

► Suite de la page 1

Le KCE rapproche urgentistes et MG pour l'aigu non programmé

Le KCE propose de fusionner les postes de garde («à réorganiser comme permanence ouverte 24h/24 et 7j/7») et les services d'urgence au sein de centres de soins aigus non planifiés, avec porte d'entrée commune et tri des arrivants. Voici un premier survol de son rapport, à l'encontre duquel le Cartel (GBO/MoDeS/ASGB) a exprimé officiellement ses réserves.

Lan passé, notre pays comptait 139 services d'urgence (SU), soit 1,24/100.000 habitants, densité fort généreuse à côté de nos voisins. De 2009 à 2012, les contacts dénombrés dans ces services sont passés de 3 à 3,2 millions. Mais cette densité fait que tous les SU n'enregistrent pas une activité intense: la moitié ont en moyenne moins de 55 contacts/24 heures. La première suggestion du KCE est de limiter le nombre de SU, via des critères comme la répartition géographique ou le fait, pour un hôpital, de posséder plus d'un SU.

On dénombrait par ailleurs, l'an dernier, 70 PMG (32 en Flandre, 34 en Wallonie et 4 à Bruxelles), relève le KCE, dont la charge de travail est parfois faible, surtout la nuit: l'examen des données 2014 de 33 PMG lui apprend qu'en nuit profonde, les postes assurent de 1 à 5 visites et 1 à 3 consultations par 100.000 habitants. Il épingle des variations dans la localisation des PMG, leurs horaires et le staff. Quinze des PMG existants sont installés sur le site d'un hôpital (8) ou à moins de 150 m (7); 38 tournent du vendredi soir au lundi matin (61h/w-e), 7 sont aussi ouverts les soirs de semaine (à Bruxelles et en Wallonie). Y sont affectés, selon les cas, un ou plusieurs MG, fixes et/ou mobiles. Et les budgets par poste accusent des écarts: les frais de fonctionnement annuels sont en moyenne de 255.712 €, mais avec des extrêmes de 22.000 à 686.000 €.

Puisque l'hôpital attire...

Pour le KCE, l'éclosion de postes depuis plus de 10 ans n'impacte pas le volume des patients qui se rendent aux urgences alors qu'ils pourraient aussi bien être traités par un MG – d'après la littérature internationale, leur part oscille entre 20 et 40%. Le Centre inventorie les causes: PMG insuffisamment connus, plages horaires limitées et variables, confiance accrue envers l'hôpital, e.a. quand il s'agit de faire soigner des enfants, pas d'avance de frais... Dès lors, puisque l'hôpital «reste le principal pôle d'attraction» pour qui a soudain besoin de soins, le KCE préconise de créer, sur les sites où il restera un SU, des «centres de soins aigus non planifiés» en y logeant une permanence de médecine générale ouverte 24h/24 et 7jours/7, autonome, tenue par les cercles locaux. Le



Le GBO regrette que le KCE choisisse de partir, sans essayer de la contrer, de la tendance qu'ont les citoyens de se rendre spontanément aux urgences

KCE évoque des modèles semblables aux Pays-Bas et Royaume-Uni «présentant une série d'avantages».

Fixe important, actes diminués

Le KCE imagine tant pour les SU que les permanences MG un financement mixte, avec une part fixe – «importante», «suffisante pour garantir une occupation permanente minimale en personnel (urgentistes, généralistes, infirmiers et autres)» – qui rétribue la disponibilité, et une part variable, liée aux actes, mais avec un «honoraire inférieur au montant actuel» (quitte à revoir à la hausse la composante fixe en zone peu peuplée). Ce budget devrait, selon le KCE, être déterminé de manière indépendante pour les urgences et la permanence et se composer côté MG de «l'indemnité de garde, d'une partie des honoraires et de l'actuel budget de fonctionnement des postes qui auront été déplacés (à l'hôpital)». Les coûts de l'équipe de triage seraient supportés par le budget fixe de la permanence MG.

Le KCE suggère enfin une harmonisation des tickets modérateurs (TM) entre 1^{ère} ligne et SU, pour réduire l'écart de coût entre, par exemple, une visite de nuit et un passage aux urgences. «Le TM serait dû une seule fois, à condition que le patient se conforme à la proposition de soins du triage» et devrait être plus élevé que celui d'application chez le médecin traitant en heures ouvrables.

De plus, le KCE propose d'unifier les modalités de paiement, qui influent aussi sur le choix du patient: la permanence MG devrait appliquer, comme les SU voisins, le tiers-payant.

Grain à moudre

Inévitablement, *Medi-Sphere* reviendra sur ce rapport, pour suivre son accueil par la profession, du nord, du sud, des pro vs des anti-nuit noire..., mais aussi par le cabinet ou les urgentistes. Sans oublier la question de l'avenir du 1733 et quelques points d'attention déjà épignés par le KCE («les hôpitaux qui font des efforts pour collaborer avec les postes sont sanctionnés par les nouvelles règles de calcul [de leur budget B2]» ou «la loi interdit de refuser à un patient l'accès aux urgences sur la base d'un premier triage») qui méritent d'être approfondis. Comme l'aspect du déplacement auprès d'appelants (la synthèse du rapport ne semble pas considérer la mobilité de la permanence MG) ou celui des ressources humaines. Dans un récent rapport sur la performance du système de santé, le même KCE ne tirait-il pas le signal d'alarme quant au renouvellement des effectifs MG, faiblard face aux besoins futurs liés à l'évolution démographique (*Medi-Sphere* n°505)? Et il s'agirait, à présent, que les cercles peuplent des permanences 24h/24? ■

J.M.

La protestation du Cartel

Le Cartel (GBO/MoDeS/ASGB) a usé d'une procédure rarement employée – sauf erreur de notre part: l'émission d'une «note de minorité», supposée être rendue publique par le KCE et servant à exprimer ses réserves sur un rapport. S'appuyer sur ce qui se fait hors frontières est instructif mais à ses limites, justifie Paul De Munck, président du GBO. «C'était, d'après nous, aller vite en besogne que de désigner les 'centres de soins aigus non planifiés' comme LE modèle le plus indiqué. Il manque une analyse fine de l'offre actuelle de garde MG en Belgique, en termes d'efficacité et de satisfaction, dans ses diverses variantes: les PMG logés dans/tout près/loin d'un hôpital, les structures qui fonctionnent avec le 1733, ou avec le tri du CHU de Liège, ou sans tri, celles qui ont déjà des accords avec la seconde ligne pour la nuit noire...»

Le GBO regrette en outre que le KCE choisisse de partir, sans essayer de la contrer, de la tendance qu'ont les citoyens de se rendre spontanément aux urgences (71% des patients y vont sans être référés par un médecin). «Pourquoi ne pas tenter d'infléchir les choses? Ici, on donne à la population, en contradiction avec les discours sur le MG pivot, central, référent dans la durée, gestionnaire de DMG, etc., le signal non nuancé du 'tous à l'hôpital, pour tout motif à toute heure, on triera sur place'». Enfin, même si on leur interdit de faire du suivi, d'ouvrir des DMG ou des trajets de soins..., les futurs «cabinets permanents» dans l'enceinte hospitalière risquent d'avoir un effet dévastateur sur la pratique classique en heures ouvrables, d'affaiblir la dimension de continuité et d'exacerber le côté consumériste des patients, redoute le GBO. «Pourquoi attendraient-ils encore un rendez-vous chez leur MG en fin de journée quand ils peuvent être vus, tout de suite, à l'hôpital?»