

Évaporer la première ligne ? Gare à l'effet de serres¹ !

Pierre Drielsma,
médecin généraliste,
permanent politique à la
Fédération des maisons
médicales.

Des combats ont été menés dans les années '70 pour sortir de l'hôpital, pourtant, on y revient mais sous une autre forme. Il semble que nous soyons passés de l'hospitalo-centrisme à l'hôpital tentaculaire. Pour aller vers une couverture sanitaire universelle, il semble essentiel de soutenir et de développer la première ligne. Hélène Dispas vient d'évoquer l'importance de l'échelonnement dans l'organisation du système de santé (voir l'article page 50). Mais quelle est la stratégie du gouvernement ? En quoi l'évolution vers une disparition progressive des lignes de soins, de la première en particulier, sert ou non la voie vers une couverture sanitaire universelle, c'est ce que nous avons demandé à Pierre Drielsma, médecin généraliste en maison médicale.

On nous parle d'évaporer la première ligne, c'est pourtant la plus mauvaise idée depuis que Caïn a tué Abel.

A quoi sert la première ligne soins ?

La première ligne prend en charge de façon holistique (globale) les problèmes de santé des individus, des familles et des populations. Grâce à cette vision globale, elle permet de relativiser et/ou repositionner les plaintes somatiques dont la source est psychosociale. Elle permet de réorienter la prise en charge et qui sait un jour la force de travail vers l(es)intervention(s)² les plus efficaces : c'est-à-dire parfois un logement adapté, un animal de compagnie, des passages structurés à domicile, une psychothérapie, l'obtention d'une allocation de handicapé.

Grâce à cet effet de filtrage (échelonnement), les dépenses de deuxième ligne sont réduites, les gens sont plus libres, la démocratie est améliorée, les effets iatrogènes des traitements abusifs sont réduits. En effet, l'échelonnement évite la médico dépendance, donc améliore la liberté et l'autonomie des patients.

Les maisons médicales sont nées au début des *seventies*, dans une conception soixante-huitarde légèrement teinté de couleur hippy (baba cool pour les moins vieux). Elles poursuivaient donc un double AIM³ (double but). Supprimer la domination capitaliste (les idées pour arriver à cet objectif étaient divergentes). Mais en même temps, il s'agissait d'une révolution culturelle anti-experts. Il n'est pas forcément facile de comprendre cette association entre une idéologie plutôt léniniste ou lénino-trotskiste, voire stalinienne et une philosophie antiautoritaire et anti-technocratique.

Pourtant, à y réfléchir et grâce à la lecture d'un bouquin récent⁴, on peut se souvenir qu'en 66, Mao Tsé Toung (ou Mao Zedong pour les amis) avait lancé la jeunesse chinoise à l'assaut de la bureaucratie et de la technocratie en décrétant la révolution culturelle. Alors qu'il s'agissait apparemment pour Mao de reprendre le parti en main, les maoïstes occidentaux y virent une poussée anarchisante. C'est donc dans une *confusion magnifique* que le plus grand zélateur de Staline a pu se faire passer pour un anar....

1. Griffes des oiseaux de proie.

2. Toute action entreprise en vue d'améliorer la santé.

3. Pour paraphraser le triple AIM du plan maladie chronique qui poursuit des soins qui améliorent la santé de la population, des soins efficaces et des soins vers un meilleur vécu des patients. La santé de la population est à la fois objective et subjective, l'efficacité est une mesure objectiviste, le vécu du patient est subjectif.

L'hospitalo-centrisme, voilà l'ennemi ?

Historiquement l'hôpital était à son apogée après-guerre, on a connu la réforme Debré⁴ en France, mais aussi une croissance rapide du nombre de lits. L'hôpital est une source d'emplois mais aussi de clientélisme, ce qui a toujours intéressé les pouvoirs municipaux. Actuellement, la tendance lourde est à la fermeture de lit, en particulier pour les lits psychiatriques, mais les lits de longs séjours disparaissent. Et les courts séjours raccourcissent : hôpital de jour et retour précoce à domicile sont les deux mamelles de la réforme (voir l'article page 43).

Le problème n'est plus l'hôpital classique mais plutôt ce qu'il faudrait appeler le complexe médico-industriel. J'avais baptisé ce puissant lobby en m'inspirant du complexe militaro-industriel dénoncé par le président américain Eisenhower⁵ après de la deuxième guerre mondiale : « Dans les conseils du gouvernement, nous devons prendre garde à l'acquisition d'une influence illégitime, qu'elle soit recherchée ou non, par le complexe militaro-industriel. Le risque d'un développement désastreux d'un pouvoir usurpé existe et persistera ». Mais je me suis rendu compte que d'autres auteurs avaient fait la même trouvaille⁶.

Donc l'outil = l'ennemi ? Rien n'est moins sûr, l'hôpital lui-même est en pleine mutation, il devra donc fermer des lits et s'orienter plutôt vers la concentration d'un plateau technique et d'un centre d'expertise clinique. Mais cette nouvelle forme n'est pas moins dangereuse. Que souhaitent les firmes pharmaceutiques et médico-techniques ? Des marges bénéficiaires élevées et des volumes croissants ! L'essentiel de l'effort des pouvoirs publics s'est porté sur la réduction des volumes, c'est pourquoi les firmes s'orientent dorénavant vers les marges élevées grâce à des médicaments à haute valeur ajoutée : anticancéreux, médicaments dits orphelins, etc. (voir l'article page 23).

Le complexe médico-industriel a bien compris que la médecine de première ligne avait les moyens d'éviter aux patients des traitements coûteux et inutiles. Ce que démontre à l'envi Starfield (voir encart page suivante) et ses collaborateurs, c'est que plus la première ligne est forte, plus l'accès à la deuxième ligne est faible et les dépenses sont régulées. Donc le complexe médico-

industriel est l'allié objectif de la médecine spécialisée et de l'hôpital même réduit. En effet la réduction hospitalière portera essentiellement sur l'hôtellerie⁶ mais pas sur les actes techniques.

Il est donc nécessaire pour le complexe médico-industriel de détruire la première ligne ou du moins de la balkaniser au maximum. La stratégie de super Maggie (De Block) est de ce point de vue limpide comme un torrent de montagne. Elle conteste les postes de gardes en médecine générale qui, justement dotés d'un filtre téléphonique efficace, permettraient d'éviter des consultations inutiles au service d'urgences hospitalières mais aussi un grand nombre d'admissions inutiles. Au lieu de ça, Maggy propose la fusion des gardes de première et deuxième lignes au sein de l'hôpital. Comme cela, l'hôpital se débarrassera sans casse des petits bobos et des psycho-sociaux. Par contre, il gardera la main sur les cas organiques pour les hospitaliser en cas de lits disponibles et en tous cas leur faire subir toute la batterie de tests techniques que nécessite une rentabilisation des appareils.

Les projets d'hospitalisation à domicile vont dans le même sens. Il s'agit pour l'essentiel de transférer les coûts d'hôtellerie sur les familles tout en maintenant l'activité médicale correspondante sous le contrôle hospitalier. Les infirmières hospitalières descendront sur la ville en gardant jalousement leurs précieuses compétences techniques.

Il faut éviter que les infirmiers hospitaliers réalisent des soins à domicile que les infirmiers de première ligne peuvent réaliser. Ce qu'il faut, c'est que les infirmières de la deuxième ligne forment celles de la première de la nécessité d'un suivi à domicile et leur transmettent leur savoir.

Et ce pour les mêmes raisons que pour les médecins généralistes. La logique de la deuxième ligne n'étant pas adaptée à l'ambulatoire ni au travail en milieu de vie. La première ligne doit être intégrée et titularisée. Ce doit être les mêmes infirmiers qui réalisent les vaccins, les soins de plaies, qui doivent prendre en charge le patient passant en maladie chronique.

Dans le même ordre d'idée, le Conseil technique médical ne vient-il pas d'autoriser les médecins spécialistes

4. Robert Debré, professeur de pédiatrie qui conforta l'hôpital public.

5. Lui-même ancien généralissime des armées alliées durant la deuxième guerre mondiale.

6. Les premières victimes sont composées de personnel non qualifiés attaché à l'hôtellerie. L'hôtellerie hospitalière n'est pas un secteur à haute valeur ajoutée.

à débarquer dans les maisons de repos, heureusement encore à la demande du médecin traitant. Mais quand on sait que dans certaines maisons de repos pour personnes âgées ou maisons de repos et de soins, un nombre grandissant de patients ont pour médecin traitant le médecin attitré de la maison de repos (et de soins), le risque n'est donc pas nul.

Il est possible de faire énormément de choses à domicile y compris des chimiothérapies en toute sécurité, il est clair que la miniaturisation des outils diagnostiques permettra à la première ligne d'en faire toujours plus. Par ailleurs, il faudra aussi tenir compte du fait qu'en matière de soins aux grands vieillards, le plus important, c'est la qualité de la vie et pas la quantité de vie (la longévité).

7. Lire aussi à ce sujet l'article d'Olivier Mariage dans le *Santé conjugulée* de mars 2016 et l'article d'Hélène Dispas en rubrique de ce numéro.

Depuis la fin des années 70, la maison médicale Bautista Van Showen à Seraing a réalisé des dizaines de maintien à domicile qui eussent nécessité l'hospitalisation sans l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire : bronchopneumopathie chronique obstructive IV, insuffisance cardiaque terminal, chimio à domicile, soins palliatifs au domicile, antibiothérapie IV, lithiase rénale perfusée à domicile, transfusion à domicile... Evidemment cela n'est possible que si l'argent suit le malade et descend de l'hôpital vers les équipes de première ligne.

Les Projets pilotes de soins intégrés pour patients chroniques⁷ ne s'annoncent guère mieux, l'hystérie du trans-mural gagne l'ensemble du système de soins de santé, alors que dans un système échelonné la grande majorité des pathologies chroniques peuvent être très bien traitées par la seule première ligne. Par exemple, 85 % des diabétiques de type 2 peuvent être traités au long cours par anti diabétique oraux et/ou incrétinomimétique et/ou chirurgie bariatrique. La majorité des bronchites chroniques et des bronchopneumopathies chroniques obstructives peuvent être traités sans passage spécialisé en particulier s'ils s'abstiennent de

Pédiatre de formation, chercheuse en services de santé de métier, la Dr Starfield occupait le poste de *University Distinguished Service Professor* à la faculté de médecine et de santé publique de l'université Johns Hopkins et directrice du *Primary Care Policy Center* de cette même université. Militante acharnée pour la médecine familiale et les soins de première ligne.

Extraits choisis de son exposé :

- « Plus les patients voient de spécialistes différents (toutes chose égale par ailleurs), plus les coûts des soins sont élevés, ainsi que les coûts médicaux, ainsi que les examens diagnostiques et les interventions et les choix des médicaments.
- Plus les patients consultent des généralistes différents, plus les coûts des soins sont élevés, ainsi que les coûts médicaux, ainsi que les examens diagnostiques et les interventions. (Cela signifie que globalement que les généralistes sont plus économes en médicaments)
- Plus le patient voit de généralistes différents (moins de continuité interpersonnelle, ce qui plaide d'ailleurs pour la titularisation de tous les patients auprès d'un ou deux médecins généralistes déterminés), plus le malade voit des spécialistes différents. Cet impact est indépendant du nombre total de contacts en médecine générale. »

*Conférence de Karlskrona (Suède)
18 septembre 2007.*

Ce qu'on entend dire...
et ce que Pierre Drielsma répond :

« Comme il n'y a plus de médecins généralistes [pénurie], l'hôpital se passe de nous »

La stratégie du complexe médico-industriel est d'expulser la médecine générale du dispositif. Soit les infirmières hospitalières feront le job sous la supervision télématique des spécialistes hospitaliers, soit les infirmières de première ligne s'organiseront ou se coordonneront avec l'hôpital. Une première ligne sans généralistes est une première ligne morte.

« Les médecins généralistes ne sont pas outillés pour résister, ils vont donc aller vers la pratique de groupe »

Le problème, ce n'est pas de convertir la médecine soliste, qui d'ailleurs éprouverait des difficultés économiques lors du changement de paradigme. Le problème aigu de la médecine générale, c'est de disposer d'un apport démographique de jeunes généralistes susceptibles de constituer des équipes pluridisciplinaires efficaces pour les soins lourds à domicile, comme pour les soins courants d'ailleurs.

fumer, les traitements actuels sont très efficaces. Même pour l'asthme pour lequel un avis princeps spécialisé est souhaitable (il s'agit souvent de patients jeunes), les traitements actuels ont fait baisser drastiquement les crises majeures (les appels de nuit les concernant ont d'ailleurs quasi disparu). 95 % des hypertendus ne devraient jamais voir de spécialistes, etc.

Alors la mort de la première ligne une bonne affaire pour la couverture sanitaire universelle ?

Donc à la question est-ce que l'évaporation de la première ligne va mettre en péril la couverture sanitaire universelle ? Nous pouvons répondre oui et cela par trois mécanismes qui s'imbriqueront : tout d'abord comme Van Doorslaer et d'autres^[C-F] l'ont bien démontré, la médecine générale est *pro poor*, favorable à l'équité, tandis que la médecine spécialisée est *pro rich*, défavorable à l'équité. Ensuite, parce que mettre la première ligne sous le contrôle de la deuxième impliquera une croissance de la technologisation des soins et de sa dépersonnalisation (continuité personnelle/interpersonnelle/relationnelle). Or les patients qui ont le plus besoin de cette continuité personnelle sont précisément les plus démunis parce qu'ils ont le plus souvent également un déficit de capital social^[F-H]. Enfin, on doit craindre une plus grande anxiété pour les patients, car ils seront morcelés comme la deuxième ligne est morcelée en spécialités et sites multiples. On aura perdu intégration et globalité : caractères types de la première ligne. ■

Références

- A. Christofferson Michaël Scott. *Les intellectuels contre la gauche : L'idéologie antitotalitaire en France (1968-1981)*. 2009. Marseille, Agone. Contre-feux.
- B. Jean Claude Salomon : *Le complexe médico-industriel*. Paris : Fayard ; 2003.
- C. Van Doorslaer E., Waagstaff A. : *Equity in the Finance and Delivery of Health Care : An International Perspective*. Oxford University Press ; 1992.
- D. Van Doorslaer E., *Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD countries*. 2004.
- E. Van Doorslaer E., Masseria C, Koolman X, "Inequalities in access to medical care by income in developed countries", *CMAJ* 2006, 174 : 177-183.
- F. Crooks V., Lubben J., Pettiti D.B., Little D., Chiu V., "Social Network, Cognitive Function, and Dementia Incidence Among Elderly Women", *American Journal of Public Health* 2008, 98 : 1221-1227.
- G. Vandenbroucke S., Lebrun J.-M., Vermeulen B., Declercq A., Gosset C, Maggi P. *et al.*. *Vieillir mais pas tout seul. Une enquête sur la solitude et l'isolement social des personnes âgées en Belgique*. 1-176. 1-3-2012. Fondation Roi Baudouin.
- H. Starfield B, Birn AE, "Income redistribution is not enough : income inequality, social welfare programs, and achieving equity in health", *J Epidemiol Community Health* 2007, 61 : 1038-1041.