garde, nombre d'impayés important et frais souvent irrécouvrables sur des revenus de remplacement... Il y a un problème de mentalité surtout en milieu urbain : exigence de rapidité de la réponse médicale, attrait de l'équipement technique de l'hôpital... Les causes sociales paraissent secondaires : il s'agit moins souvent de véritables démunis que d'assistés sociaux utilisant au mieux les opportunités du système.

Pour faire face à ce problème, diverses propositions sont faites : questionner les patients sur leurs connaissances d'un service de garde de médecine générale, apposer des affiches informant de l'existence du numéro d'appel unique 071/33 33 33 dans les services d'urgence, encourager le patient à avoir un médecin traitant pour le suivi après retour à domicile, éviter le renvoi systématique aux consultations de l'hôpital (souvent justifiés par la crainte d'ignorer une pathologie peu évidente au départ). Ce problème est cependant le même pour le patient qui consulte à l'hôpital après avoir été vu par le médecin généraliste. Des relations de confiance excluant tout dénigrement d'un confrère sont des éléments essentiels de la solution. Les accidents de travail constituent un cas particulier, le médecin ayant donné les premiers soins devant dans ce cas assurer le suivi. La communication du médecin hospitalier vers le médecin généraliste peut être améliorée. Le choix doit cependant être fait entre une signalisation rapide du passage du patient aux urgences et un rapport plus tardif comprenant les résultats des examens spécialisés. Les urgentistes souhaitent parfois téléphoner au médecin traitant mais n'obtiennent qu'un message de répondeur. Il leur est suggéré de demander à « Allo Santé » de contacter le médecin généraliste (qui a été invité à communiquer un numéro de téléphone privé, de fax ou de GSM) pour lui faire savoir qu'un médecin désire lui parler (ceci préserve la confidentialité du numéro privé).

La communication entre le médecin généraliste et le médecin hospitalier a déjà fait l'objet d'une réunion programmée par la Fédération des associations de généralistes de Charleroi, qui donnera naissance à une note de liaison. Le médecin hospitalier désire savoir avec précision ce que le médecin généraliste demande pour son patient : un examen particulier, un diagnostic, une hospitalisation.

Certains médecins généralistes demandent en urgence une série d'examens. Que doit faire l'urgentiste si le diagnostic est posé après un ou deux examens ? Ce dernier préférera donc avoir le choix de son programme d'investigation.

Les urgentistes sont d'accord pour voir en priorité les patients envoyés par le médecin généraliste. Dans ce cas, un coup de téléphone annonçant l'arrivée du patient leur serait très utile.

Enfin, ils demandent qu'en cas d'hospitalisation non urgente, leur service ne soit pas utilisé pour pallier à la saturation de l'un ou l'autre service.

Les médecins généralistes fonctionnant à la garde des hôpitaux, en stage ou titulaires du brevet de médecine aiguë, doivent répondre aux conditions prévues par les accords précédents entre médecins généralistes et médecins hospitaliers ; c'est-à-dire avoir l'accord des représentants des médecins généralistes au comité médical si les médecins dont il est question pratiquent la médecine générale dans la région de Charleroi.

Si le médecin généraliste envoie un patient à un spécialiste, ce patient ne pourra être déchargé qu'après consultation du spécialiste désigné si ce n'est après accord du médecin généraliste.

D'après un compte-rendu du docteur Claude Gerseau paru en mars 2000 dans le Bulletin de la Société de médecine de Charleroi.



Relation et continuité constituent nos outils thérapeutiques au même titre que nos compétences techniques. En cela, nous nous démarquons fondamentalement de la logique des confrères hospitaliers qui n'utilisent et ne reconnaissent que la preuve scientifique.

Le blues de la médecine générale

Deux modèles de prise en charge des mêmes affections coexistent sur le terrain. Ils ne sont pas complémentaires mais concurrents.

Y a-t-il un intérêt à maintenir les deux modèles ? Le modèle proposé par la médecine extra hospitalière est moins cher. Est-ce son unique justification ? Ou y a-t-il une valeur et une autre raison d'être ? « Bien sûr » répondons-nous en chœur. Mais sur quoi se fonde notre réponse ?

Quel sens cela a-t-il d'éduquer le patient à utiliser la médecine générale en priorité ?

D'abord ce n'est ni un ignorant ni un enfant. Ensuite l'éduquer à quoi ?

Les rôles ne sont pas définis au sein du corps médical même. Qui prouve, affirme, décrète... que la médecine générale a une raison d'être face à l'hôpital, et laquelle ? Pourquoi nous invalidons-nous si facilement ?

En anonymisant le service d'Allo Santé, nous nous privons nous-mêmes de l'outil thérapeutique que constitue la relation personnalisée.

Nous affirmons que le service de garde est là pour répondre aux urgences.

Une pharyngite ou un test de grossesse sont-ils urgents ? L'urgence est une notion typiquement hospitalière. Nous sommes moins rapides et moins bien équipés que l'hôpital pour y faire face...

Nous vivons cette différence dans notre pratique quotidienne. Nous en dissertons théoriquement. Mais osons-nous affirmer cette divergence fondamentale et nous en prévaloir ? Osons nous prendre le risque de l'affirmer comme telle et d'aborder les questions embarrassantes qu'elle entraîne ? ●

Ces chers confrères

Les relations entre généralistes et institutions de soins à Bruxelles

Axel Hoffman,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Norman Bethune.

.....

« Dans l'état actuel des choses, les rapports entre médecins praticiens et services universitaires ne sont pas organisés. Un certain nombre de praticiens ont noué des rapports en fonction de leurs besoins particuliers... Nous ne croyons pas exagéré de dire qu'il s'agit de cas exceptionnels ».

Cet extrait de la Lettre d'information du GERM (Groupement d'étude pour une réforme de la médecine) peut aussi s'appliquer aux hôpitaux non universitaires. Les problèmes de rapports entre médecins généralistes et hôpitaux sont à la hauteur de l'agitation qu'ils provoquent... Petit tour non exhaustif de la problématique en Région bruxelloise.

Un détail encore : cette Lettre d'information si actuelle est datée de 1967.

.....

Les rapports entre de grosses structures telles que les hôpitaux et des généralistes travaillant en solo ou en petites équipes ont toujours été malaisés. C'est que hormis leur raison d'être : le patient, tout semble les opposer. Pour caricaturer, l'hôpital est objectif, technique, « hautement diplômé », en pointe, centré sur la pathologie, budgétivore, auto-suffisant, dernier recours ; c'est un microcosme fermé où le malade est immergé dans une micro-culture qui

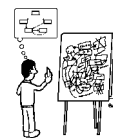
le dépasse... Le généraliste est probabiliste, holistique, global, centré sur la personne, proche physiquement et psychologiquement accessible, implanté dans le monde réel du patient, peu coûteux, tributaire de limites qui nécessitent la collaboration des milieux spécialisés...

Nul ne s'étonnera dès lors que la communication et la répartition des tâches constituent des problèmes majeurs entre eux...

L'ère de la communication ?

Prenons l'exemple des cliniques Saint-Luc (UCL) à Bruxelles. Dès leur inauguration, les généralistes des environs furent invités à certains staffs. En 1985 se créait une « commission d'image de marque des généralistes » qui accueille trois fois par an les porte-parole des associations locales de généralistes. En 1997, la transmission de données aux généralistes par voie informatique était expérimentée et un atelier « communication domicile-hôpital » organisait une réunion mensuelle entre généralistes et médecins hospitaliers pour discuter des améliorations souhaitables : communication au généraliste des reconvoctions chez le spécialiste, carnet de liaison pour le suivi des pathologies chroniques, discussions sur la question du référent hospitalier ou sur le phénomène d'afflux dans le service d'urgence de patients non-urgents.

Les autres hôpitaux bruxellois (pas tous) sont aussi actifs en ce domaine et leurs initiatives se multiplient : contacts possibles avec des responsables enfin accessibles du réseau IRIS (*voir encart*), signature d'une charte de bonnes relations proposée par la Fédération des associations de médecins généralistes de Bruxelles, publication de carnets identifiant les médecins hospitaliers et comment les contacter, de magazines présentant les activités et les actualités de l'hôpital (nouveaux services ou médecins, acquisition de matériel, développement de techniques...), etc.



De leur côté, les initiatives des généralistes ne manquent pas : réalisation et promotion de cette charte de bonnes relations, modèles standardisés de mise au point préopératoire facilitant la transmission de données par le généraliste, participation à de nombreuses rencontres ou conseils médicaux, modèles sophistiqués de fiche d'entrée du patient à l'hôpital (le dernier en date est à l'essai depuis avril 2000), ...

Nos gouvernants veulent favoriser ce mouvement. Le Moniteur belge de décembre 1999 publiait un arrêté ministériel accordant deux cents mille BEF aux hôpitaux aigus qui concluaient un protocole avec les généralistes de leur zone d'attractivité pour promouvoir une politique efficace d'admissions et de sorties des patients. Une circulaire de juin 2000, signée par Franck Vandenbroucke, ministre des Affaires sociales et Magda Aelvoet, ministre de la Santé publique, précisait que cette « politique efficace » vise essentiellement une meilleure communication entre hôpitaux et généralistes dans le but d'améliorer la complémentarité et la continuité des soins. Nous éviterons de citer les mauvaises langues qui demandaient pourquoi seuls les hôpitaux étaient aidés pour mieux communiquer.

Pourtant les difficultés sur le terrain demeurent. La communication est meilleure mais toujours lente. Son insuffisance facilite l'absorption des patients dans le circuit spécialisé. Des pratiques très critiquables ou même interdites par l'Ordre des médecins sont perpétuées, telles que l'envoi des rapports au patient et pas au médecin traitant ! Si nombre d'hôpitaux accueillent des généralistes dans leurs conseils médicaux, cela ne se fait pas toujours de manière efficace : généralistes prévenus en temps non utile de la tenue d'une réunion, ou sans ordre du jour. On déplore aussi la convocation de généralistes connus de l'hôpital mais non représentatifs. La difficulté d'identifier les interlocuteurs valables étonne, car au sein de la Fédération des associations de médecins généralistes de Bruxelles, les généralistes ont officialisé de longue date une commission aux hôpitaux avec

des représentants désignés pour chaque institution. La force des habitudes, la surcharge « administrative », le caractère gratuit des concertations (et parfois leur horaire difficile à assumer), le manque de relations de confiance entre l'intra et l'extra muros sont autant d'éléments perpétuant l'incommunicabilité entre le médecin de famille et la citadelle hôpital.

Un incident cocasse montrera le chemin encore à parcourir. Nonobstant leur signature de la charte de bonnes relations avec les médecins généralistes (en 1998-1999), les hôpitaux IRIS publient au début de l'année 2000 une « Déclaration d'intention pour une collaboration médicale au service du patient ». Quand les textes se multiplient plus vite que les actes...

Le paysage bruxellois

Pour environ un million d'habitants, le parc hospitalier bruxellois compte vingt-trois hôpitaux. Tous de belle taille. Certains sont des mammoth universitaires et les plus petits sont constitués par regroupement de plusieurs sites hospitaliers. A très peu de distance, Louvain et Ottignies offrent également de très beaux plateaux hospitaliers.

IRIS : *Inter-hospitalière régionale des infrastructures de soins, structure de gestion chapeautant les neuf hôpitaux publics de Bruxelles (certains sont regroupés en associations hospitalières). Ces hôpitaux représentent 40 % des lits hospitaliers de la capitale.*

FAMGB : *Fédération des associations de médecins généralistes de Bruxelles. Elle regroupe treize associations locales couvrant les dix-neuf communes de Bruxelles.*

La répartition des tâches

Le problème des consultations de médecine générale à l'hôpital, particulièrement irritante pour les généralistes, illustrera combien la répartition des tâches doit encore se réfléchir.

Les membres du personnel de la commune d'Etterbeek (Bruxelles) ont accès à la consultation de médecine générale de

Les relations entre généralistes et institutions de soins à Bruxelles

l'association hospitalière Etterbeek-Ixelles. Gratuitement ! Interrogé le 1 juillet par la Fédération des associations de médecins généralistes de Bruxelles sur ce qu'elle considère comme une concurrence déloyale, le bourgmestre Vincent Dewolf répond dans une lettre du 3 décembre 1999 : « *Le principe de la gratuité des soins est un avantage social octroyé au personnel. Cet avantage résulte d'un accord entre l'hôpital et l'administration communale. Il n'existe pas, à l'heure actuelle, de texte légal interdisant à un hôpital de pratiquer cette exonération du ticket modérateur* ». Quant à l'existence même de cette consultation, sa discussion demeure une promesse à ne pas entamer : sujet tabou.

De plus en plus, des hôpitaux de la Région bruxelloise créent dans leurs locaux des consultations de médecine générale. Officiellement il s'agit, comme à Saint-Pierre, de dégorger les urgences, dont le service est envahi à toute heure du jour et de la nuit par une population pas toujours malade mais souvent sans ressources. Autres raisons invoquées, le manque de disponibilité des généralistes qui ne sont pas toujours joignables ou l'absence de médecin traitant. On chuchote aussi que le *numerus clausus* menace de provoquer une pénurie d'assistants : ces candidats spécialistes taillables et corvéables à merci pour une bouchée de pain risquent en effet de manquer sous peu et les généralistes pourraient être utilisés à peu de frais pour pallier à cette défection.

La Fédération des associations de médecins généralistes de Bruxelles a pris la position d'accepter ce qui semble être inéluctable et d'exiger de la part des hôpitaux un certain nombre de garanties concernant ces consultations de médecine générale : remplacement du terme « consultation de médecine générale » par celui de dispensaire, renvoi au médecin de famille, pas d'accès direct à cette consultation mais seulement après sélection aux urgences, participation des médecins locaux à cette consultation, de préférence avec une rotation élevée afin d'éviter une fixation des patients, cogestion avec l'association locale de généralistes...

La répartition des tâches ne pose pas que ce problème. La question des référents hospitaliers (personnel dépêché à domicile par l'hôpital

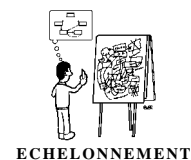
pour y préparer le retour d'un patient) ou celle d'équipes volantes parachutées pour suivre chez eux des patients lourds suscite aussi bien des remous.

C'est dans ce contexte qu'apparaissent les initiatives gouvernementales pour une restructuration de la première ligne. La proposition de madame Aelvoet n'a pas suscité un plébiscite. Maladresse ou volonté réelle, son texte suggère d'organiser une première ligne faite de petites équipes pluridisciplinaires structurées en fonction des hôpitaux. Dans diverses interviews accordées à des journaux médicaux, elle précise qu'il s'agit non pas d'hospitalo-centrisme mais de l'utilisation de zones d'attractivité naturelles...

Mieux travailler ensemble

Les quelques problématiques survolées dans ces lignes soulignent la complexité des relations entre généralistes et hôpitaux. Pour les améliorer, les pistes sont nombreuses mais escarpées : citons un échelonnement bien conçu, la promotion du rôle du généraliste (notamment par la généralisation à toute la population de son rôle de dépositaire central du dossier), la revalorisation de la première ligne (notamment par la reconnaissance de ses spécificités), le développement des techniques de communication, un financement des hôpitaux qui leur permettent de fonctionner correctement en complémentarité et pas en concurrence avec les généralistes. N'oublions pas que ce qui est en jeu, ce n'est pas un pouvoir, mais la santé des usagers.

Ces graines sont semées, il faudra les arroser... ●



Extraits de la charte de bonnes relations entre hôpitaux et généralistes

Cette charte, rédigée par la Fédération des associations de médecins généralistes de Bruxelles en 1996 a été, lentement mais sûrement, signée par les responsables des hôpitaux bruxellois. Chaque proposition qu'elle contient constitue non pas une exigence arbitraire, mais une réponse à un problème fréquemment rencontré... En ce sens, elle illustre parfaitement les difficultés que vit ce couple pourtant inséparable qui unit généralistes et hôpitaux.

Les conseils médicaux de chaque institution de soins accueillent deux médecins généralistes, de préférence de leur quartier, et désignés par une association de médecins généralistes reconnus par la Fédération des associations de médecins généralistes de Bruxelles.

Suivi du patient

Le médecin traitant sera averti systématiquement et immédiatement de toute entrée (...) date et motif d'admission, médecin responsable, changement de service, diagnostic ou évolution importante, intervention, soins palliatifs, transfert dans une autre institution, sortie et bien sûr en cas de décès.

Le médecin traitant fournira au médecin responsable du service à l'entrée du patient (...) un rapport médical complet.

La sortie du patient sera impérativement accompagnée d'un rapport (...).

Les protocoles (...) permettant le remboursement de certaines spécialités devront être annexés au rapport provisoire de sortie remis au patient.

Le rapport complet sera édité dans les plus brefs délais, et transmis avec les différents rapports des spécialistes consultés (...).

Le service social prendra contact, d'office, avec le médecin traitant et la famille en cas de demande de placement, de prise en charge à domicile ou de toute décision concernant un changement fondamental dans la vie du patient. Ce contact doit se prendre le plus tôt possible. En cas de rechute, la clinique s'engage à reprendre en priorité le malade afin de ne pas devoir refaire, dans une autre institution, tous les examens spécialisés déjà réalisés.

Transmission des données

L'institution veillera à mettre à la disposition du médecin

traitant une transmission des données par informatique (...).

Une liste des médecins spécialistes travaillant dans l'institution devrait être envoyée systématiquement chaque année à tous les médecins généralistes des environs (...) ainsi que le type d'honoraire (conventionné ou non). La liste des médecins généralistes travaillant dans l'institution comme médecin de garde ne doit pas figurer sur les tablettes officielles de l'institution. Il leur sera donné un salaire décent avec un contrat de travail soumis à l'Ordre des médecins.

Visite au malade et accès au dossier

(...) L'accès au dossier doit être facilité au maximum. Cela implique une possibilité de contacter le médecin spécialiste traitant (...), l'accès au dossier à tout moment via un médecin du service (...).

Consultation en médecine spécialisée ou en service d'urgence

Renvoi systématique au médecin traitant du patient accompagné d'un rapport médical (...).

Re-convocation uniquement après accord effectif du médecin traitant ou sur demande expresse de sa part.

En cas de follow-up systématique indispensable, invitation de passage préalable chez le médecin traitant (...).

En cas de consultation spontanée chez un médecin spécialiste, celui-ci s'informer du nom du médecin traitant auquel il devra faire parvenir les résultats et conclusions de ses examens. Si le patient n'est pas suivi par médecin traitant, il l'encouragera dans ce sens.

En aucun cas, le médecin spécialiste n'écrira au patient un rapport médical (...).

Si le médecin spécialiste considère qu'une consultation chez un autre spécialiste s'avère nécessaire, il doit en avertir le médecin traitant afin que celui-ci en prenne l'initiative.

Études expérimentales

Le médecin traitant doit être obligatoirement mis au courant lorsqu'un de ses patients participe à une étude expérimentale. Il en recevra le protocole, mais aussi toutes les analyses et autres examens pratiqués dans le cadre de cette expérimentation. Le patient doit garder la possibilité de consulter son médecin traitant (...).

Pourquoi pas d'échelonnement? Pour qu'il n'y ait pas de système?

*Jacques Morel,
médecin,
secrétaire
général de la
Fédération des
maisons
médicales.*

.....

Les déclarations gouvernementales, à tous les niveaux de l'Etat, affirment la volonté de la revalorisation de la première ligne ; aucun ne prend l'option claire d'un échelonnement du système de santé. La revalorisation de la première ligne ne passerait donc pas par sa ré-articulation avec les autres niveaux de soins ? A voir...

.....

approche globale et transversale, continuité des soins, accessibilité, travail de proximité, réponse pluridisciplinaire, décloisonnement du médical et du préventif...

On regrettera qu'il se trouve réduit à une structure faitière de coordinations d'acteurs du secteur primaire, qui ne comprend que les secteurs de soins ; les missions de coordination devront trouver à s'articuler avec d'autres coordinations préexistantes comme les gardes médicales, les groupes locaux d'évaluation médicale, les associations mono-disciplinaires...

Son territoire risque d'être trop grand pour soutenir une réelle coordination autour de prises en charge de patient mais peut-être peut-on faire l'hypothèse d'une force de pression pour négocier des rapports modifiés avec le secteur hospitalier.

Le financement de ce projet est discuté entre la ministre de la Santé publique et celui des Affaires sociales ; il est aussi discuté avec les communautés et les régions pour en faire un point d'appui ou de complémentarité des compétences politiques communautaires et régionales concernant la première ligne. Cet espace de discussion est en lui-même une nouveauté en matière de politique de santé.

L'avant-projet Aelvoet

Au niveau fédéral, le cabinet de la ministre Aelvoet fait circuler un avant-projet d'arrêté royal proposant la mise en place de service de soins intégrés à domicile : une nouvelle structure de coordination sous forme d'asbl accessible à tous les professionnels des soins à domicile, y compris dentistes et pharmaciens et aux maisons de repos et de soins. Le territoire couvert serait équivalent aux zones d'influence des hôpitaux, ce qui représente quatre-vingt secteurs en Belgique.

La mission de ce service serait de faciliter la circulation des patients entre prestataires et leur collaboration entre eux mais aussi de soutenir la formation continue des professionnels, d'organiser la continuité des soins et les rapports avec les hôpitaux, d'organiser une interface avec les services sociaux et les associations de patients.

Chaque service bénéficierait d'un coordinateur et d'un secrétariat

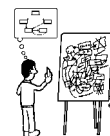
Ce projet est l'aboutissement d'un travail intéressant de conceptualisation de la première ligne qui en précise les caractéristiques :

Les projets régionaux de restructuration de la première ligne ?

Le rapport final de la DRISU* qui, après une analyse de l'offre sociale et de santé sur la Région bruxelloise, fait des propositions de réexamen de l'implantation des acteurs sur le territoire, repose la question de l'accueil de première ligne - qui est la porte d'entrée dans le dispositif - et veut susciter des expériences pilotes de restructuration et de coordination.

Ceci sur fond de moratoire budgétaire pour les secteurs financés par la Commission communautaire française (CoCoF) et de très peu probable décret de l'ambulatoire, qui en harmoniserait le fonctionnement sans doute, les objectifs, peut-être.

**DRISU :
Délégation
régionale
interministérielle
aux solidarités
urbaines =
organe d'étude et
de conseils pour
le gouvernement
régional
bruxellois en
matière de
développement
social.*



Cette perspective pourrait conduire non pas à une ré-articulation première ligne / deuxième ligne mais à une forme d'échelonnement des acteurs au sein même de la première ligne avec une première ligne généraliste et polyvalente - essentiellement les associations de médecins coordonnées avec des services ou les maisons médicales - et une seconde première ligne qui comprendrait les secteurs segmentaires soit par leur spécialisation thématique - toxicomanie, planning familial, santé mentale - soit par la catégorie d'âge à laquelle ils s'adressent.

Le rapport de la DRISU s'appuie sur une cartographie qui montre la dispersion des acteurs et l'adéquation de leur implantation eu égard à leurs missions. Ici aussi une territorialisation doit prendre en compte la spécificité des offres de services ; se dirige-t-on vers des fusions et la mise en place de centres mammoth ou exploite-t-on en réseau les services existants ? Comment redéfinit-on les rôles et fonctions ?

Ça, c'est pour la Région bruxelloise.

En Région wallonne, il y a d'autres projets : la coordination s'organiserait à partir du niveau local vers un niveau loco-régional puis régional, regroupant des acteurs dont le territoire et les missions s'élargissent progressivement.

On voit que ce projet de structuration de la première ligne est traversé de plusieurs contraintes : le clivage des compétences, le territoire d'intervention, les rapports de forces. Le poids du curatif et donc du pouvoir fédéral reste déterminant et si des tentatives sont faites de mise en cohérence avec les niveaux régionaux et communautaires, elles restent difficiles à concrétiser à la fois pour des questions de moyens budgétaires, des rapports de force qui les traversent mais aussi par déficit d'un cadre politique qui transcende dans un premier temps, intègre dans un deuxième les compétences des niveaux de pouvoir en matière de structuration et de finalisation de la politique de santé.

Le fédéral propose le territoire d'intervention à partir de la zone d'influence des hôpitaux,

les régions ne se sont pas encore prononcées mais feront sans doute davantage référence à l'entité communale ; si la communauté intervenait, elle s'appuierait sans doute sur le dispositif de promotion de la santé qui est construit à partir des arrondissements.

A l'intérieur de ces niveaux institutionnels et des compétences qu'ils gèrent, les rapports de force s'exercent à géométrie variable : au fédéral, les protagonistes sont principalement les mutuelles et les syndicats médicaux. Au sein des dispositifs régionaux leur poids est bien moins marqué au profit des pouvoirs organisateurs des secteurs financés et des syndicats interprofessionnels.

Une remise en question trop douloureuse

On sait les réticences des syndicats médicaux et du monde spécialisé à l'idée d'échelonnement : le maintien d'un accès direct aux niveaux spécialisés reste une revendication, la redistribution des moyens au bénéfice du premier échelon reste inacceptable. En son temps, les revendications en faveur de l'échelonnement proposé comme mesure structurelle d'optimisation du système de santé ont été éconduites. Portées surtout par les syndicats généralistes (Groupement belge des omnipraticiens et Cartel) et avec timidité par les pouvoirs publics, ces propositions ont été échangées contre un dispositif d'accréditation en médecine générale !

Tout ceci montre bien combien la question de l'échelonnement du système de santé l'interroge profondément sur la nature de la réponse qu'il est sensé apporter aux problématiques de santé et sur la dynamique du système lui-même à travers la place et le jeu des acteurs.

Elle pose de fait la question du choix pour un système - ensemble d'éléments articulés et interagissant entre eux dans une histoire - et une culture de « non-système », comme les observateurs internationaux qualifient notre dispositif de santé.

Pourquoi pas d'échelonnement? Pour qu'il n'y ait pas de système?

On a pu mesurer combien l'évolution « naturelle » a produit une désarticulation de la première ligne et une concentration de pouvoir et de moyens autour du paradigme de la médecine spécialisée.

La restructuration de la première ligne, surtout si elle s'accompagne de la reconnaissance de ses spécificités, peut apparaître comme un des éléments d'une nouvelle proposition de soins de santé ; on mesure aussi combien l'ambition de cette mesure sera caduque si elle ne s'inscrit pas dans une préoccupation de mettre le système de santé en perspective d'objectifs de santé, de redistribution des rôles des différents acteurs à cet égard.

La politique de santé peut donc s'écrire à partir des besoins de la population et des réponses optimisées d'une première ligne de soins dont il s'agit d'étayer les compétences par des niveaux techniques et spécialisés, échelonnés. Cette optimisation de l'interface soignants/population pour la plupart des problèmes passe par la reconnaissance d'outils scientifiques et politiques spécifiques et des conditions d'accessibilité maximisée. Dans une enveloppe inchangée des soins de santé, un transfert de moyens vers la première ligne accompagne ces mesures.

L'enjeu de l'échelonnement est sans doute essentiellement à ce niveau ; il est le mécanisme qui oblige à considérer l'existence même d'un système, donc de sa finalité - la santé pour l'ensemble de la population - donc de l'articulation des sous systèmes - paradigme et pratiques de la médecine générale et spécificités de la médecine spécialisées - et la fonction des différents acteurs du système, ainsi que son interface avec la population.

Et si les logiques détricotaient les pratiques, c'est bien là le risque ; si le bien commun démenageait les ordres établis, si la santé pour tous devenait un objectif opérationnel et l'efficience du système de santé un critère de sa qualité, ...

Serait-ce pour cela que *l'evidence-based* santé publique a parfois du mal à trouver le chemin de la décision politique... ●