

Journal du Médecin, 30 juin 2022

"Together we make change happen"

La médecine générale se trouve aujourd'hui face à une série de décisions claires et ciblées. Une nouvelle note esquissant un plan d'action en ce sens doit contribuer à mieux définir les points de départ du débat sur l'avenir de la profession et des soins intégrés.

Le document *Together we make change happen* s'inscrit dans la continuité du rapport *Together we Change* rédigé en 2014 par les professeurs de médecine générale flamands, qui abordait une série de concepts touchant à l'avenir de la première ligne.

Huit ans plus tard, ces concepts sont à présent transposés en propositions concrètes... et puisqu'il est question de l'avenir, les jeunes médecins de famille sont étroitement impliqués dans la réflexion par l'intermédiaire de Jong Domus et des jeunes des centres académiques de médecine générale.

Le texte prend aussi au bond la balle du "New Deal pour le médecin généraliste" présenté le 17 juin par le ministre Vandembroucke (*jdM* N°2719).

Assistants de pratique

Dans les propositions qui touchent aux assistants de pratique, les auteurs saluent l'intention de Frank Vandembroucke d'adapter la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé du 10 mai 2015 pour fixer les prestations confiées à ces professionnels. Les programmes de formation peuvent donc à présent être lancés au niveau des communautés - en principe dès 2023, puisque les contacts ont déjà été pris avec sept hautes écoles pour proposer un cursus d'enseignement professionnel supérieur (niveau 5). Ce niveau correspond à ce qui se fait à l'étranger et doit permettre de former des assistants de pratique qui soient aussi (financièrement) accessibles aux généralistes travaillant en solo, en duo ou en petit groupe. La fonction pourrait faire l'objet d'un financement par le biais d'Impulseo 2 en concertation avec les Régions, ce qui permettrait au médecin de récupérer jusqu'à la moitié des frais engagés.

Ce point faisait du reste déjà l'objet d'un consensus entre les associations de médecine générale et les centres académiques en 2007. À l'époque, le profil et les compétences professionnelles de l'assistant de pratique avaient même été approuvés par le conseil économique et social de Flandre... mais à l'échelon fédéral, le conseil de l'art infirmier et le conseil des professions paramédicales avaient rendu des avis négatifs. Un nouvel avis consolidé a été rédigé en 2016. L'inscription dans la loi sur l'exercice des professions de soins est la base sur laquelle sera élaboré le profil de l'assistant de pratique. Il sera

responsable de l'accueil, de l'administration et des TIC et pourra également poser des actes médico-techniques simples (par exemple la réalisation de tests de dépistage du Covid) sous la supervision du généraliste - de quoi décharger ce dernier d'un certain nombre de tâches répétitives et de limiter ainsi son risque de burnout. OverStag, l'association flamande des maîtres de stage, s'est engagée à assurer également l'encadrement des stages des assistants de pratique.

L'exemple danois

La note laisse coexister le paiement à l'acte et au forfait, mais prévoit aussi une phase de transition vers un troisième système, celui d'un financement mixte. Au cours de cette phase de transition, les cabinets de médecine générale pourront choisir si et quand ils veulent sauter le pas, l'idée étant toutefois que le généraliste applique un seul mode de paiement chez tous ses patients. Une intégration fluide des trois systèmes sera cependant prévue par exemple pour les postes de garde.

Sur l'exemple danois, on passerait du mode de financement actuel avec 20 à 25% de forfait et 70 à 75% de paiements à l'acte à un système comportant 60-70% de rémunération au forfait, le paiement à la prestation (à un tarif réduit) étant limité aux visites à domicile, consultations, etc. Le nouveau système permettrait de prendre plus de temps pour les contacts humains. Les tickets modérateurs resteraient inchangés, mais il n'y aurait pas de contribution personnelle pour le paiement à la capitation et les prestations techniques seraient facturées en tiers payant. Cela ne ferait donc aucune différence pour le patient et le budget global aussi resterait inchangé, même si, en dépit d'une grande homogénéité, de petits glissements ne sont pas exclus pour les généralistes individuels. Une simulation devrait donc être réalisée sur la base des données 2019 avec l'input de tous les médecins de famille. Le montant du paiement à la capitation serait pondéré sur la base de l'âge du patient et de son éventuel statut de bénéficiaire d'un tarif préférentiel.

Alors que les téléconsultations sont actuellement rémunérées à l'acte, le texte prévoit de les intégrer au système de capitation - une marque de confiance vis-à-vis du généraliste et une manière de dégager plus de temps pour les soins aux patients. Un code de nomenclature pour les consultations à distance représente au contraire une surcharge administrative considérable, sans compter que personne ne sait très bien comment ces prestations pourraient être contrôlées.

Précisons encore que la note abandonne le principe du "*pay for quality*" (P4Q) qui figurait dans le rapport de 2014, les preuves de l'efficacité de cette approche étant jusqu'ici plutôt maigres. "*En outre, les généralistes sont pleinement autonomes sur le plan professionnel et n'ont pas besoin d'être ainsi dirigés.*"

Inscription électronique

L'inscription électronique des patients dans un cabinet de médecine générale sera une condition fondamentale à la mise en pratique de ces idées.

L'inscription/désinscription relève d'une manipulation simple et, si nécessaire, le DMI pourra être transféré avec le patient. Il est toutefois évident que le nombre de patients disposant d'un tel dossier devra encore considérablement augmenter, en particulier à Bruxelles et en Wallonie. On pourrait par exemple envisager pour cela un système inspiré du Royaume-Uni, où le DMI fait partie intégrante d'une procédure d'inscription civile: lorsqu'une personne s'installe quelque part, elle est immédiatement incitée à s'inscrire dans un cabinet de médecine générale.

Dans une optique d'accessibilité des soins, on pourrait partir de réseaux de première ligne composés de de trois à cinq cabinets devant couvrir quelque 10.000 citoyens inscrits. Constitués au départ de la base, ces réseaux assureraient la prise en charge des patients en alternance. Ils ne serviraient du reste qu'à formaliser et structurer une situation qui existe déjà sur le terrain. Au cours d'une phase ultérieure, ils pourraient toutefois également intégrer les pharmaciens, infirmiers, kinés, structures sociales, etc. pour donner naissance à des réseaux de première ligne interprofessionnels.

Les auteurs du rapport sont aussi partisans d'un dossier interprofessionnel intégré tel qu'il est prévu dans la note *Belgian Integrated Health Record...* et appellent à concrétiser l'idée le plus rapidement possible.

Plus d'informations sur www.togetherwemakechange happen.org

La "capitation-PLUS"

En sus d'un assistant de pratique, les cabinets de médecine générale devraient également pouvoir disposer d'un(e) infirmier(e), une "capitation-PLUS" étant introduite pour en assurer le financement à raison de trois euros par mois pour chaque DMG ou patient inscrit (soit 36 euros sur base annuelle) dans chacun des systèmes. Multiplié par 1.500 patients, cela suffirait pour le recrutement d'un(e) infirmier(e) ETP, qui pourrait seconder le généraliste dans ses missions de prévention ou dans l'accompagnement des pathologies chroniques.