



Note de minorité adressée aux membres du CA du KCE par le Cartel (ASGB/GBO/MoDeS) – 25 mars 2016

Le Cartel remercie l'équipe de chercheurs du KCE et estime que l'étude est une source très riche et utile pour poursuivre la réflexion sur la réforme des urgences hospitalières en lien avec la garde en médecine générale.

Le Cartel ne peut cependant pas valider le modèle préconisé dans le texte et dans les recommandations pour l'évolution du développement des Postes Médicaux de Garde (PMG).

Nous reprenons ci-dessous quelques extraits du rapport et les commentaires adressés aux membres du CA du KCE par le Cartel.

Extrait de la préface p1 : « *Ce n'est pas parce qu'une solution fonctionne chez nos voisins qu'elle peut simplement être transposée dans notre système...qui en outre est justement en pleine réforme* »

Commentaire du Cartel :

Il est toujours très utile de tenir compte de ce qui se fait dans d'autres contextes et des leçons qui peuvent en être tirées, mais il faut mettre ces études en balance avec le contexte belge et l'existant.

Extraits de « messages-clés » p2

« Près de 71% des patients se présentent spontanément aux urgences sans y avoir été référés par un médecin. Une grande partie de ces personnes – que la plupart des études internationales situent entre 20 et 40% – pourraient tout aussi bien être traitées par un médecin généraliste. Mais un « contact inapproprié avec les urgences » ne signifie pas que le patient ait fait un « choix erroné ». Les patients ont des raisons variées de se rendre aux urgences plutôt que chez le généraliste, mais dans la plupart des cas, c'est clairement en raison d'un besoin de soins inattendu pour lequel ils estiment que le service d'urgence est le choix le plus approprié. On doit donc plutôt affirmer que c'est l'organisation de l'offre de soins qui n'est pas adaptée à la demande ».

Commentaire du Cartel :

Ce n'est pas parce que les usagers ont encore trop souvent tendance à se rendre spontanément aux urgences hospitalières qu'il faut les encourager à continuer à le faire. Si la population sait progressivement qu'en appelant le 1733 elle sera correctement et immédiatement orientée vers le service le plus adéquat en fonction d'une demande bien évaluée, elle finira pas utiliser ce canal. Il faut adapter l'offre aux besoins et pas seulement à la demande.

« ...les postes de garde ... initialement conçus pour améliorer les conditions de travail des médecins généralistes, .. sont considérés au niveau international comme une alternative valable pour délester les urgences d'une partie de leurs contacts »

Commentaire du Cartel :

Il faut donc, après évaluation minutieuse, poursuivre dans cette voie et avancer dans la mise en place du 1733 généralisé car sans cela l'analyse sera toujours biaisée.

« L'hôpital reste donc le principal pôle d'attraction pour les patients présentant un besoin de soins aigus non planifiés. »

Commentaire du Cartel :

Effectivement et c'est cela que nous devons arriver à changer en offrant un système de réponse plus efficient à partir d'un meilleur tri.

Extraits du chap 3.2 p20

« Le triage téléphonique : une intervention prometteuse qui demande une évaluation complémentaire ...Le triage téléphonique est déjà largement répandu à l'échelon international, mais son impact sur les services d'urgence est encore insuffisamment étudié »

Commentaire du Cartel :

Le 1733 est déjà utilisé par certains Postes de garde en MG et des accords de collaboration avec les services d'urgence existent déjà. Une analyse de l'existant et des résultats est indispensable, parallèlement avec les études sur les protocoles qui seront réalisées au Nord et au Sud du pays (Leuven –Tienen et Luxembourg-Dinant)

Extraits des Recommandations p32-33

« Regrouper postes de garde et services d'urgence au sein de 'centres de soins aigus non planifiés' disposant d'une permanence de médecine générale 24h/24, 7j/7 et d'un service d'urgence, avec:

- Une porte d'accès unique ;
 - Une zone de triage avec une équipe de triage ayant bénéficié d'une formation clinique, et supervisée par un médecin expérimenté ;
 - Une permanence de médecine générale financièrement et juridiquement autonome, sous la forme d'une entité créée en étroite collaboration avec le(s) cercle(s) local(ux) de médecine générale, ou placée sous leur responsabilité ;
 - L'interdiction pour la permanence de médecine générale d'effectuer certaines prestations (DMG, trajets de soins, mais aussi consultations de suivi) dévolues au médecin traitant du patient ;
- Prévoir des exceptions à ce modèle de soins aigus non planifiés pour les zones sans site hospitalier à proximité. Dans ces cas, les postes de garde seront dotés des moyens humains et de l'équipement nécessaires pour répondre aux besoins médicaux urgents ne nécessitant pas de soins spécialisés. Conditionner l'élargissement futur du projet-pilote 1733 à l'évaluation des initiatives actuelles (y compris en ce qui concerne la charge que cela représente pour les urgences et les généralistes, et les problèmes de sécurité) et des contraintes identifiées dans la littérature (p.ex. niveau de formation des opérateurs du triage). »

Commentaire du Cartel :

Même si un certain nombre de précautions sont décrits pour que le PMG intégré aux urgences ne devienne pas un « cabinet permanent de MG », le Cartel ne peut soutenir que c'est ce modèle qui doit être recommandé à partir de l'analyse qui est faite dans ce pré-rapport. Il n'y a pas d'évidence scientifique permettant de valider ce modèle car il manque l'analyse de base de l'offre actuelle en Belgique en matière de garde en médecine générale. Le modèle est recommandé en partant de l'idée que si les usagers se rendent quand même à l'hôpital, autant les trier sur place. C'est oublier qu'aujourd'hui un nombre important de patients ne se rend pas nécessairement aux urgences de l'hôpital et a déjà acquis de bons réflexes de faire appel à la Médecine générale

Extraits du rapport complet p95

“Although 15 ODCs are located at (Arlon, Boussu, CMGU Brussels, Merksem, Mons, Mouscron, Tournai, Tubize) or next to a hospital site (< 150 meters; Ath, Bastogne, Dinant, Herentals, Huy, Libramont, Malmedy), most ODCs are not and none are truly integrated in an ED.”

Commentaires du Cartel :

Comme certains PMG fonctionnent déjà soit sur des sites hospitaliers soit sont très proches d'un site hospitalier, il serait indispensable d'en étudier les résultats en termes d'efficacité et de satisfaction et de comparer ces résultats aux autres modèles existants, tout en gardant toujours en vue le contexte étudié et notamment la notion des distances (zones rurales)

“In any case, a proper evaluation of the most appropriate link between EDs and ODCs (integrated in ED of a hospital, at hospital site but not in the ED, close to hospital site, independent from hospital site) did not yet take place (in Belgium) but is urgently required.”

Commentaires du Cartel :

Tout est écrit !

En conclusion, le Cartel a proposé de remplacer la recommandation ; « *Regrouper postes de garde et services d'urgence au sein de 'centres de soins aigus non planifiés' disposant d'une permanence de médecine générale 24h/24, 7j/7 et d'un service d'urgence, etc...* »

par :

Il est nécessaire et urgent d'analyser plus finement les résultats obtenus dans les différents modèles actuels des PMG (sur site hospitalier, proche d'un site hospitalier, loin d'un site hospitalier) selon le modèle Forces/Faiblesse/Opportunités/Menaces (SWOT)

Cette recommandation n'a pas été retenue mais l'équipe de chercheurs a proposé deux amendements :

« Bien que sur la base des résultats de cette étude ce modèle apparaisse comme le plus indiqué, il est souhaitable qu'un test de validation (proof of concept) soit mis en place et évalué dans un certain nombre de localisations. Les résultats de ce test devront être comparés avec les résultats connus ou encore à collecter du paysage actuel. »

« Par ailleurs, une simulation préliminaire devrait permettre de vérifier quels ajustements supplémentaires seront nécessaires pour adapter le modèle aux contextes locaux (p.ex. pas de permanence de médecine générale pendant la nuit dans les régions à trop basse fréquentation). »

Ces amendements, qui vont dans le bon sens, n'ont cependant pas permis au Cartel de valider **que sur la base des résultats de l'étude le modèle** « *Regrouper postes de garde et services d'urgence au sein de 'centres de soins aigus non planifiés' disposant d'une permanence de médecine générale 24h/24, 7j/7 et d'un service d'urgence, avec une porte d'accès unique, etc.* » **apparaît comme le plus indiqué.**

En outre, en complément de ces commentaires, nous soumettons aux chercheurs et aux membres du KCE les réflexions suivantes pour l'organisation de la garde selon les trois cas de figure suivants :

1. Pour les heures ouvrables : prôner et expliquer l'usage rationnel des services d'urgence à la population.

Si le patient présente un problème aigu gravement invalidant : accident de la route, brûlure grave, accident domestique majeur, incapacité soudaine et durable de se mouvoir, il se rend aux urgences hospitalières ou fait appel au SMUR sans passer par le MG.

Si le patient n'est pas dans ce cas, mais qu'il craint qu'une intervention urgente soit nécessaire, il téléphone au 1733 qui, sur base d'un algorithme validé, l'adresse au service adéquat. Le patient reçoit un numéro de code (par téléphone ou internet) qui lui donnera accès à ce service adéquat. Suivant le degré d'urgence ce sera : le SMUR, une ambulance banale, son MG (pratique solo ou pratique de groupe) ou report au lendemain de ce qui peut attendre (certificat, prescription non urgente). Si pas de MG accessible ou connu par le patient (personne de passage, patient bénéficiaire de l'AMU¹, etc.), il pourra être orienté vers un dispensaire de jour²

Les demandes de soins d'urgences « debout » se présentant aux départements d'urgences hospitalières sans code d'accès ou lettre de référence d'un MG seront refusées.

2. Pour les heures de permanence non ouvrables hors nuit profonde :

Si le patient présente un problème aigu gravement invalidant (accident de la route, brûlure grave, accident domestique majeur, incapacité soudaine et persistante de se mouvoir, il se rend aux urgences hospitalières avec l'aide d'un tiers ou via le SMUR sans passer par le MG.

Si le patient n'est pas dans ce cas, mais qu'il craint qu'une intervention urgente soit nécessaire, il téléphone au 1733 qui sur base d'un algorithme validé l'adresse au service adéquat. Le patient reçoit un numéro de code (par téléphone ou internet) qui lui donnera accès au service adéquat. Suivant le degré d'urgence ce sera : le SMUR, une ambulance banale, le poste de garde en MG³ et la visite à domicile pour : soins palliatifs, maison de repos (et de soins), patients atteints d'une maladie grave ou d'un handicap lourd incapables de se déplacer ou d'être déplacés par un aidant-proche et connus du cercle de MG. Enfin, report à la consultation chez le MG le lendemain pour tout ce qui peut attendre comme un certificat, une prescription non urgente, un problème de santé n'exigeant pas une réponse immédiate.

Les demandes de soins d'urgences « debout » aux départements d'urgences hospitalières sans code d'accès ou lettre de référence d'un MG seront refusées.

¹ Aide Médicale Urgente, terme impropre qui ne fait pas référence aux soins urgents mais qui désigne le droit aux soins pour les patients SDF, en séjour illégal, etc.

² Soins chroniques interdits !

³ Soins chronique interdits !

3. Pour les heures de permanence non ouvrables en nuit profonde :

Si le patient présente un problème aigu gravement invalidant : accident de la route, brûlure grave, accident domestique majeur, incapacité soudaine et persistante de se mouvoir, il se rend aux urgences hospitalières avec l'aide d'un tiers ou via le SMUR sans passer par le MG.

Si le Poste de garde de MG est ouvert toute la nuit, la procédure sera identique au cas de figure numéro 2.

Si le Poste de garde de MG présente un flux extrêmement faible de patients en nuit profonde, le maintien d'une telle offre est difficile à justifier que ce soit en termes d'efficience ou du point de vue de la santé publique. La garde de MG et hospitalière seront dans ce cas fusionnées. Dans ce cas, tout ce qui concerne le poste de garde décrit au cas de figure 2 sera confié aux urgences hospitalières (avec ou sans collaboration des MG selon les situations concrètes et la force de travail disponible).). La visite à domicile pour : soins palliatifs, maison de repos (et de soins), patients atteints d'une maladie grave ou d'un handicap lourd incapables de se déplacer, restera assurée par un MG.

Enfin, il apparaît qu'une certaine proportion de médecins généralistes ne souhaite plus réaliser de prestations en nuit profonde (problèmes de sécurité, pas de récupération possible pour la fatigue, etc.). Dans ce cas, pour garantir l'offre nécessaire de visite à domicile justifiée, un système de visite avec médecins généralistes « gardistes » pourrait être organisé. Une prime particulière pourrait aussi être attribuée au médecin de moins de 65 ans qui accepte de prester des visites en nuit profonde.
