

Chambre des Représentants

TRAJETS DE SOINS ET MEDECINE GENERALE : AVIS DU GBO

Audition du 12 mai 09

Un système structuré par un échelonnement des soins

Dans un souci d'amélioration de la santé publique, le GBO n'a eu de cesse de promouvoir la collaboration entre MG et MS, collaboration qui aurait dû être naturelle et **systematique** dans un système des soins structuré avec un premier échelon offrant des soins primaires (de primary : essentiel) référant aux 2ème, 3ème et 4ème lignes quand nécessaire. Bref, un échelonnement des soins qui promeut **les meilleurs soins au meilleur endroit par le prestataire le plus adéquat**. Un échelonnement des soins incité financièrement par un remboursement majoré des contacts spécialisés s'il y a référence par le MG.

Hélas, c'est un véritable échelonnement « à l'envers » qui s'est organisé, niant le rôle central du MG et son approche globale du patient et niant le principe de subsidiarité des soins. Le système des centres de référence -qui n'en ont que le nom, parce qu'accessibles en première ligne-, et les remboursements des médicaments contraignant au recours systématique à la MS, en sont deux exemples dénoncés très régulièrement par le GBO. L'exemple du remboursement des tigarettes de contrôle glycémique réservé aux centres de référence a été scandaleusement parlant.

Dans un même temps, les indices de santé publique alarment.

Un diabétique sur 2 s'ignore, les diabétiques de type 2 mal équilibrés tardent à être mis sous insuline (ou à accepter ce traitement conseillé)... Les endocrinologues sont débordés par l'ampleur de « l'épidémie diabète » et depuis peu se souviennent de l'existence des MG. Naît le concept des trajets de soins pour répondre à cette situation, principe promu et soutenu dès la première heure par le GBO/Cartel... décidé à contourner les réticences à l'échelonnement « à l'endroit ».

Le GBO concevait la notion de trajet de soins, à l'instar de ce qui se fait pour les soins palliatifs, avec une détermination par le MG du **statut de patient nécessitant des soins complexes** (dans une vue **globalisée des pathologies**), entraînant la reconnaissance financière d'avantages : ex. accès à certaines prestations, meilleurs remboursements pour d'autres (ex. dans le cas du diabète : accès aux tigarettes gratuites prescrites par le MG) et un DMG majoré. Le statut de patient nécessitant des soins complexes soutient particulièrement la démarche holistique, globale, spécifique à la médecine générale.

Les principes du concept des trajets de soins doivent être garants :

- De la **place centrale du MG**, en collaboration étroite avec les MS, avec ses compétences reconnues... pas suffisamment reconnue dans les TS actuels.
- Du soutien spécifique de la **prise en charge globale**, spécifique au MG... c'est bien face à un problème complexe que cette approche globale est indispensable, difficile et qu'elle mérite d'être soutenue ! Ce n'est précisément pas le moment ni l'endroit de nier cette approche par un découpage vertical par pathologie de la problématique des patients... ce que fait le concept actuel TS.
- De la subsidiarité des soins. Les patients dont la pathologie est bien équilibrée par l'approche des MG **n'ont aucune place dans un système complexe. Il faut éviter que les TS ne soient une nouvelle tentative d'échelonnement « à l'envers »**, obligeant, même si cela n'est pas nécessaire, à la référence systématique à la médecine spécialisée dans un système complexe et cher pour la collectivité. C'est la raison pour laquelle le GBO s'est attelé à restituer au MG la possibilité pratique et financière de soigner, seul, les diabétiques de type II insulino-requérants en équilibre avec 1 injection par jour. (TMGA). Il faudra rester vigilant dans chaque nouveau trajet d'y préserver l'autonomie du MG. Et cette autonomie mérite un financement particulier (par le biais du passeport dans le cas du diabète) pour éviter « la prime à la référence » à la médecine spécialisée, même si le besoin n'y est pas, que pourrait représenter le DMG à 80 euros des TS.
- De la reconnaissance du **travail en réseau ou en équipe pluridisciplinaire intégrée, déjà existant**, avec les autres soignants « naturels » du patient, infirmier, kinésithérapeute s'occupant du patient, de longue date. Ce qui sera le cas depuis la nouvelle proposition concernant les RML où Cercles de MG et SISD vont travailler de concert.
- De la reconnaissance des compétences des MG, assurées par les **formations universitaires et continuées** qui garantissent les compétences nécessaires au suivi des diabétiques. Nul besoin d'en rajouter. Nous demandons aux responsables des CUMG et autres SSMG de renforcer les formations les plus adéquates à ce sujet.

Expérimentation et évaluation selon les critères de la pratique de la MG

Le GBO est sans conteste **favorable à tester** l'efficacité des trajets élaborés pour les insuffisants rénaux et les diabétiques à l'aune de ces conditions-là. Il sera alors impératif, forts des résultats de ces tests, de concevoir une prise en charge des autres pathologies complexes dans l'esprit de la MG. Si la MS s'accorde bien à la prise en charge « en silo » verticaux des pathologies, la pratique de la MG n'est pas compatible avec cette verticalité et nous risquons d'être confrontés au défaut dénoncé dans le concept des centres de référence : comment ferons-nous avec un patient qui combine plusieurs pathologies complexes ? Comment ferons-nous avec ces patients peu dociles, complexes de par leurs pathologies et de par leurs attitudes, qui font le quotidien de la médecine générale, qui ne s'accorderont pas avec les TS (multiples cas de gens s'excluant des conventions actuelles) ? Que ferons-nous des patients qui ne peuvent se déplacer : vieillards en MR ou MRS ou à domicile, handicapés... La MG revendique pour ces patients l'accessibilité financière aux soins, avec les mêmes avantages, remboursements de matériels et, qui

sait, plus tard de certains médicaments qu'on voudra réserver aux TS. La MG ne peut accepter d'être sans soutien pour ces patients pour lesquels précisément elle aurait eu à être soutenue. Les démarches autonomes des généralistes devront être soutenues financièrement et les TS devront être adaptés aux patients peu mobiles.

Revalorisation financière de la MG et simplification administrative :

Notre souci, syndicalement légitime, est aussi d'assurer la revalorisation financière de la médecine générale par le biais de l'organisation des trajets de soins. C'est bien elle qui pose encore et toujours un problème d'attractivité. Il est donc indispensable de lui assurer une **discrimination très positive** dans l'attribution des nouveaux moyens financiers, pour ne pas courir le risque de la disparition de cette profession. Nous demandons une évaluation précise des flux financiers vers la MG et la MS au sein des deux premiers trajets de soins, avant la mise en route d'autres trajets.

Par ailleurs, une demande persiste, lancinante : la simplification administrative, essentielle pour garantir la réussite d'une telle entreprise sur le terrain.

Dr Anne GILLET-VERHAEGEN,
Vice Présidente du GBO
12/05/2009