



## Introduction

Les trajets de soins partent d'un bon principe : la consultation multidisciplinaire où chacun aurait son rôle à jouer. Les médecins généralistes(MG) n'ont pas attendu les trajets de soins(TdS) pour réaliser ces concertations multidisciplinaires à leur façon et les adapter à chaque patient qui est unique. Ils font cela tous les jours en référant au médecin spécialiste (MS) quand cela s'avère nécessaire.

Les patients dits chroniques tels que définis dans les TdS (donc souffrant de diabète de type II( 1 à 2 injections d'insuline par jour), d'insuffisance rénale, de BPCO et d'asthme, de défaillance cardiaque chronique, d'ostéoporose ou d'affection psychiatrique, de même que les personnes âgées vulnérables et les patients cancéreux...) sont-ils si mal soignés que cela ?

Si c'est le cas, il faudrait revoir le cursus universitaire ainsi que les formations que nous suivons actuellement (accréditations).

Naturellement nous n'avons pas de données ni de statistiques à votre disposition. Il n'y a plus que les chiffres et les documents administratifs en tous genres qui comptent. La dimension humaine, encore vivace et dont les médecins de famille sont encore les garants, ne fait plus partie des valeurs rentables de notre société.

Afin d'optimiser le travail entre les deuxième et première lignes de soins, les hôpitaux liégeois (universitaires, publics et privés) et la Fédération Liégeoise des Associations de médecins généralistes (FLAMG) ont signé une charte de collaboration MS-MG ( approuvée par l'Ordre des médecins)(cfr annexe I).

A en croire la Ministre de la Santé, le patient géré uniquement par le MG devient un patient mal soigné. La preuve : pour le TdS diabète II ( insuline 1X/J), la gratuité (uniquement la consultation au cabinet du médecin) n'est accordée que si le médecin généraliste(MG) est supervisé par un médecin spécialiste(MS) et cela pour la même pathologie et le même traitement médical. Si le MG gère seul et correctement cette pathologie, les soins ne seront pas gratuits pour le patient. Est-ce normal ?

Pourquoi transférer d'office vers la 2<sup>e</sup> ligne alors que les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste sont déjà très longs ?

Vous nous imposez un nouveau Bf avec le binôme médecin spécialiste (MS) et le médecin conseil (MC) de la mutuelle.



Je suis convaincu que vous voulez faciliter le travail du MG et favoriser son rôle dit « incontournable » mais en fait, sans le vouloir, vous tuez la pratique médicale du médecin généraliste et vous dégradez par la-même l'image du MG.

De ma vie de MG solo, en cinq ans, je n'ai jamais vu autant de modifications pour les remboursements des médicaments ni de documents administratifs en tous genres, les uns plus complexes que les autres. Vous nous confinez de plus en plus dans un rôle de manager administratif. Notre rôle curatif fond comme neige au soleil. Et vous voulez attirer les jeunes vers la médecine générale ?

### **1. Avantage, du point de vue du médecin, pour le patient**

- L'avantage pour le patient est d'ordre pécuniaire : gratuité des soins pour autant qu'il corresponde aux critères retenus en fonction de la pathologie.
- Cette gratuité des soins va stimuler le patient à demander d'entrer dans les TdS même si cela ne s'avère pas nécessaire.
- Plus aucune limite pour consulter le MG ou le MS avec de possibles abus.
- Meilleure prise en charge ? Ceux qui sont motivés et disciplinés le resteront, les autres ne changeront pas beaucoup suite à la gratuité.

### **2. Difficultés perçues**

- Contrainte administrative supplémentaire pour le MG.
- Perte de temps dans les explications à fournir au patient.
- Difficultés informatiques pour les MG en 2011(cfr AR du 21 janvier 2009 article 12 et 13)
- Contrat à signer avec perte de documents possible.
- Responsabilité juridique des MS et MG quant à l'exécution du contrat dans ses moindres détails.
- Impossibilité pour un médecin de retenir tout ce charabia administratif avec toutes les obligations administratives qui en découlent une fois qu'il a signé le contrat.
- Complexité telle qu'une nouvelle structure (réseau multidisciplinaire local(RML)) voit le jour afin de promouvoir et faciliter ces TdS.
- Obligations du MG vis-à-vis du MS et MC.
- Gestion administrative de tous ces futurs TdS.
- Mise à l'écart d'une bonne partie des MG suite à l'informatisation obligatoire.



Président : Dr J. STERKENDRIES Vice-Président : Dr J-M. LEVA Secrétaire : Dr M. MOTQUIN Trésorier : Dr K. DUONG VIET

- Multiplicité des intervenants : MS, MC, éducateur de santé, manager du RML ...
- Seules les consultations au cabinet médical sont prises en compte. Perte des avantages, tant pour le patient que pour le MG, lorsque le diabétique ne sait plus se déplacer à la consultation pour toutes sortes de raisons valables (médicales ou socio-familiales) ou que son état de santé se dégrade (passage à 3 injections d'insuline/jour. Vous cautionnez tout cela ?
- Tensions entre MG et les patients suite à des demandes abusives éventuelles liées à la gratuité des soins. Il suffit de...

### **3. Le rôle du généraliste est-il renforcé ?**

Oui du point de vue administratif : pour le « TdS diabète de type II », le patient est obligé de passer 2X/an chez son MG afin de répondre aux critères du TdS.

Non sur le plan médical : gratuité des soins refusées si le MG soigne seul le patient avec les autres acteurs de la première ligne (infirmier, kiné, ...). Ceci donne le sentiment que le rôle du MG est secondaire. Il n'est absolument pas renforcé. Cela deviendrait un oui si dans les critères des TdS, les consultations du MS restent obligatoirement < aux consultations du MG pour la pathologie concernée. Cela rendrait le TdS plus crédible quant à la place du MG. Actuellement ce n'est pas le cas.

### **4. Charge administrative**

ENORME ! Il suffit de lire le contrat (cfr contrat diabète et insuffisance rénale (annexe II)) pour avoir envie de le jeter : tenue particulière des dossiers, envoi de rapports aux MS, obligations multiples encore ignorées actuellement par les MG. Jamais cela n'a été aussi complexe. Inadmissible alors que nous réclamons un allègement de nos charges administratives déjà démesurées et qui font fuir les MG.



## 5. Opportunité de multiplier ce système à chaque pathologie

NON

Vu les multi-pathologies croissantes des gens liées à l'âge et aux performances médicales, nous allons nous retrouver avec 5-6 TdS par patient. Ingérable à moins que cela soit une façon de nous imposer indirectement Impulséo II, III ainsi que la forfaitarisation de la médecine avec des quotas chiffrés à atteindre in fine ?

Théoriquement tout cela est faisable dans les sphères administratives. Il faudra nous remplacer par des employés administratifs.

Multipliez ces TdS et vous ouvrirez la porte aux départs en masse des MG. Votre première ligne est déjà au « middle care », elle passera alors en « soins intensifs » suite à cette hémorragie due à la fuite des 55 ans et plus. Les futurs candidats en médecine générale ne se bousculeront pas au portillon en voyant cela.

A vous de juger en votre âme et conscience.

## 6. Comment les trajets de soins s'articulent-ils avec d'autres structures existantes : cercles, SISD, centres de coordination, concertation psychiatrique, etc. ?

Dans l'arrondissement Liège-Huy-Waremme, il y a un monopole des mutuelles pour tout ce qui est SISD (GLS : fui par la majorité des cercles), centres de coordination. Cela ne me dérange pas si ce n'est que cela rend difficile la mise sur pied d'un système simple et unique par zone de soins du cercle. Chacun essaie de se tirer la couverture à soi, dommage.

Ces structures s'occupent essentiellement de l'aide et des soins aux personnes en perte d'autonomie et non des soins médicaux proprement dits (sauf les concertations psychiatriques qui ressemblent un peu à un TdS mais où la présence du MG y est aléatoire et non obligatoire).

Les SISD pourraient aider à établir un listing (par zone de Cercle) de tous les intervenants médicaux et paramédicaux pour les soins des pathologies chroniques concernées.



**7. En quoi les trajets de soins par pathologie contribuent-ils ou sont-ils un obstacle au suivi holistique et global des patients ?**

Depuis toujours le MG a eu une vue globale de son patient car il est un omnipraticien.

A en croire les concepteurs des TdS, le TdS serait l'outil idéal pour un suivi holistique et global des patients.

En fait, les TdS sont une copie presque conforme des soins opérés en deuxième ligne : l'on y soigne le patient par pathologie et non dans sa globalité (seule exception la gériatrie). En médecine générale, quand un patient vient nous consulter, nous ne savons pas toujours à l'avance pourquoi il vient. Cela peut aller dans tous les sens. Nous devons parfois traiter plusieurs pathologies lors d'une même consultation. Comment allons-nous gérer tous ces trajets de soins chez le même patient ?

Comme le disait, en date du 25/9/08, au JDM le Ministre de la Simplification administrative, Vincent Van Quickenborne « ...il faut aller vers un système de confiance et pas de méfiance vis-à-vis des médecins... .. c'est souvent moi et mon cabinet qui devons faire le nettoyage après ce qui s'est passé au sein de l'INAMI... ».

Nous perdrons encore plus de temps dans les papiers.

Dans ces conditions, pratiquer la médecine générale est devenu une gageure intellectuelle pire que la pierre de Rosette de Champollion.

Par manque de temps, finie l'écoute attentive et empathique. Il y aura perte du contact humain caractéristique de notre profession de médecin de famille.

Suite à ce rythme effréné de « réformes », le médecin de famille qui vous parle aujourd'hui est devenu une « espèce » en voie de disparition.

**Conclusion**

Ces trajets sont en principe accessibles à tout médecin, mais en pratique ils seront inaccessibles aux MG n'utilisant pas un logiciel médical labellisé et, a fortiori, aux MG non informatisés. Actuellement, moins de la moitié des MG sont susceptibles d'utiliser leur logiciel pour l'échange de données médicales. En 2011 au plus tard, l'échange de données par voie électronique sera obligatoire (art 12 de l'AR TdS). Une discrimination dans l'accès aux soins « gratuits » sera donc inévitable. Cela risque aussi de précipiter la fin de carrière

# FÉDÉRATION LIEGEOISE DES ASSOCIATIONS DE MEDECINS GENERALISTES



Président : Dr J. STERKENDRIES Vice-Président : Dr J-M. LEVA Secrétaire : Dr M. MOTQUIN Trésorier : Dr K. DUONG VIET

de plus d'un médecin non informatisé avec toutes les conséquences que nous pouvons imaginer pour l'accessibilité de la première ligne.

Des sommes colossales vont être investies dans ces TdS alors que l'équilibre du budget des soins de santé devient de plus en plus précaire. Comment réaliser des économies si ces TdS augmentent les coûts de manière importante ? Actuellement, si les MG voulaient respecter toutes les recommandations médicales prévues par l'EBM, ils devraient prescrire plus de contrôles biologiques, ophtalmologiques, podologiques, diététiques, ...

Les modalités d'application des TdS n'améliorent en rien les conditions de travail des MG. Il sera impossible au médecin lambda de se retrouver au sein de cette avalanche de contrats, dont le diabète et l'insuffisance rénale ne sont que les deux premiers d'une série de huit prévus. Les consultations du MG vont, à moyen terme, devenir des consultations ayant toutes les caractéristiques des consultations de médecine spécialisée : le saucissonnage, une consultation programmée pour un seul problème à la fois, des résultats chiffrés, l'anonymisation des données... Il ne lui restera plus de temps pour la clinique, le contact humain avec comme conséquence la perte totale de son identité de médecin de famille.

On prétend vouloir donner au MG une place centrale. On veut surtout lui en imposer une au milieu de la paperasserie... au détriment de sa spécificité.

Merci de votre attention.

Dr Johan Sterkendries  
Président FLAMG asbl