

GBO ARGUMENTS SPÉCIAL ÉLECTIONS – MAI 2018

LE VOTE EST OBLIGATOIRE... ...pour faire bouger les lignes !



Editeur responsable : Dr. P. De Munck, 68, rue Solleveld, 1200 Bruxelles

ILS VOUS DISENT POURQUOI

Des MG femmes, hommes, jeunes, moins jeunes, solos, groupés, des villes, des champs... engagés à vos côtés

FOCUS SUR DE GRANDS ENJEUX

Les gros dossiers du GBO :

- des pratiques en transition
- une e-santé sous contrôle
- des gardes respirables
- la qualité, toujours...

NOS PRIORITES POUR CES 4 ANS

Le GBO se bat pour :

- des honoraires justes
- une vie de qualité pour le MG
- toutes les générations de MG
- le respect du métier

Ont participé à la
rédaction de ce numéro
spécial les Docteurs

Marcel Bauval,
Lawrence Cuvelier,
Paul De Munck,
Tanguy De Thier,
Pierre Drielsma,
Yves Gérard,
Anne Gillet,
Ahmed Goubella,
Marie Hechtermans,
Philippe Jongen,
Paul Kelchtermans,
Olivier Marievoet,
Elisabeth Nahon,
Bruno Seys,
Paul Vollemaere.

Graphisme
Isabelle André

Secrétariat

T. : 02 538 73 65
Fax : 02 538 51 05
secretariat@le-gbo.be
www.le-gbo.be
BE51 0000 1968 7562

Éditeur responsable

Paul De Munck
Rue Solleveld 68
B-1200 Bruxelles

Message du président

UTILE LE SYNDICAT ? NON, PEUT-ETRE!



Il est parfois frustrant, pour un syndicaliste médical, de découvrir à quel point son rôle de défenseur des intérêts de la profession demeure flou dans l'esprit de certains MG.

Mais il mord sur sa chique.

C'est vrai qu'une partie des consœurs et confrères se perdent dans le labyrinthe des institutions et cénacles où le syndicat se fait entendre - et il y a de quoi ! D'autant que d'autres associations de MG s'activent également (cercles, DUMG, SSMG...) dans leurs champs de compétences respectifs. Beaucoup plus souvent qu'on ne le croit, le syndicat pèse sur les décisions. Le dialogue politique et la concertation avec l'administration, les mutuelles et les autres partenaires restent des leviers majeurs de changement.

Les avancées engrangées via ce combat sont palpables dans la pratique de tous.

Quelques exemples: Ces dernières années, le GBO a réussi à imposer le concept du DMG, auquel l'Absym s'opposait au départ, fin des années 90 (eh oui ! déjà !). **Un DMG qui « ancre » le patient chez un médecin attitré.**

Le GBO a poussé à la création d'aides publiques comme les Impulseo, puis a pressé les entités fédérées qui ont hérité de ces mécanismes de les préserver - et de verser les interventions dans les meilleurs délais... Il est une structure d'appui reconnue tant en Région wallonne qu'en Région bruxelloise.

Le GBO a porté le développement des postes de garde au sud du pays. Il s'est battu (et se bat encore) pour son financement équitable. Il a mis sa grande expertise en la matière au service de nombreux cercles qui montaient un dossier.

**JEUNE MG
« TOTALEMENT
PAUMÉE ET
LIVRÉE À
ELLE-MÊME »?**



« Eh oui, chez nous les médecins, ce n'est pas comme s'il y avait une association qui s'occupe de défendre les intérêts communs... »

FAUX !

VOYEZ SUR WWW.LE-GBO.BE LA CAMPAGNE VIDÉO 2018, QUI DÉTROMPE LES DÉSABUSÉS

Le GBO a fait édulcorer ou postposer diverses contraintes imaginées par le monde politique. On lui doit le report de l'obligation de tiers payant jusqu'à ce que les outils soient davantage prêts et sa non-extension, le recul à 2021 de l'usage forcé de dossiers informatisés, l'ajournement de l'e-prescription jusqu'en juin et l'écllosion des exemptions, entre autres pour les confrères plus âgés ou n'ayant plus de pratique clinique.

Et la liste pourrait être longuement déroulée...

Le GBO agit comme un **moteur et un rempart**, et cette action se ressent dans les conditions d'exercice et la rétribution des généralistes.

Mais le GBO n'est pas uniquement focalisé sur la défense de la pratique. Il a **une vision** et le souci de la population.

Une vision de l'organisation de tout le système de santé, moins hospitalo-centriste, plus respectueuse de la place prédominante de la 1^{ère} ligne de soins et, en son sein, du rôle déterminant du médecin de famille travaillant en interdisciplinarité.

Un souci du bien commun, comme quand il défend l'accessibilité aux MG, aussi pour les plus démunis, ou la protection des données médicales, que l'essor informatique pourrait mettre à mal.

A voir l'inflation du nombre de ses affiliés ces dernières années, le GBO est assurément le syndicat dans lequel la plupart des généralistes francophones se reconnaissent. Ils s'y sentent défendus par d'autres MG, bien au fait des réalités d'un quotidien de MG !

Mais du 7 au 26 juin, c'est le GBO qui compte sur les généralistes : n'oubliez pas de voter.

Exprimez votre voix en faveur du GBO-Cartel, il fera résonner la vôtre plus fort durant les quatre années à venir !

**Dr Paul De Munck,
président du GBO-Cartel**



Message du président - Utile le syndicat ? Non peut-être !	2-3
La vidéo à corriger les fausses idées	14
Comment le MoDeS, partenaire du GBO, voit la cohabitation MG-MS - « Bâtir des ponts, briser les murs »	30-31
Le GBO compte sur vos voix et vos cotisations <i>Les explications de Paul Kelchtermans, trésorier</i>	38-39

QUELQUES DOSSIERS CHERS AU GBO

FOCUS SUR DE
GRANDS ENJEUX

De grands changements qui affecteront directement le métier de MG se profilent pour les 4 années à venir et au-delà. Le GBO les tient à l'œil, et s'emploie à en limiter les effets négatifs. Des membres du bureau partagent leurs réflexions sur certaines de ces évolutions.

Evolution des pratiques : une ère de transitions <i>Une réflexion de Paul De Munck</i>	6-9
Informatique médicale : des promesses, mais des pièges à déjouer <i>Une réflexion de Paul Vollemaere</i>	15-17
Garde : le pied dans la porte, coûte que coûte <i>Une réflexion d'Anne Gillet</i>	22-25
AR 78, accréditation, EBP... : la qualité à un tournant ? <i>Une réflexion de Pierre Drielsma</i>	34-35
Relations cercles-syndicats : une complémentarité productive <i>Les commentaires d'Yves Gérard</i>	42-43



POURQUOI J'Y CROIS

Dans cette rubrique, des membres du bureau du GBO - des hommes, des femmes, des jeunes, des plus âgés, des Bruxellois, des Wallons... - expliquent qui ils sont, pourquoi ils se sont un beau jour lancés dans la défense professionnelle, quels dossiers leur tiennent particulièrement à cœur et pourquoi voter GBO en juin...

- | | |
|---|----|
| « Le syndicat des options d'avenir » - <i>Lawrence Cuvelier</i> | 10 |
| « Un moteur et un rempart » - <i>Marcel Bauval</i> | 13 |
| « Contribuer à construire l'avenir » - <i>Marie Hechtermans</i> | 18 |
| « Combattre l'inertie ambiante » - <i>Tanguy De Thier</i> | 21 |
| « Une action essentielle, parfois dans l'ombre » - <i>Philippe Jongen</i> | 26 |
| « Des rôleurs constructifs » - <i>Elisabeth Nahon</i> | 29 |
| « L'ADN de la médecine générale » - <i>Olivier Marievoet</i> | 33 |
| « L'avenir d'une médecine humaine » - <i>Bruno Seys</i> | 37 |

ILS VOUS
DISENT POURQUOI

LE GBO SE BAT POUR ...

En janvier, le Conseil national s'est réuni pour définir ses priorités d'action pour les 4 années à venir. Celles-ci collent-elles aux préoccupations dominantes des MG ? Oui ! Un sondage réalisé par le GBO dans la profession est venu le confirmer – et affiner et compléter encore ses choix.

- | | |
|---|-------|
| ... des honoraires plus justes | 11-12 |
| ... la qualité de vie du MG | 19-20 |
| ... les jeunes et les moins jeunes | 27-28 |
| ... faire reconnaître vraiment la médecine générale | 40-41 |

NOS PRIORITES
POUR CES 4 ANS

Evolution des pratiques

UNE ÈRE DE TRANSITIONS

La pratique de la médecine générale expérimente depuis quelques années différents changements de paradigme. Caricaturons : le MG solo d'hier cède devant un exercice volontiers collectif, informatisé, multidisciplinaire. Au GBO, on scrute les tendances à l'œuvre, on les soupèse, on les accueille positivement ou pas. Du coup, on contre, on propose, on contre-propose... Voilà ce que ça donne.



Une réflexion du
Dr Paul De Munck,
président du GBO-Cartel

L'AVENIR EST MAJORITAIREMENT GROUPÉ... MAIS IL Y A DE LA PLACE ENCORE POUR TOUTES FORMES DE PRATIQUE

On vient d'une pratique solo pour évoluer vers une pratique de groupe, qu'elle soit mono- ou pluridisciplinaire, qu'elle s'organise sous le même toit ou en réseau. La conjointe aidante d'hier s'efface au profit d'un (télé)secrétariat tel que facilité par les aides Impulseo II et III. Cette évolution est fondamentale ; elle ne s'infléchira pas.

Le regroupement contrebalance la solitude du MG. En pratique collective, on se sent moins isolé sur le plan de la sécurité mais aussi pour gérer l'incertitude - diagnostique, thérapeutique - qui est une des caractéristiques fondamentale du métier. On échange en effet plus facilement sur des cas cliniques.

Dans quel « MG de demain » vous projetez-vous ?

Le GBO a identifié quelques grands changements de paradigme qui s'opèrent dans l'exercice de la profession (lire ci-contre). Il encourage les uns, cherche à arrondir les angles des autres. Toujours, il est guidé par la volonté de **faire de la médecine générale une profession respectée, enthousiasmante, exercée par des médecins sereins et épanouis.** Et vous, dans quel « MG de demain » vous projetez-vous ? A quelle évolution aspirez-vous ? N'hésitez jamais à en faire part au GBO. Une adresse de contact : secretariat@le-gbo.be

Il n'y aura pas de médecine générale plus forte, en première ligne, si ce n'est pas toute cette ligne qui est renforcée.

Le GBO ne peut que se féliciter de la transition ancien/nouveaux modèles. Peut-être préfigure-t-elle d'ailleurs d'autres formes d'exercice encore, qui relèvent le pari du maintien d'une médecine générale de proximité et de pointe sur tout le territoire.

Un exemple ? On pourrait imaginer dans des zones privées de médecins, des généralistes itinérants, venus des régions voisines, se relayant dans des points de chute communs, pourquoi pas dans des locaux mis à disposition par les pouvoirs communaux, pour assurer quelques heures de consultation au profit des habitants.

L'AVENIR EST MULTIDISCIPLINAIRE (MAIS...)

Il faut, parallèlement à ce mouvement de regroupement, absolument **développer l'exercice de la multidisciplinarité en première ligne. Mais c'est peine perdue si les pouvoirs publics n'y injectent pas les moyens nécessaires.**

A chaque étage d'un hôpital, et entre étages aussi, on travaille depuis toujours en multidisciplinarité – quasi sans le savoir, en tout cas sans plus y penser. Ce même principe, on doit l'appliquer en première ligne, mais pour ce faire, il faut **une première ligne davantage structurée, mieux financée, plus forte.**

De nouvelles fonctions, voire de nouveaux métiers, émergent, comme les assistants de pratique en médecine générale en Flandre. Côté wallon, une recherche-action (*) est en cours qui fournira des pistes sur les façons d'organiser au mieux un tandem MG-infirmier de première ligne.

Le GBO préfère l'idée de confier ce rôle aux infirmiers plutôt qu'à des aides-soignants ou à un



 De nouvelles fonctions, voire de nouveaux métiers, émergent, formés pour assister le médecin en ambulatoire

métier de novo, mais ne perd pas de vue la problématique du manque d'effectifs. Si l'on veut une première ligne forte, **il faudra pouvoir compter sur davantage d'infirmiers de pratique de première ligne**, formés spécifiquement pour l'exercice en ambulatoire.

L'AVENIR EST À LA COMPLEXITÉ (MAIS...)

On assiste à une réduction des durées de séjours à l'hôpital, voulue par les autorités surtout pour des raisons d'économie. On entend parfois parler de « virage ambulatoire ».

Fort bien, mais n'est-on pas occupé à déplacer la charge vers la première ligne, sans avoir démêlé au préalable un nœud de questions : **qui va faire quoi, avec quels moyens, pour absorber cet accroissement de travail ? C'est un peu comme le transfert de compétences de la 6^{ème} réforme de l'Etat sans transfert de moyens !**

Prenons l'exemple des accouchées qui sortent plus vite de maternité. On promet de ne pas les laisser livrées à elles-mêmes. En a-t-on les moyens ? Y a-t-il assez de sages-femmes extra-hospitalières pour s'en occuper ? A-t-on prévu de structurer et soutenir la collaboration entre sages-femmes et MG dans ce cadre ?

Il n'y aura pas de médecine générale plus forte, en première ligne, si ce n'est pas l'ensemble de celle-ci qui est renforcé.

On ne peut pas parler de glissement ou de partage de tâches si des pans entiers des soins ambulatoires, destinés à recevoir ces nouvelles attributions, ne sont pas développés parallèlement.

Faire sortir l'hôpital de ses murs, selon l'expression consacrée, coûtera plus cher et ce n'est pas sa mission. Il faut plutôt l'amener à mieux travailler avec l'ambulatoire - la médecine de proximité. A armer celle-ci pour qu'elle puisse, par exemple, assumer des soins techniques complexes à domicile.

Pour honorer cette prise en charge complexe à sa juste valeur, le tarif actuel de la visite à domicile ne suffit plus.

Les visites de patients polyopathologiques ou en soins palliatifs, requérant des soins spécifiques et coordonnés, frôlent désormais les ¾ d'heure, si pas l'heure. D'autres moyens de financement, d'autres façons d'honorer le MG pour son implication, doivent être mis à l'étude.

(*) c'est le projet Coming, pour « collaboration médecins et infirmiers généralistes »

Le temps pour l'écoute : un bien précieux à valoriser

Le succès des médecines alternatives, épinglé par un sondage RTBF/Le Soir en mars dernier, vient partiellement du fait que la médecine dite « classique » ou « conventionnelle » n'a pas répondu à tout et n'a pas toujours le temps... d'en prendre. Certains patients apprécient d'avoir face à eux un thérapeute qui va les écouter, parfois longuement, privilège bien nécessaire qu'un MG peut rarement se permettre, parce qu'il a trop de boulot, d'autres patients qui attendent et n'est pas rétribué sur l'investissement temps.

Si on reproche à la profession de ne pas consacrer assez de temps à chaque patient individuellement, il y a trois façons de (ré)agir : remplumer les effectifs, augmenter le tarif du contact patient et redistribuer les tâches - avec les infirmiers mais aussi d'autres prestataires de soins au sens large.



 Le tarif actuel de la visite ne suffit plus s'il s'agit d'assumer des soins techniques complexes à domicile.

L'AVENIR PASSERA PAR LE NUMÉRIQUE (MAIS...)

La médecine générale s'extirpe de l'ère du papier pour plonger dans l'ère numérique. Vous le savez, en 2021, le DMG sera pour tous obligatoirement informatisé (c'est déjà le cas depuis le 1^{er} janvier 2017 pour les nouveaux MG).

Toute cette digitalisation et ces NTIC au sens large, en ce compris la robotisation et les applications de télémonitoring vont, inéluctablement, faire évoluer les pratiques médicales. Le défi est de cadrer leur essor et de s'efforcer que toute la population (et tous les prescripteurs !) en profite et pas seulement les plus aisés.

Si les généralistes ne sont pas, à l'heure actuelle, satisfaits du fonctionnement d'une série de services et d'outils d'e-santé, ils ne remettent pas en question **une informatisation qui se développerait au bénéfice du médecin** (par exemple par allègement de sa charge administrative) **et au bénéfice du patient** (par exemple en termes de qualité des soins grâce au partage de données complètes et actualisées).

Mais est-ce bien vers cela qu'on tend ? **Quelle finalité les autorités prêtent-elles à la dynamique lancée ?** Veulent-elles une informatisation de la santé pour être « de leur temps », pour pouvoir clamer que la Belgique est une *Digital Health Valley* ? Où sont les gains pour la médecine, pour l'*outcome des soins* ? Où sont les garanties en matière de protec-

tion des données ? L'informatique est-elle au service du médecin, ou l'inverse ?

Le GBO demeure vigilant à ce que la valeur ajoutée de l'e-santé telle qu'attendue côté médecins prenne bien corps, à ce que ceux-ci ne soient pas les pions d'un agenda politique.

Le GBO pense que la machine et les multiples formes de télémédecine ne remplaceront jamais, totalement, le praticien de chair et d'os... et de cœur. Si tant de Belges vouent une telle confiance à leur médecin traitant, c'est sans doute parce qu'il y a encore rencontre physique avec lui, le bon vieux colloque singulier. Non seulement le médecin de famille ne sera pas renvoyé au vestiaire par l'écoute virtuelle mais, au vu des évolutions démographique et épidémiologique, **il faudra proportionnellement plus de MG à l'avenir** – certains auteurs¹ parlent d'une part souhaitable de 65% de généralistes dans le corps médical.

À ces besoins augmentés s'ajoute un paramètre essentiel, à intégrer dans l'équation de la planification : les nouvelles générations ne travaillent plus 12 heures par jour. Elles revendiquent, à juste titre un équilibre entre boulot et vie privée. Moralité, **il faudra plus de bras pour assumer le même volume de travail qu'autrefois.**

1. Guy Vallancien, La médecine sans médecins, Gallimard, 2015

Et le cinquième jour, le MG se ressourça

Les plus jeunes ont une propension à (essayer de) panacher leur activité, à faire autre chose que de la médecine omnipraticienne toute la semaine. Par exemple, se lancer dans des pratiques plus spécifiques (travailler avec les toxicomanes, en planning, en médecine scolaire, carcérale...), s'adonner à la recherche, contribuer à la réflexion sur le système de soins, les politiques de santé, se lancer dans la défense professionnelle...

Le GBO estime qu'il faut réfléchir à la façon de donner aux généralistes la possibilité de s'investir dans ces autres créneaux, à raison d'un jour sur les cinq jours ouvrables de la semaine par exemple.

« LE SYNDICAT DES OPTIONS D'AVENIR »

Après m'être beaucoup impliqué dans l'associatif local, via le cercle, je trouvais que le complément logique et indispensable de ce premier engagement, c'était d'entrer dans la défense professionnelle. Car, dans un syndicat, on aborde les choses d'une manière plus globale. Je pensais que je pouvais apporter quelque chose dans l'action syndicale, après avoir appréhendé les confrères au plus près de leur pratique au niveau local, avoir pris conscience de leurs préoccupations quotidiennes. Et puis quand on change, on cède sa place. Ça veut dire qu'on ne bloque pas les autres...

Le GBO est un syndicat qui a une réelle vision du système de santé. Il encourage le positif, il pousse ce qui est démontré au niveau des soins de santé primaires. Il ne se fait pas le défenseur d'un intérêt particulier mais de l'intérêt des médecins généralistes, pris collectivement, et aussi de l'intérêt des patients. On pourrait dire qu'il ne se limite pas à être corporatiste, en fait. Et il a toujours su se montrer proactif, proposer, encourager les options d'avenir, celles qui allègent les conditions de travail des MG...



Je suis particulièrement attaché à la problématique de l'accès aux soins pour les populations les plus démunies et, en tant que président d'Abrumet, à l'informatique et l'e-santé.

Lawrence Cuvelier

63 ans

MG à Bruxelles-Ville en maison médicale, avec une pratique diversifiée (travail avec les sans-abris, les toxicomanes...)



DES HONORAIRES (PLUS) JUSTES

Le GBO s'emploie à ce que la médecine générale ne soit pas flouée lorsqu'à l'Inami, il y a négociation du budget des soins de santé, dont le budget des honoraires, et de sa masse d'indexation.

Son but est de continuer à assurer la **nécessaire revalorisation des actes intellectuels** des généralistes versus actes techniques. Il préfère l'indexation sélective, pour autant évidemment qu'elle soit favorable à la médecine générale, à l'indexation linéaire.



 Diversifier les modes de financement de la pratique permet de se détacher d'une « course à l'acte » et encourage l'écoute, la prévention, le partage de données...

Le GBO s'efforce également de conclure les accords médico-mut les plus attractifs possibles, en termes de conditions de travail qui y sont envisagées mais aussi de rétribution. Le **statut social** fait l'objet de toutes ses attentions. Le GBO essaie invariablement d'obtenir la majoration de cet avantage.

Il songe aussi aux catégories de confrères qui méritent une discrimination positive sur ce plan : les assistant/es, dont le statut social devrait être doublé pour compenser leur régime hybride (sui generis), et les femmes médecins en congé de maternité, qui devraient pouvoir bénéficier d'une allocation complémentaire les autori-

Pas une mais plusieurs sources de revenus

Depuis toujours, le GBO prône de prendre de la distance par rapport au système du 'tout-à-l'acte' (en fait, de sortir de la logique de la course à l'acte) en multipliant les sources alternatives de revenus.

On parle des « 4P + 1 » du GBO.

- Le premier, le paiement à la **PRESTATION** (c'est l'acte), demeure dominant. Il représente toujours 75 à 80% des rentrées financières d'un MG. Au vu de l'évolution de la patientèle, qui vieillit, qui cumule les maladies chroniques, il est indispensable d'envisager le **financement de la consultation de longue durée**.
- Cette source première de revenus est associée à un paiement par **PATIENT**, ou à la capitation. C'est l'exemple des trajets de soins et du DMG, qui incarne l'attribution au médecin généraliste de ses missions de synthèse et de suivi du patient. Le GBO plaide pour **une revalorisation du DMG qui symbolise le lien particulier entre un patient et son médecin attitré**. Et même une valorisation **tout à fait conséquente (à 200 euros annuels) s'il s'agit de patients nécessitant des soins complexes** (un statut encore à reconnaître, que l'assuré obtiendrait sur déclaration du MG à la mutuelle).
- Le troisième des 4 P correspond au paiement par **PRESTATAIRE**. Il s'agit d'un mode de paiement à la fonction, pour honorer des

tâches ou des missions qui sont mal rétribuées par l'acte et la capitation. C'est le statut social, les honoraires de disponibilité, le forfait annuel accréditation...

- Vient enfin le paiement à la **PRATIQUE**, soit des moyens financiers supplémentaires et non liés aux actes qui viennent soutenir l'exercice du métier par le MG. Sont visés ici les différentes interventions Impulseo, régionalisées depuis la 6ème réforme de l'Etat, qui pour mémoire soutiennent l'installation en zones pénuriques et le recours à un télésecrétariat ou à du personnel de soutien administratif. Entre aussi dans cette catégorie la nouvelle prime de pratique intégrée, constituée de trois volets : l'allocation de pratique, l'allocation pour la « bonne utilisation du DMG » et l'allocation pour l'« utilisation des services d'e-santé » (cfr dernier accord medico-mut).

Un cinquième P, pour PRIME À LA PERFORMANCE ?

Le GBO est disposé à discuter de prime telle la ROSP française (rémunération sur objectifs de santé publique), à condition qu'on ne verse jamais dans une évaluation aveugle des résultats qui ne tiendrait aucunement compte des contextes de population qui peuvent être forts différents d'une pratique à l'autre. Ce qui devrait être encouragé et rémunéré, **si le MG le souhaite**, ce seraient les efforts de MG pour pousser ses patients à adhérer à des mesures de prévention, de dépistage, de suivi de sa maladie chronique, etc.

sant à s'accorder un temps de répit deux fois plus long. Le GBO est aussi attentif à la problématique des retraités actifs ayant pris leur pension après le 1^{er} janvier 2016. Ils ne peuvent plus toucher de statut social servant à se constituer une pension libre complémentaire mais recevront à la place une prime. Le GBO réclame qu'ils n'y perdent pas sur le plan fiscal, par exemple.

Le GBO recommande par ailleurs la création d'incitants pour promouvoir l'installation en équipe sous un même toit, en mono- ou pluridisciplinaire, ou la mise en réseau de consœurs/confrères (la pratique de groupe étant un des remèdes anti-burn out et abandon de la carrière). Pour autant, le GBO défend bien entendu toujours celle ou celui qui souhaite continuer à exercer en solo.

Le panachage des revenus des MG a pour avantage de revaloriser ces derniers sans pour autant rendre leurs soins moins accessibles, financièrement parlant, pour la population. Augmenter le tarif des consultations et visites a en effet ses limites. Par ailleurs, une série de qualités, de façons d'être et de façons de faire du MG sont encouragées par ces systèmes qui n'obligent pas au rendement : écoute, guidance, conseil, prévention, concertation multidisciplinaire, partage de données...

« UN MOTEUR ET UN REMPART »

Je suis tombé très tôt « dans la marmite » du GBO, dans le sillage de fortes personnalités comme Michel Vrayenne ou Paul Dirick. Mon engagement s'inscrit dans la lutte menée pour obtenir l'organisation d'élections médicales. Une victoire historique, d'ailleurs, qui a permis de faire évoluer les mentalités vers moins de mépris pour la médecine générale - même chez nos rivaux... A présent, je continue à représenter le GBO-Cartel dans d'importantes commissions de l'Inami (17 ans de Comité d'assurance, un peu moins en médico-mut...) et j'exerce les fonctions de mémoire et de synthèse auprès de notre président.

Le mérite du GBO, c'est de suivre, depuis le début, deux grands principes fondateurs : défendre l'honneur et les valeurs des MG et assurer leur protection sur tous les plans : aspect tarifaire, conditions de travail... Le GBO a été le moteur d'avancées comme le DMG, le statut social, l'allocation à la pratique, la réorganisation de la garde et les PMG, le 1733... Un rempart, aussi, contre des dérives comme l'informatisation sauvage... Aujourd'hui plus que jamais, on a besoin du soutien massif de nos électeurs pour déjouer les menaces liées à l'autoritarisme croissant des pouvoirs publics.



Je suis très attentif au dossier de « l'organisation de la garde selon Maggie », du statut social des pensionnés actifs et à tout ce qui touche l'e-santé, notamment la concentration inquiétante des logiciels médicaux au sein d'une société qui risque d'avoir une position de monopole.

Marcel Bauval

75 ans

achevant sa 50^{ème} année de pratique active et sans songer à la retraite. Exerçant à Liège, en solo, et toujours convaincu de la valeur de ce mode d'exercice - à côté d'autres - pour autant que règne un esprit d'entente et de réciprocité avec les confrères alentours



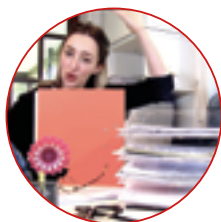
UTILE LE SYNDICAT ? NON, PEUT-ÊTRE !



« Je suis totalement livrée à moi-même... »



« Voter ? Les autres peuvent décider pour moi. Ils ont plus d'expérience... »



« J'ai des charges administratives jusque pardessus la tête »



« La solution, ce serait l'e-santé ? Désolée, mais je ne suis pas informaticienne, moi... »



« Et les gardes, on en parle, des gardes ? »

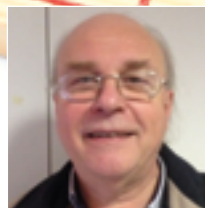
Non, vous n'êtes pas seul/e.

Oui, des MG qui connaissent les mêmes difficultés que vous sont là, pour défendre vos intérêts, pour vous aider.

Ils sont au GBO.

**VOYEZ SUR WWW.LE-GBO.BE
LA VIDÉO À CORRIGER
LES FAUSSES IDÉES !**



Informatique
médicale**DES PROMESSES,
MAIS DES PIÈGES À DÉJOUER**

Une réflexion du
Dr Paul Vollemaere,
secrétaire général
du GBO-Cartel

Le GBO ne mène pas un combat d'arrière-garde face à l'informatisation de la pratique. Il en soutient la plus-value globale, sans gober qu'elle rime d'office avec allègement de la charge de travail ni souscrire au rythme effréné qu'on veut lui donner. Il réclame une gratification correcte du MG qui fait de l'e-santé. Actuellement, ses inquiétudes se cristallisent autour du mouvement concentrationnaire dans les DMI, les messageries, les formulaires électroniques... Lui-même prône l'échange d'informations entre soignants autour du patient, via un dossier médical partagé unique.

De balbutiante dans les 80^{es}, l'informatique médicale deviendra incontournable, pour une très grande part en tout cas, à l'échéance 2021. Le processus s'est emballé, après des années en mode fleuve tranquille, aiguillonné par un plan e-santé composite et bardé d'échéances rapprochées. Dossier informatisé, usage d'applications d'e-santé... Beaucoup de praticiens - et pas exclusivement les plus âgés - éprouvent quelques difficultés à assimiler tous ces changements à marche forcée. Que les e-services dont ils sont supposés se servir soient encore instables en raison de « maladies de jeunesse », comme on dit diplomatiquement, n'aide pas l'apprentissage.

Depuis toujours dans ce domaine, **le GBO a soutenu les réels progrès**, ceux qui peuvent faciliter et alléger la charge de travail médico-administratif du généraliste, **mais au rythme de chacun et avec une juste rétribution** des efforts fournis. Il s'est battu pour qu'on postpose, qu'on étale les mesures politiques qu'il décriait (basculement imposé vers le dossier informatisé, TP obligatoire pour les BIM, e-prescription obligatoire...)

Le système d'incitants financiers – la « prime » – qui ciblait au départ l'emploi du dossier informatisé a été réorienté pour encourager l'usage des e-services mis à disposition. Ce qui importe dans l'e-santé, ce qui

doit s'avérer bénéfique tant pour le médecin que pour le patient, c'est la circulation de données entre prestataires, balisée par différents garde-fous (le consentement éclairé du patient, l'authentification du prestataire, l'existence d'un lien thérapeutique entre les deux, le cadre limitatif de la continuité des soins...)

Pas encore optimal

Sur le plan de ces échanges, les généralistes ont au fil des ans pu accéder aux documents médicaux hospitaliers publiés au travers des Réseaux Santé Wallon et Bruxellois. Dans « l'autre sens de circulation », les gestionnaires du DMG ont pu charger le sumehr de leurs patients dans les coffres-forts Intermed et Brusafe de ces mêmes réseaux régionaux.

Si ces mécanismes ont facilité l'accès aux données utiles, **le partage global reste insatisfaisant**. Les prestataires émetteurs de documents (les résultats d'une imagerie ou d'une biologie, par exemple) sont en partie responsables de ce bilan en demi-teinte, parce qu'ils ne rendent pas les documents disponibles, les adressent exclusivement par courrier électronique au médecin prescripteur, les livrent dans un format technique peu pratique, les placent pour consultation sur l'intranet de leur institution - ce qui condamne le médecin traitant à se plier à des formalités de connexion et d'identification différentes d'un établissement à l'autre...

La pieuvre

Un souci majeur de la médecine générale, à présent, est la concentration à tendance monopolistique qu'on observe sur le marché des DMI, des messageries professionnelles et des eForms, résultant de l'expansion du groupe Corilus.

Cette firme reprend les uns après les autres les concepteurs de logiciels concurrents, contraignant les médecins usagers à des switches de DMI et les exposant à des relèvements de prix. Elle a racheté toutes les messageries, cadennassé l'emploi du canal officiel gratuit de l'eHealthBox développé par les autorités et fait payer depuis début 2018 les médecins pour la réception des infos. Elle est en passe d'imposer l'usage exclusif d'une solution logicielle de son cru à qui souhaite recourir aux eForms (les formulaires et autres certificats électroniques officiels pour, par exemple, l'évaluation du handicap).

Certes, il y a 15 ans d'ici, le consensus a voulu que la conception des logiciels métiers soit aux mains du secteur privé et non de l'Etat. **Avec du recul** et au vu de la concentration actuelle, **peut-être aurait-il été préférable d'investir dans la création d'une solution logicielle plus universelle**, par les sociétés scientifiques des prestataires.

La confidentialité, perpétuel souci du GBO, à l'ère RGPD¹

Le GBO reste attentif à l'aspect protection des données médicales, sensibles par nature. C'est ainsi qu'il s'est inquiété, fin 2017, de concert avec les autres membres du Collège de médecine générale, de la confidentialité des données liées aux trajets de soins récoltées à des fins épidémiologiques par HealthData, dans le giron de l'Institut scientifique de santé publique, aujourd'hui devenu Sciensano depuis sa fusion avec le CERVA². Si elle reste perfectible, leur protection est néanmoins apparue acceptable au vu des précautions prises par le gestionnaire de données (qui, après cette intervention, les a détaillées devant la commission médico-mutualiste).

1. Règlement Général Européen pour la Protection des Données en application depuis le 25 mai 2018 • 2. Centre d'Étude et de Recherches Vétérinaires et Agrochimiques.

Toujours est-il qu'en matière de messageries, de connecteurs (entre les DMI et les services de base de la plateforme eHealth), de formulaires électroniques..., **le GBO estime anormal que les autres solutions logicielles du marché voient leur développement étranglé par une société commerciale unique en position monopolistique, sans arbitrage des autorités**, alors qu'elle a le contrôle de fonctionnalités que les médecins sont obligés d'employer.

Inacceptable

Cette situation est encore moins acceptable dans la sphère de la santé et du non-marchand. Seul le monopole de l'État ou d'une société non commerciale agissant en son nom est acceptable, gratuitement ou au prix coûtant.

Le dossier unique partagé, incarnation de l'évolution des pratiques

Que préconise le GBO pour l'avenir, à part corriger le glissement délétère vers un quasi-monopole non corrigé par les pouvoirs publics (lire ci-contre) ?

Le travail en multidisciplinarité est appelé à s'accroître rapidement. Il réclamera un échange d'informations facilité et performant entre intervenants. **Le GBO plaide par conséquent pour un dossier médical global informatisé et partagé unique.**

Ce dossier collectif, à ouvrir aux autres prestataires de la première ligne voire aux spécialistes pour des interventions temporaires, devra posséder des niveaux d'accès différents.

Ils seront plus ou moins larges, hiérarchisés selon la fonction du soignant et le besoin d'info qui en découle. Certains pourront enrichir le dossier d'éléments neufs ; d'autres ne disposeront que de la lecture seule. **C'est au gestionnaire du DMG qu'il incombera d'entretenir une synthèse validée de l'ensemble des données** qui figurent dans le dossier partagé. Une **juste rétribution** de cette gestion des contenus doit être envisagée.

Les données devront résider **dans un cloud crypté géré par la profession** (comme par exemple les coffres-forts des Réseaux Santé Wallon et Bruxellois). Tout professionnel travaillant dans/avec le dossier partagé devra s'y logger ; son passage et ses actions seront tracés.

Les solutions logicielles métiers, individuelles ou d'institutions, deviendront obsolètes si elles n'autorisent pas une interaction, une synchronisation, avec le dossier partagé unique.

Le GBO soutient une récente initiative venant de MG de créer un DMI conçu par eux, pour eux et contrôlé par eux.



Le GBO plaide pour un dossier médical informatisé et partagé unique, dont le médecin traitant sera le « gardien » (rémunéré).

« CONTRIBUER À CONSTRUIRE L'AVENIR »

En approchant le monde du syndicalisme médical, j'étais surtout guidée par la curiosité de comprendre comment le système de santé dans son ensemble fonctionne, comment il est piloté. On n'apprend pas ce genre de choses dans les auditoriums de l'université. Je voulais avoir, en tant que médecin, la possibilité de ne pas juste subir des choses décidées par d'autres. Je voulais contribuer à façonner les règles qui conditionnent l'exercice de mon métier, à construire l'avenir. C'est gai, de participer ! C'est dans une optique résolument positive, une logique de construction, que j'ai rejoint la défense professionnelle.

Le message le plus important que je veux faire passer, c'est de voter, absolument, de sorte à faire peser l'avis de chacun. Et pourquoi pour le GBO ? Parce qu'au GBO, en tant que jeune médecin généraliste, je trouve que l'on se sent écouté, avec bienveillance, et aidé à porter son projet d'avenir.



Je suis particulièrement intéressée par tout ce qui est formation en médecine générale, revalorisation de la filière au niveau universitaire et accompagnement des stagiaires et assistants.

Marie Hechtermans

26 ans

Assistante en médecine
générale en maison médicale
à 1000 Bruxelles



LA QUALITE DE VIE DU MG



 Le travail en équipe, c'est un solide remède contre l'isolement, le surrégime et les décisions intempêtes de réorientation professionnelle.

Depuis toujours, le GBO se bat pour **améliorer les conditions de travail** et, partant, **la qualité de vie** des médecins généralistes.

Le GBO pense que, là où se manifestent des difficultés dans l'exercice du métier, la reconquête de sa dimension collective apporte une solution ou une partie de solution.

C'est pourquoi il s'est **impliqué depuis toujours dans le dossier crucial de la réforme de la garde**, soutenant **l'essor des PMG** (postes médicaux de garde) comme autant de dispositifs allégeant la pénibilité de la prestation, surtout là où sa récurrence est élevée.

Cette réforme de la garde population **doit être poursuivie, et même étendue** dans les zones en difficulté aux soirées et nuits de semaine. La plus-value des chauffeurs attachés aux PMG en termes de sécurité du MG de garde lors de ses déplacements ne doit pas être sous-estimée.

Mais l'amélioration des conditions d'exercice se joue aussi en jours et heures ouvrables.

• Oui aux pratiques de groupe

Le GBO **encourage la pratique de groupe et en réseau**. Le travail en équipe, c'est un solide remède contre l'isolement, le surrégime (et le MG est particulièrement exposé au risque de burn out), les décisions intempêtes de réorientation professionnelle. Il est capital, pour le GBO, d'avoir des MG sereins, épanouis dans un métier passionnant, prenant... mais néanmoins exercé dans un sain équilibre avec la vie privée et les loisirs.

• Oui à une informatique au service du MG

Pour faciliter la pratique, une informatique médicale et une e-santé bien pensées et débarrassées de leurs maladies de jeunesse sont indéniablement des atouts. Mais il doit s'agir **d'une informatique performante et au service du médecin**, pas asservissante. Par exemple, les logiciels d'aide à la décision ne sont pas encore suffisamment développés.

• Non à la surcharge administrative

Le GBO s'est aussi **opposé**, de tout temps, à l'ajout de nouvelles couches de formalités à la **charge médico-administrative** qui écrase déjà le médecin au quotidien. S'il n'a pas pu tout empêcher, il a par son action fait alléger certaines procédures et réclamer qu'on n'attende plus des médecins de compléter ou encoder des données que les administrations ou mutuelles possèdent déjà.

Le GBO a pesé de tout son poids pour que l'on **développe les interventions Impulseo** qui aident à l'engagement de personnel de **soutien administratif** ou au recours à un télé-secrétariat. Aujourd'hui, il en défend toujours le principe et la préservation (à l'échelon des entités fédérées, puisque la matière a été régionalisée). En tant que **structure d'appui Impulseo**, il épaula de très nombreux médecins dans l'élaboration et l'introduction de leur dossier de demande.

• Demain, d'autres modèles de collaboration

Outre le fait d'être soulagé dans les tâches administratives, le généraliste devrait pouvoir collaborer pour **certaines tâches au cabinet ou à domicile avec un autre professionnel**, comme un/e infirmier/ère spécialisé/e en pratique ambulatoire ou en suivi des malades chroniques. Cela lui permettrait de gagner du temps en colloque singulier et de se concentrer personnellement sur les problèmes de santé plus complexes où sa formation et sa compétence de MG seront le mieux mises à profit. **C'est la question de la subsidiarité que le GBO défend.**

Le GBO suit avec beaucoup d'attention et soutient activement la recherche-action « Coming¹ » engagée en Région wallonne pour déterminer comment concrétiser au mieux cette idée de tandem MG + infirmière de cabinet, et de la financer².

Diversification de l'activité : pas un luxe, une salubre évolution

Le GBO préconise que le généraliste **puisse facilement diversifier son activité**, en conjuguant par exemple son activité de médecine omnipraticienne avec des modes d'exercice plus particuliers auxquels il porte de l'intérêt (médecine scolaire, pénitentiaire, en planning familial, auprès de toxicomanes...) ou avec de la recherche, de l'enseignement, de la défense professionnelle... tout en préservant une offre suffisante de médecine générale de qualité.

Le GBO propose d'analyser la façon de faciliter ce panachage, voire celle de financer ce jour de la semaine durant lequel le MG ferait « autre chose » que des consultations et visites.



1. Collaboration Médecins/Infirmiers - Généralistes

2. Le GBO est d'ailleurs membre du comité de pilotage de ce programme de recherche-action

« COMBATTRE L'INERTIE AMBIANTE »

Ce qui m'a poussé à m'engager dans la défense professionnelle, c'est la force du combat, la justesse des propos et la conviction des idées d'Anne Gillet. Elle n'était encore à l'époque que vice-présidente du GBO, et moi, « simple MG », je lisais, je voyais des débats au cours desquels, jeune dame isolée dans un univers de syndicalistes masculins et un peu machos, elle faisait toujours preuve de répartie. Si j'ai pu hésiter entre l'un ou l'autre banc, c'est l'audace de parole, la justesse de ton d'Anne Gillet qui m'a fait basculer.

J'encourage les MG francophones à se mobiliser et à voter - GBO ! - en juin. Il faut combattre l'inertie ambiante, celle qui aux dernières élections a permis au mouvement flamand AADM d'émerger et de dominer. Il faut se réapproprier le métier, les décisions le concernant. Les gens qui nous représenteront doivent être dûment mandatés pour s'exprimer au nom de notre profession. Il faut savoir aussi que le GBO abat beaucoup de travail de coulisses, qu'il prend des initiatives, s'investit sans arrière-pensée électorale... et que le fruit mûr est parfois cueilli, médiatiquement, par d'autres...



Je suis activement engagé, en matière d'informatique, dans la coopérative MediSpring, attelée à faire un logiciel par et pour les MG. Mes autres priorités sont la formation et l'accueil des jeunes, la multidisciplinarité, et savoir comment la médecine générale se vit au nord du pays.

Tanguy De Thier

53 ans

MG à Ciney en maison médicale à l'acte. Maître de stage, représentant des maîtres de stage auprès de l'UCL, président de la Commission médecine générale à l'Université de Namur, médecin coordinateur en MRS



LE PIED DANS LA PORTE, COÛTE QUE COÛTE

Maggie De Block a sa vision de l'organisation de la dispensation des soins non programmable. L'outil PMG (poste de garde), qui a servi à soulager les conditions de travail des généralistes, en fait partie. Mais il est accommodé selon des recettes nouvelles, dont la constitution de réseaux intégrés établissant un lien étroit entre PMG, 1733 et salles d'urgences hospitalières. Une évolution que le GBO garde étroitement à l'œil, pour éviter qu'on fasse le grand écart par rapport aux objectifs de départ.



Une réflexion
d'Anne Gillet,
membre du Bureau
exécutif du GBO-Cartel

Depuis des années, le GBO s'investit pour faire évoluer la garde, devenue un éteignoir à vocations tant elle incarne un aspect pénible et incontournable de la profession. En s'impliquant dès le départ (c'est-à-dire en 2010 déjà) et fort activement dans le groupe de travail « garde » de la médico-mut, à l'Inami, le GBO a pu engranger des acquis, comme permettre l'essor des PMG et en harmoniser le financement dans un souci d'équité, en laissant s'exprimer l'initiative et la créativité locales. Ou encore autoriser l'allègement de la nuit profonde par intensification de la collaboration avec les urgences hospitalières.

Mais cette dynamique patiente et constructive survivra-t-elle à la vision et au mode de gouvernance de l'actuelle ministre de la Santé ?



La médecine francophone s'est montrée localement très inventive dans la dynamique PMG, sans pour autant sur-dépenser. Le GBO se bat pour préserver la diversité.

Maggie De Block et son équipe ont récemment sorti une note reflétant leur conception de l'organisation de la dispensation des soins non programmables. La note tend à l'intégration plus poussée de la garde (et des postes de garde) MG avec les urgences hospitalières, à la constitution de réseaux régionaux de PMG couvrant de vastes populations (des réseaux de minimum trois PMG, dont un lié étroitement à l'hôpital, avec un ratio de 1 PMG/100.000 habitants), à une standardisation du budget des structures, à une uniformité de fonctionnement et à la fermeture de certains postes la nuit (découlant de l'ouverture garantie d'au moins un PMG sur trois).

Parallèlement, on observe une mainmise des pouvoirs publics sur toute la matière, par dissolution du groupe de travail historique émanant de la médico-mut au profit d'un « comité d'accompagnement » piloté par des hauts responsables de l'Inami et du SPF Santé publique. Les représentants de la médecine générale y sont moins nombreux qu'auparavant. Les cercles – que le GBO avait réussi à faire entrer au sein de feu le groupe de travail – ne sont plus invités. Les hôpitaux, par contre, sont autour de la table.

La question est : cette structure nouvellement créée, **est-elle encore un lieu de réflexion et de négociation avec les médecins généralistes ?** Un lieu où l'on pourra faire entendre et valoir des problématiques spécifiques, comme celles des zones pénuériques, concentrées au sud du pays ? Ou bien juste une chambre d'entérinement de choix politiques préétablis ?

Le grand drame, c'est que **la médecine générale francophone s'est montrée extrêmement créatrice** dans la dynamique PMG. Elle a fait preuve ces dernières années d'un **esprit d'entreprise bénéfique à la fois aux généralistes** – pour que leur mission de continuité des soins soit tenable, surtout

Un travail volontairement discret

Le GBO plaide pour **le maintien d'une solidarité et d'une cohésion de la médecine générale francophone**, de sorte à que les PMG soient toujours dans les mains de la profession et non pas repris exclusivement par l'administration. Il comprend l'inquiétude et l'impatience de certains cercles, qui ne voient arriver des pouvoirs publics ni réponses à leurs demandes, ni subsides, mais les invite à ne pas se lancer dans des actions épidermiques et dispersées.

Le GBO a engrangé des victoires, qui n'allaient pas de soi surtout dans le nouveau contexte de gouvernance, en retournant sans cesse à la charge auprès des autorités. **On ne le sait pas assez, mais il a fait échouer l'idée de l'obligation générale d'adosser tout poste à un hôpital, il a permis le maintien du concept de poste avancé avec horaires particuliers... Plus que jamais, il continue son action.**

Le GBO travaille sans triomphalisme, pour ne pas crispier les interlocuteurs, ne pas risquer qu'ils se ferment d'office à la demande suivante parce qu'ils auraient perdu la face.

Evidemment, cette méthode sans effets d'annonce laisse peut-être les consœurs et confrères un peu sur leur faim, car les avancées sont moins médiatisées. Mais le GBO persiste. Le travail de fourmi, l'opiniâtreté dans l'ombre, ça paie.

VOIR PLUS LOIN

Le GBO défend notamment

- **l'extension de l'organisation de la garde aux soirées et nuits de semaine** (en l'occurrence, via l'ouverture des PMG déjà actifs le week-end) pour les cercles demandeurs.
- **l'obtention d'un honoraire décent pour le MG mobilisé en garde.** Le concept d'un revenu minimum garanti doit être débattu. La modulation des honoraires de disponibilité selon l'endroit et le moment de la prestation de garde peut être un moyen d'assurer cette garantie.
- **le subventionnement, en zones pénuriques, d'organisations collectives alternatives en journée de semaine** (regroupement de pratiques pour assumer les visites à domicile aiguës en cas de surcharge ou d'indisponibilité des MG traitants).



là où ils sont en sous-effectifs – **et aux citoyens**, auxquels sont offerts de meilleurs soins.

La profession a obtenu sous la ministre de la Santé précédente, Laurette Onkelinx, un financement correct pour permettre ces réalisations. Il a été observé, notamment lors de l'audit postes de garde, que les cercles et responsables de garde francophones avaient **utilisé les deniers publics en bons pères de famille**, en implémentant des solutions non dispendieuses et cadrant avec leur réalité locale.

Maggie De Block arrive, veut plus d'uniformité, change les processus, donne la main aux fonctionnaires et se ferme, n'acceptant plus d'écouter suffisamment le terrain, notamment le terrain wallon, notamment le terrain rural. Pense-t-elle les connaître ? Veut-elle seulement les connaître ?

La crainte qui taraude le GBO, c'est de perdre, dans cette transition, l'accès aux chiffres et, du coup, sa capacité à les analyser et à objecter, s'il constate des choses discutables ou déraisonnables, s'il repère des intérêts particuliers qui pourraient l'emporter.

Durant des années, de par son implication au sein du groupe de travail de la médico-mut, le GBO a vu défiler les demandes de financement de postes introduites à l'Inami. Il s'est penché sur le particulier et sur le global, analysant les chiffres à sa disposition. Régulièrement, **il a plaidé pour une rationalisation du financement vers plus d'équité,**

- équité **entre postes** (des prétentions exorbitantes des uns ne doivent pas manger le budget qui pourrait profiter aux initiatives d'extension ou de réorganisation des autres, par exemple)
- mais aussi équité **entre communautés** (la Wallonie a de l'avance, en termes de population et de superficie desservies par les PMG, on peut donc craindre que les investissements partent à présent vers le Nord pendant que des demandes

francophones de longue date, comme le financement de la semaine, ne sont pas satisfaites).

Le GBO aura-t-il toujours une vue sur ces chiffres qu'il épluchait, dans le cadre de ce nouveau comité de pilotage sous tutelle Inami/SPF ? Rien n'est moins sûr. S'il perd cet accès aux outils qui lui permettait de rester vigilant et d'influer, on est en droit de se demander si c'est un hasard... ou une manœuvre politique.

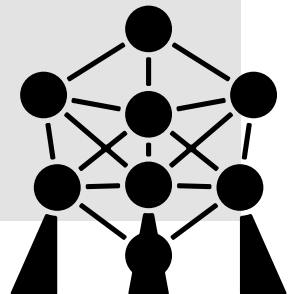
Une clé de répartition toxique pour la santé publique : Le cas de Bruxelles

Quand on parle de fréquence de garde insoutenable, on songe pénurie de MG. Et quand on songe pénurie, on a tendance à penser de prime abord aux zones rurales. Or, il se trouve que la capitale n'est pas immunisée contre le sous-effectif en médecine générale. La récente enquête réalisée par l'observatoire de la santé et du social et présentée en conférence de presse par le Ministre Gosuin ce 8 mai dernier identifie les quartiers où elle s'annonce clairement.

Pour répartir les quotas de médecins entre les deux grandes communautés, il faut connaître les populations de deux grandes communautés linguistiques. La base de calcul est démographique. Ce qui est probablement une première erreur dans la mesure où les facteurs socio-économiques pèsent lourds sur le **BESOIN** en soin de santé. Pour le calcul des populations des régions flamande et wallonne, il n'y a guère de difficultés. Pour Bruxelles par contre, il est nécessaire d'estimer dans quelle langue les populations utiliseront les soins. Le critère linguistique adopté par le gouvernement fédéral en mars 2018 est assez biaisé : il s'agit de la **langue de l'enseignement choisi pour les enfants**. Comme il est connu que de nombreux francophones optent pour l'enseignement néerlandophone afin de fabriquer de parfait petits bilingues, toute la famille est, du coup, comptabilisée côté flamand. Il s'ensuit une sous-estimation de la population francophone de Bruxelles.. En l'absence de loi d'installation et de planification géographique il est difficile de savoir où cette perte de médecins va avoir des conséquences et ce d'autant plus que les sous-quotas (MG/MS) sont définis par la fédération Wallonie Bruxelles et la Région flamande et que les préférences des étudiants continuent à s'exercer en faveur de spécialités pléthoriques.

En plus, nous connaissons le désamour des Flamands pour leur capitale. Comment la ministre De Block va-t-elle convaincre, par exemple, les généralistes flamands de s'installer davantage à Bruxelles ?

Le GBO met en garde contre la double conséquence de tout ceci : il risque de ne pas y avoir plus de généralistes flamands exerçant à Bruxelles, tandis que la pénurie en généralistes francophones va s'aggraver encore. Une manœuvre catastrophique pour la santé publique bruxelloise...



« UNE ACTION ESSENTIELLE, PARFOIS DANS L'OMBRE »

Je suis de la génération « mai 68 ». L'implication, ça doit être dans mes gènes... L'engagement a toujours été très important à mes yeux. Au fil de ma carrière, je me suis impliqué à divers endroits (au niveau du cercle, d'associations d'informatique et de télématique médicales comme l'ANATEM ou la FRATEM...), avec le souci de défendre la médecine générale, ou la conception que j'ai de ce que doit être la médecine générale. Ça m'a paru tout naturel d'aller vers le GBO. Je connaissais Philippe Vandermeeren, qui en a été longuement président. Mais, de plus, je considérais que c'était le syndicat le plus à même de porter les intérêts des généralistes.

Je le répète à la faveur des formations à l'e-santé que j'assure : « syndiquez-vous. Auprès de l'un ou l'autre selon vos affinités, mais affiliiez-vous. Sans quoi il ne faudra pas venir roupêter parce que le ministre aura imposé ceci ou cela, dans tel volume ou pour telle date butoir ». C'est la négociation, c'est l'action syndicale qui vis-à-vis de ces contraintes va faire toute la différence : faire baisser les seuils exigés, arriver à reculer les échéances... Ici, je parle de l'informatique, mais il y a des tas d'autres domaines, moins « brûlants », moins visibles - les honoraires, la place du MG dans un AR 78 revu...- où le syndicat agit. Et c'est essentiel !



Quand j'étais président de cercle, ma grande préoccupation était le sujet « garde ». A présent, je concentre plus particulièrement sur l'e-santé.

Philippe Jongen

69 ans

Activité solo à Eghezée, combinée à une pratique en maison médicale à Namur. Formateur e-santé (dans le cadre du projet e-santé Wallonie)



LES JEUNES ET LES MOINS JEUNES

Le GBO continuera à se battre pour **améliorer l'attractivité de la médecine générale** auprès des étudiants en médecine et à soutenir les initiatives qui **facilitent l'entrée dans la vie active** des jeunes diplômés, comme un accompagnement en début d'activité.

Depuis longtemps, il a identifié ce qui sépare les nouvelles générations de MG des précédentes en termes d'attentes, et **agit dans le respect de cette différence**. Les jeunes ne veulent plus des semaines de 65 heures par exemple, et, pour la plupart, sont attirés par la pratique de groupe. Ce sont des aspirations et des modèles que le GBO - sans pour autant délaisser les omnipraticiens solistes - encourage depuis toujours.

Le GBO se propose d'aller plus loin dans la restauration de l'attrait de la profession auprès des **JEUNES**.

- Il réclamera **une amélioration des revenus des MG via, entre autres, une révision en profondeur de la nomenclature des actes de l'ensemble des pres-**



 Et si les jeunes MG donnaient un coup de pouce aux plus âgés face à l'e-santé ?

tations médicales (MG et MS). Les revenus doivent être ajustés en fonction d'un certain nombre de critères comme : durée de l'acte, niveau de complexité de l'acte, stress lié à l'acte, niveau d'expertise, niveau de complexité technique, durée de la formation, etc. (*)

Synergies intergénérationnelles : revenir au compagnonnage

Le GBO accorde une attention particulière à l'étape du stage auprès d'un MG qui va guider son assistant pour progressivement l'autonomiser, voire créer une vraie complicité professionnelle. Il soutient et conseille les généralistes en formation avant, pendant et après cette période cruciale.

Le GBO croit aux vertus du compagnonnage, au développement de liens forts avec un médecin plus âgé qui peut devenir un mentor.

Mais la transmission de savoirs et de savoir-faire ne se conçoit-elle que dans un sens ?

Le GBO, qui entend les SOS de médecins plus âgés effrayés par la dynamique de l'e-santé, suggère d'explorer la piste de l'assistant ou du jeune diplômé qui fait partager à un ou des aînés ses connaissances en informatique, par exemple, et les développements récents de la science fraîchement appris sur les bancs de la Faculté.

- Il défendra une **planification réaliste de l'offre médicale** qui tienne compte du souhait des plus jeunes de réduire leur temps de travail.
- Il maintiendra la pression sur les pouvoirs publics pour qu'ils persistent dans les **mesures éprouvées d'aide à l'installation** (comme Impulseo) et en orchestrent de nouvelles (comme de la mise à disposition de locaux en zones rurales, par exemple).
- Il encouragera les initiatives visant à **faciliter l'intégration des assistants et des jeunes MG dans leur région d'installation** et dans la vie associative médicale locale. Certains cercles sont déjà très créatifs dans l'accueil et l'accompagnement de la relève.

Et en matière de défense des intérêts des **CONSCEURS ET CONFRÈRES PLUS ÂGÉS** ou en fin de carrière, le GBO continuera de :

- veiller à **limiter au maximum les nouvelles contraintes** imposées par les pouvoirs publics en matière d'informatisation. En 2015, la date butoir pour le DMI était fixée à 2018 ; le GBO a obtenu du Cabinet de la repousser en 2020. Finalement ce sera au 1^{er} janvier 2021 ;
- **réclamer des alternatives pour celles et ceux qui ne seront pas ou plus informatisés** (l'application Paris via internet pour pouvoir continuer à prescrire des médicaments a été l'une des revendications défendues avec fermeté par le GBO) ;
- batailler jusqu'au bout (comme il le fait depuis plusieurs années déjà) pour que les **pensionnés qui souhaitent rester actifs puissent continuer à bénéficier d'un équivalent du statut social**. Si le principe d'une prime a été – enfin ! – acquis, le GBO exige à présent que cette prime ne soit pas taxée ou très faiblement, de sorte que la somme perçue au final soit équivalente au statut social des non-pensionnés actifs
- **accompagner les médecins en fin de carrière** dans leurs démarches s'ils souhaitent arrêter leurs activités.

(*) cf. étude du Pr Annemans commanditée en 2017 par l'ASGB, partenaire du GBO au sein du Cartel, et présentée à l'Inami

NI EXPLOITATION, NI HARCELEMENT !

Trop de récits convergent autour d'abus de pouvoir que subissent des stagiaires et assistants durant leurs parcours d'apprentissage. Certains futurs consœurs et confrères en auraient, des choses à raconter... Mais la loi du silence l'emporte quasi toujours.

Ne généralisons pas. La plupart des contacts se passent bien. Mais, malheureusement, certains problèmes peuvent survenir, qui jettent l'opprobre sur tout le travail pédagogique et d'accompagnement des maîtres de stage.

Le GBO suggère une enquête pour documenter ce qui dysfonctionne, et proposera aux départements de médecine générale et au Centre de coordination francophone pour la formation en médecine générale d'y procéder, en s'attachant à des aspects comme les conditions financières, le harcèlement professionnel voire sexuel, la mauvaise pratique médicale ou la mise en danger des patients (par manque de supervision ou épuisement des assistants...)

Le GBO créera aussi sa cellule d'écoute des plaintes de stagiaires ou d'assistants, qu'il aidera à faire aboutir le litige au niveau des instances responsables.

Il plaide pour une commission commune d'avis, à l'intersection des organes en charge des visas, des plans de stages et du paiement des assistants.

Lire plus de détails sur cette démarche visant à promouvoir le compagnonnage et une formation respectueuse, et à combattre l'omerta sur www.le-gbo.be

« DES RÂLEURS CONSTRUCTIFS »

Différentes choses m'ont marquée, durant mon cursus : le stress du numerus clausus, le saut dans le vide que représentait à l'époque le choix de la médecine générale, peu représentée à l'université, ne faisant l'objet d'aucun stage, inconnue des étudiants... Et puis plus tard, dans ma pratique, j'avais toujours ce questionnement face à la confusion ambiante entre les lignes : 'où commence et où s'arrête exactement mon rôle de MG ?' Je me suis engagée parce que j'avais envie de participer, concrètement, « politiquement », à une meilleure organisation du système de santé en Belgique, mettant davantage en valeur les MG.

Le GBO est un syndicat qui a une vision à long terme. Son fameux « les meilleurs soins, par le meilleur prestataire, au meilleur endroit », etc., ce n'est pas qu'un slogan, c'est un réel idéal à atteindre. Au GBO, le projet est raisonné et responsable. On garde le cap de la vision fondatrice, on ne réagit pas intempestivement, on n'enfoncé pas les autres... Ce syndicat sait à la fois faire des concessions s'il le faut, mais aussi refuser et tenir bon. Les interventions sont positives, constructives. Et ça, c'est motivant ! C'est bien d'être avec des gens qui rôlent (car, oui, on rôle au GBO) mais qui, toujours, sont dans la recherche de solution...



J'ai toujours été intéressée par la valorisation de la médecine générale dans les universités, les initiatives de collaboration entre elles. Je siège d'ailleurs pour le GBO au CCFFMG (*). Je me sens concernée par le défi de la double cohorte et préoccupée par les mesures prises en matière d'informatisation.

Elisabeth Nahon

39 ans

**MG en maison médicale à
Marchienne-au-Pont**



(*) l'asbl interfacultaire francophone qui s'occupe des conventions entre assistants et maîtres de stage.

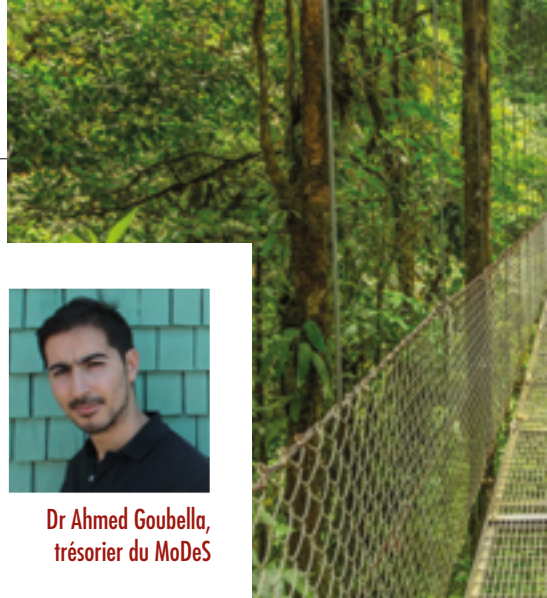
L'œil du MoDeS*

BATIR DES PONTS, BRISER LES MURS

Le médecin généraliste joue un rôle central. Il faut autant user de la référence verticale entre généraliste et spécialiste que de la référence horizontale entre spécialistes, qu'elle soit intra-hospitalière ou en deuxième ligne non hospitalière. En effet, le patient ne doit pas atterrir par défaut à l'hôpital. Il faut, dans l'intérêt de sa santé, privilégier la communication et la coordination entre les acteurs de soins. L'idée d'une poursuite ambulatoire des soins initiés en cours d'hospitalisation est excellente mais requiert la collaboration des différentes lignes de soins.

Dans cette optique, le médecin spécialiste doit produire un rapport complet avec des recommandations de prise en charge du patient par le généraliste (traitements, visites de suivi...) et, réciproquement, le généraliste doit donner les informations médicales de suivi au spécialiste. Cela suppose, entre autres, un support humain et administratif adéquat et financé à sa juste valeur.

Un dossier médical informatisé partagé doit être à la disposition du généraliste et du spécialiste. Moyennant toutes les précautions en matière de protection de la vie privée, si les informations sont directement injectées dans ce dossier, une économie pourra être réalisée sur les nombreux examens doublons. A ce propos, il va de soi que chaque citoyen doit avoir un médecin généraliste avec ce dossier médical partagé, et ce dès le plus jeune âge, à la fois pour le préventif et le curatif.



Dr Ahmed Goubella,
trésorier du MoDeS

Au chapitre de l'organisation des soins, le MoDeS appuie donc le rôle pivot du médecin de famille dans les parcours thérapeutiques. Il appelle de ses vœux une meilleure articulation entre lignes de soins, soutenue par un système informatique performant et respectueux du caractère confidentiel des données. L'entente sur ces domaines est pleine avec nos confrères généralistes du GBO et de l'ASGB (Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België).

Il nous paraît légitime de penser à de nouveaux modes de financement de la collaboration entre les différentes lignes de soins, en privilégiant entre autres cet échange de données médicales. Le soutien collaboratif du généraliste par le spécialiste devrait également être promotionné.

De plus, afin que chacun se familiarise avec la pratique de l'autre, un rapprochement entre lignes nous semble judicieux. Il pourrait par exemple revêtir la forme de passages de quelques jours dans la pratique de l'un ou de l'autre, comme cela se fait déjà dans certains pays. D'autres pistes peuvent



🗨 Le MoDeS prône un système de consultations prioritaires chez le spécialiste si la demande émane du MG, sans supplément pour le patient, ni crochet par les urgences.

être envisagées, comme l'organisation d'un glem mixte par un entre généralistes et spécialistes.

Pour le MoDeS, il semble utile de mettre en place un système de consultations prioritaires chez le spécialiste si cette demande émane du médecin généraliste, et ce sans que soient réclamés de suppléments d'honoraires si le renvoi répond à des objectifs urgents de santé, ni que le patient soit amené à passer par les services d'urgences.

Par ailleurs, l'hôpital se transforme. Le nombre d'hospitalisations de jour, par exemple, tant médicales que chirurgicales, est en augmentation. Ce mode d'hospitalisation présente à bien des égards des avantages et doit être davantage promu lorsque cela est possible.

De plus, une réflexion en termes de bassins de soins doit être menée, afin d'organiser au mieux le système. Maintenir des hôpitaux à 500 mètres l'un de l'autre sans qu'il n'y ait de collaborations effectives nous semble absurde.

Parallèlement, le MoDeS soutient la réflexion sur une réforme du financement des hôpitaux. Pas une réforme aveugle, certes, car les systèmes « all in » et à l'acte possèdent chacun leurs avantages et leurs risques de dérive. Ceux-ci doivent être complètement décortiqués et adaptés à la réalité de terrain. Nous refusons toute pression sur les médecins pour qu'ils sélectionnent les patients rentables. Le MoDeS se montre particulièrement vigilant à la préservation de l'accessibilité de tous à des soins de qualité.

Notre monde change et évolue. Tous les assermentés d'Hippocrate sont concernés même s'ils n'en sont parfois pas directement conscients et ce, indistinctement de l'orientation vers laquelle leurs tropismes les ont menés. Qu'ils soient politiques, technologiques, éthiques ou philosophiques, les changements vont bon train. Dans cette marche inéluctable, il n'y a qu'en regardant dans le même sens que nous nous en sortirons grands, car l'union fait la force.

* Le Monde des Spécialistes (MoDeS) fait partie du Cartel avec le GBO et l'Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België

Quelques idées du MoDeS

Dossier médical partagé à la disposition du MG & du MS - Transmission bidirectionnelle des données, avec support adéquat et financé - Harmonisation des honoraires entre spécialités - Consultations prioritaires chez le MS sur demande du MG - Rapprochement MS-MG par immersion brève dans « la pratique de l'autre » - Organisation de glems mixtes ...

Pour en savoir plus :

<http://www.lemondedesspecialistes.be>



La newsletter du GBO qui jette un regard décalé sur les soubresauts de l'actu MG



Tous les mois, un relevé des points qui coïncident, des dents qui grincent.

**Vous trouvez qu'on exagère ? Qu'on édulcore ?
Bref, vous êtes moyennement d'accord...
Manifestez-vous, on en discutera !**

lawrence.cuvelier@le-gbo.be

Inscription

Pour recevoir le Grain à moulin, envoyez un message au secrétariat du GBO : secretariat@le-gbo.be

« L'ADN DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE »

Je fais partie de la Fédération des associations de MG de Charleroi, et aussi de la Fédération des associations de généralistes de la Région wallonne. Je me suis rendu compte au fil du temps que les cercles étaient des endroits d'expression, mais trop consultatifs. Entrer dans le combat syndical m'a paru la seule façon d'être mieux entendu, dans nos attentes envers les autorités. C'est via les syndicats qu'on peut faire passer notre message, les revendications de la base entendues au sein de nos cercles, vers les décideurs, notamment à travers la négociation en médico-mut.

Le GBO est le seul syndicat qui corresponde réellement à l'ADN de la médecine générale. C'est le seul mouvement qui prenne à bras le corps des soucis qui, aux yeux des médecins spécialistes, peuvent sans doute apparaître comme mineurs. A mon sens, le GBO possède vraiment une sensibilité particulière pour les préoccupations quotidiennes du généraliste pratiquant.



Je suis fort impliqué dans le sujet 'informatisation de la pratique'. Mon actuel cheval de bataille, c'est l'élaboration de notre outil de travail, un nouveau dossier multidisciplinaire partagé, moderne, intuitif, conçu par et pour les MG. Le médecin généraliste devra bien sûr rester aux commandes de ce DMIG.

Olivier Marievoet

56 ans

MG à Couillet

Depuis un an en (grosse ^(*)) pratique de groupe, sans forfait ni statut d'ASI (association de santé intégrée, l'appellation wallonne pour maison médicale)

(*) regroupement de 6 MG, 3 assistants, 2 ostéopathes, 2 psychologues, 1 podologue, 1 diététicienne, 3 secrétaires...



AR 78,
accréditation, EBP...

LA QUALITÉ À UN TOURNANT ?



Une réflexion du
Dr Pierre Drielsma,
secrétaire général
adjoint du GBO-Cartel

Qualité renvoie à titre professionnel, lequel détermine un champ d'action pour chaque métier. Le mot désigne aussi l'excellence – celle d'une formation, d'une formation continuée, de la médecine que l'on pratique. Se tenir à la pointe - de ce qu'on fait, de ce qu'on sait - ne coule-t-il pas de source ? Tout comme se concentrer sur le médical ardu, en confiant de petits gestes au sein d'une équipe, une vraie unité sanitaire intégrée ? Voici comment GBO voit les réformes intriquées - AR 78, accréditation, EBP... -qui se profilent.

Maggie De Block s'est attelée à tant de grands travaux que l'on doute de les voir aboutir sous son règne, à moins qu'elle ne rempile. La révision de l'arrêté royal 78, qui délimite les compétences respectives des professionnels de santé, est l'un des chantiers qu'elle a initiés. Fort brièvement résumé, on pourrait dire que la révision tend à passer d'un modèle pyramidal, caractérisé par la prédominance du médecin sur les autres professions de soins, à un modèle plus horizontal, empreint de davantage de collaboration. La ministre entend changer la donne en termes de délégation d'actes, réduire les contraintes médico-légales et injecter plus de souplesse en retournant le principe du 'c'est interdit sauf si c'est explicitement autorisé' en un 'c'est autorisé sauf si c'est explicitement interdit'. Assurément, les lignes entre métiers vont bouger.



🗨 Avec la révision de l'AR 78, assurément, les lignes entre métiers vont bouger. Le GBO ne perd pas de l'œil le dossier.

Il faudrait façonner des unités de soins de base, articulées autour du noyau dur MG + infirmier/ère.

Le GBO suit les travaux du SPF Santé publique de près, qu'il s'agisse de redéfinir la largeur et la profondeur de l'activité du MG ou de façonner la mue des autres professions. L'art infirmier, par exemple, est à la veille d'une profonde transformation. Elle serait notamment marquée par la montée en puissance des aides-soignants, devenant des « assistants de soins », l'apparition d'infirmiers 'mastérisés' comme par exemple les « infirmiers de pratique avancée », ou encore celle d'infirmiers chercheurs universitaires.

MG + infirmier, le noyau

Le GBO voit d'un bon œil l'intensification d'une collaboration récurrente, plus rapprochée, entre médecins généralistes et infirmiers spécialisés en pratique ambulatoire. Par leur côté généraliste, ces deux métiers constituent le noyau central des soins de première ligne.

Attention, toutefois, à ne pas suppléer à une pénurie de généralistes en créant les conditions d'une autre pénurie, d'infirmiers cette fois : si on place la barre plus haut dans les exigences de formation, on dissuade certaines vocations.

Le GBO est partisan de la mise en place, à l'avenir, d'un programme de formation (de base et continuée) qui soit en partie intégrée pour les différentes professions de la première ligne de soins.

Outils EBP : assister, pas parasiter

En marge des réformes décrites ci-contre, un plan de mise en place de l'*Evidence Based Practice* (EBP) a été conçu par le KCE, le Centre d'expertise des soins de santé. L'EBP concourt elle aussi à l'excellence des interventions des soignants, inspirées des recommandations scientifiques les plus actuelles.

Le GBO est favorable à l'intégration d'outils EBP dans les DMI des généralistes, pour guider leurs choix thérapeutiques par exemple, à condition que ces outils soient conçus pour aller à l'essentiel. Ils doivent véritablement aider, et non parasiter, le travail du MG. Ils doivent proposer des recommandations non contraignantes.

L'idée est de **façonner des unités de soins de base**, en rupture avec le modèle 'atomisé', la collaboration plus ponctuelle et à distance, découlant de l'actuel AR 78.

Ces unités **rassembleraient sous le même toit, pour celles et ceux qui le souhaitent, les métiers nécessaires à fournir des soins de première ligne de qualité et complets**, permettant de traiter et suivre – le cas échéant avec l'appui ponctuel ou périodique de la deuxième ligne – les pathologies de haute et moyenne prévalence.

Le P4P, opportunité ou menace ?

Un autre chantier ministériel concerne l'accréditation. Le dispositif actuel, basé sur un faisceau de signes indiquant que le généraliste s'emploie à parfaire sa

médecine, n'a pas démontré de claire plus-value, ni sur le plan de la qualité, ni sur l'aspect cher aux autorités : la réduction des coûts. Il doit être repensé.

Vers quoi se dirige-t-on ?

On conserverait l'actuel « trépied » de l'accréditation : le volume d'activité minimal, l'échange entre pairs au sein des glems et les activités de formation continue. Il perdrait cependant quelque peu en importance de par l'ajout d'un « quatrième pied » à la table.

En l'occurrence, il s'agirait d'objectifs de santé publique à atteindre (comme les ROSP en France)¹, conditionnant l'octroi d'une rémunération. Le système ferait ressortir les forces et les faiblesses de la pratique du MG, montrant à ce dernier vers quelles formations continues se diriger en priorité, dans une optique de développement professionnel continu.

L'usage des outils d'e-santé fait également partie de ce programme pro-qualité, contribuant à optimiser la prise en charge du patient par la mise à disposition de d'autres soignants de données utiles.

D'accord mais pas endormi

Que pense le GBO de ces évolutions, qui sont consignées dans l'accord médico-mut en cours ? Les syndicats sont traditionnellement méfiants devant le *pay for performance*, qui organise un intéressement des médecins aux scores qu'ils obtiennent sur une série d'indicateurs (*).

On en connaît les travers. A effort égal, un MG peut plus ou moins « cartonner » en fonction de sa patientèle : profil, compliance, degré d'*health literacy*, réceptivité à la prévention... Comment, dès lors, standardiser ? De plus, et c'est documenté, l'amélioration sur des domaines mesurés par les indicateurs peut s'accompagner d'un recul sur des domaines non mesurés.



En matière de P4P, le GBO est ouvert à l'idée de travailler sur l'optimisation de la prescription chez les patients âgés.

Le GBO restera donc extrêmement vigilant sur la mise en œuvre de ce « quatrième pied ».

La détermination des thématiques qui vont être évaluées au moyen des indicateurs est un point d'attention évident.

A ce stade, le GBO est ouvert à ce qu'on travaille sur une **prescription plus rationnelle des antibiotiques** et sur la **dé-prescription des médicaments inutiles chez le patient âgé polymédiqué**.

Quant à l'e-santé, si son emploi à des fins d'information continue des autres intervenants a sa logique, il peut par la même occasion ouvrir la porte à un contrôle accru des pouvoirs publics sur la pratique. Une autre dérive possible à garder à l'œil.

1. Rémunérations sur objectifs de santé publique

(*) à noter que la réforme de l'accréditation se doit d'être budgétairement neutre, on peut déplacer des moyens, redistribuer, mais il n'y a pas d'argent neuf à injecter pour récompenser les généralistes ayant atteint leurs objectifs.

« L'AVENIR D'UNE MÉDECINE HUMAINE »

Je me suis toujours été intéressé à l'histoire du syndicalisme médical. En début de carrière, en maison médicale à Charleroi, j'étais plutôt orienté GBO, puis j'ai fait un crochet par l'ABSyM durant quelques années avant de revenir vers le GBO, plus proche de mes conceptions. J'ai toujours voulu faire la médecine générale. Je me suis engagé pour défendre le MG et conforter sa position dans le système de santé. On entend souvent répéter « le MG est central », mais il y a un décalage entre les discours et les mesures prises.

L'ABSyM est viscéralement méfiante vis-à-vis de l'Etat. Le GBO, lui, se montre plus constructif pour régler les problèmes et, dans sa démarche, il cultive une vision de la santé. C'est aussi un syndicat où l'on peut défendre l'avenir d'une médecine humaine. L'enjeu, aujourd'hui, est d'y attirer des jeunes (et les garder), et de perpétuer le précepte: « guérir parfois, soulager si l'on peut, soigner toujours ». Dans une société devenue hyper-technique, un MG accompagne et soigne du berceau au lit de mort, en continuant à regarder les patients comme des personnes singulières, et pas comme objets de soins.



Je m'implique dans la lutte contre différentes exclusions, pour garder une médecine inclusive ouverte aux plus faibles : migrants, SDF, etc., pour ne pas rejeter d'emblée et totalement d'autres façons de soigner actuellement non EBM, pour prévoir des procédures afin que l'informatisation n'éjecte pas certaines personnes du circuit... Je défends aussi la confidentialité.

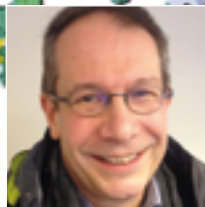
Bruno Seys

58 ans

Exerce en maison médicale à l'acte à Schaerbeek. Formé en épidémiologie et méthodes de recherche en médecine, spécialisé en gestion de données de santé, et (bientôt) en soins palliatifs.



POINT NEURALGIQUE



Ce qu'en dit
Paul Kelchtermans,
trésorier du GBO

Ne partez pas, c'est ici qu'on va parler argent. Le vôtre. Le nôtre. En appelant un chat un chat. Oui, le GBO compte ET sur vos voix ET sur vos cotisations. Car défendre les MG, leur gagne-pain, leurs conditions de travail, cela prend du temps. Cela réclame des permanents et des représentants qu'on dépêche au four au moulin. Tout cela a un coût, bien évidemment. Pour continuer à travailler, à porter les spécificités francophones, le GBO n'a pas besoin que d'un succès d'estime. Il a besoin de moyens.

Les sources de financement du GBO, ce sont d'une part un subside Inami qui existe depuis quelques années et, de l'autre, les cotisations des membres. L'esprit de ce subside, c'est de rémunérer les syndicats pour qu'ils représentent la profession auprès de l'Inami.

Première complication : depuis la 6ème réforme de l'Etat, il faut parallèlement se faire le porte-voix des MG devant les entités fédérées. C'est nécessaire, mais ce n'était pas budgété.

Transfert sud-nord

Deuxième problème : ce financement officiel se compose d'une partie fixe et d'une partie variable. La partie fixe a été vilainement amputée depuis le fait (contestable...) d'accepter que le syndicat de généralistes flamands AADM s'aligne aux élections de 2014. Cette décision a entraîné le partage de l'enveloppe non plus en 2 (GBO - ABSyM), mais en 3 (GBO - ABSyM - AADM).

Troisième souci : la partie variable de la subvention se calcule au prorata du nombre d'électeurs.

Le trop faible taux de participation des médecins au dernier scrutin, en 2014, a sans doute largement profité à AADM.

Moralité, les revenus du GBO provenant de l'Inami ont baissé.

Fort heureusement, l'augmentation enregistrée dans le nombre de ses cotisants a permis au GBO de garder le navire à flot. Mais est-ce assez pour abattre tout le boulot... ?

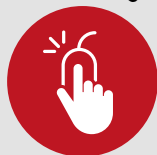
Coût de mains

Le GBO emploie deux temps partiels de secrétariat, un temps plein de présidence et mise énormément sur des généralistes « semi-bénévoles » qu'il s'efforce de gratifier d'une compensation financière décente. Elle n'atteint toutefois pas le tarif minimum souhaitable - qui équivaldrait au tarif de trois consultations par heure, plus une réelle indemnisation pour le temps de déplacement.

Disposer de davantage de moyens est capital pour continuer à fonctionner.

Contribuez à accroître la **FORCE DE FRAPPE DU GBO**

VOS VOTES



un clic en juin



➤ **financement officiel**

VOS COTISATIONS



un versement



➤ **financement indépendant**

VOTRE IMPLICATION



un engagement militant



➤ **enrichissement des idées et du staff de représentants**

ENSEMBLE, on fera mieux triompher l'intérêt des MG !

Les besoins en représentation vont croissant, avec la multiplication des niveaux de pouvoir où siéger. Siéger en maîtrisant ses dossiers - ce qui n'est pas gagné d'avance quand on fait de la défense professionnelle en plus de ses journées de travail. Et d'autant qu'on a en face de soi des interlocuteurs payés pour épilucher ces mêmes dossiers en nine-to-five... et bien préparés.

Sans équivoque

Le GBO est bien conscient qu'un MG met déjà la main à la poche pour une série d'autres cotisations, auprès de diverses organisations. Bien qu'il fasse des efforts vis-à-vis des jeunes ou des adhésions de groupe, lui-même ne peut du reste pas trop réduire ses tarifs, sous peine de cesser d'être éligible (il y a en effet une cotisation plancher à réclamer, fixée par la loi).

A l'approche des élections, il vous demande sans équivoque de contribuer, par vos voix, par vos adhésions, à la pérennité de son action.



COTISATIONS 2018

**Rejoignez les médecins généralistes du GBO :
ce sont les seuls qui défendent
vraiment la médecine générale !**

TARIFS

MG en formation avec plan de stage reconnu	30 euros
MG < 3 ans de pratique	125 euros
MG > et = 3 ans de pratique	250 euros€
MG en groupe (min 6 MG ET cotisation collective en 1 paiement unique)	200 euros
MG inactif	50 euros
Cotisation de soutien	375 euros
Membre d'honneur	750 euros

FAIRE RECONNAÎTRE VRAIMENT LA MEDECINE GENERALE comme maillon central essentiel dans la chaîne de soins

Le médecin généraliste, c'est celui qui, dans les discours des politiques de tous bords, est couramment qualifié de « central » ou de « pivot » dans les soins. Dans la réalité, si on ne combat pas cette dérive, l'hôpital, avec sa technologie qui fascine et ses spécialistes qui en imposent, a encore tendance à être survalorisé. Il occulte le rôle essentiel de la médecine générale dans le système de santé. De plus, la tendance de certains est de faire « sortir l'hôpital de ses murs » pour « descendre » dans l'ambulatorio, une ineptie !

Depuis sa création et dans divers dossiers, le GBO n'a de cesse de travailler à valoriser la profession, à rappeler sa spécificité, à démontrer sa plus-value en santé publique – et ce, y compris dans les milieux académiques.

Ces prochaines années, il s'attachera encore et toujours à **conforter le MG dans sa position de pierre angulaire du système** de soins.

Le GBO se positionne en faveur d'un **échelonnement incitatif**. Le patient doit être invité à consulter prioritairement son MG pour tout problème de santé, et y trouver un avantage.

Le GBO **réaffirme en outre l'importance du DMG progressivement informatisé et partagé**, qui incarne un des outils centraux dans la relation privé-

giée entre un patient et son médecin traitant. **Il est souhaitable que tous les Belges aient un DMG chez un généraliste attiré.**

Rapports avec les autres lignes et prestataires

- Le GBO réclame une **collaboration intelligente avec les médecins spécialistes et les hôpitaux**, à la lueur de rôles respectifs clarifiés, vécus comme complémentaires et non concurrents, en se mettant au service de l'intérêt du patient. Il en appelle à une collaboration **teintée de respect mutuel**, ce qui doit commencer par l'envoi de feedback - donc un **retour d'information dans le sens spécialiste-généraliste** quand le second adresse un patient au premier. Le dossier médical partagé (lire pages 15 à 17) peut contribuer à une meilleure circulation des données.
- Au sein de la première ligne, le GBO prône le **développement de bonnes relations de travail avec les autres professionnels des soins**, infirmiers à domicile, kinés, pharmaciens, dentistes, sages-femmes, psychologues, logopèdes, etc., dans une approche de **multidisciplinarité et même de transdisciplinarité ressentie comme une plus-value**. Il faut combattre l'émiettement de la première ligne par des synergies accrues. Au sein de la nuée d'intervenants potentiels, il importe que le MG soit **réaffirmé dans sa mission de coordinateur des soins**, notamment auprès des patients âgés, de patients à problèmes complexes et/ou atteints de maladies chroniques.

IL EST TEMPS DE JOINDRE LA PAROLE AUX ACTES !

Un « core business » qui reste à définir

Pour défendre au mieux le MG de demain, le GBO aurait besoin que l'on définisse la mission du généraliste, à tout le moins en inventoriant ce qu'elle recouvre au minimum. Qu'est supposé faire et ne pas faire un MG ? Où sont les limites de son terrain d'action, lui qui aborde le patient dans sa globalité ?

Ce cadre qui cernerait en quoi consiste le métier fait à ce jour défaut, à tout le moins au niveau de la santé publique. Il existe bien des référentiels d'acquisition de compétences, comme le Canmeds¹. Toutefois, pour définir plus finement comment mieux former encore les MG, il serait utile préciser leur mission, et ce, en fonction des besoins de la population. Besoins qui sont eux-mêmes à définir.

En règle générale, une profession préfère s'autodéfinir, plutôt que de se voir coller une définition par un tiers. Aussi le débat doit-il être ouvert, avec les généralistes, jeunes et moins jeunes, purs omnipraticiens ou à activité panachée : **de qui, de quoi la médecine générale doit-elle – veut-elle – s'occuper demain ?**

Certains ont l'air prêts, par exemple, à lâcher la garde population en nuit profonde sauf cas bien circonscrits... D'autres semblent avoir abdiqué devant l'avancée des gynécologues ou des pédiatres en médecine de ville, et se détournent des frottis de col ou peinent à mettre en œuvre une solution de substitution à l'allaitement maternel. Pendant que les uns apprécient d'assumer eux-mêmes sutures et petits actes de chirurgie, d'autres renvoient d'office vers les hôpitaux les demandes de soins de ce genre.

Il n'y a pas un clan qui aurait tort, un autre qui aurait raison. Ce sont là des conceptions personnelles variées qui s'entremêlent et peuvent évoluer, par endroits ou avec le temps.

Il serait plus simple, parfois, dans le travail de défense professionnelle, de savoir où les premiers intéressés placent, collectivement, le curseur.

Le GBO va s'employer à obtenir, par exemple au sein du Collège de la Médecine Générale, une définition du cœur de métier, qui émane de et satisfait la majorité des MG. Puis à l'exploiter dans son action de défense de la profession.

1. Shaw E, Oandasan I, Fowler N, eds. CanMEDS-MF 2017 : Un référentiel de compétences pour les médecins de famille dans tout le continuum de formation
Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada ; 2017.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/Health_Professionals/CanMEDS-Medecine-familiale-2017-FR.pdf

CERCLE ≠ SYNDICAT, MAIS...

Les organes qui portent l'organisationnel de la médecine générale et ceux qui assurent sa défense professionnelle, sont en fait très complémentaires.



A quoi servent les syndicats médicaux ? Dans quelles instances ont-ils voix au chapitre ? Voilà une matière qu'on n'apprend pas dans les auditoires. Et une fois installé, happé par son activité, on n'a pas trop le temps de s'y intéresser. Souvent, on voit bien mieux ce que fait le cercle - une entité de proximité, plus palpable. Il n'a pas les mêmes missions, mais peut nourrir les revendications syndicales, les faire sonner juste.

« S euls les syndicats ont une représentation légitime auprès des autorités, fédérales principalement, mais aussi régionales. Ils négocient avec et dans les instances qui définissent les moyens de financement de la médecine générale et ses conditions de travail. C'est une place stratégique et capitale, donc.

Le cercle, de son côté, a deux missions essentielles : organiser la garde et nouer des relations avec la première ligne de soins et les hôpitaux de son territoire. Il représente la profession et surtout s'occupe de son aspect organisationnel à cette

échelle. Il n'accède pas aux organes de concertation, contrairement à un syndicat (*).

Une autre différence est que le syndicat se fait le défenseur du MG dans son unicité ; il est au service de chaque MG pris personnellement. En revanche, ce ne sont pas des individus, mais les bureaux des cercles, qui pour leurs membres interpellent une association coupole telle la Fagw.

Le syndicat peut jouer les courroies de transmission et faire remonter les attentes des cercles jusqu'aux instances qui ont les leviers de déci-

sion. Il serait saugrenu et improductif qu'il aille y promouvoir une idée qui n'a pas le soutien des cercles. Il est donc important que, pour se mettre au diapason, les syndicalistes assistent aux réunions des cercles, associations et Fédération.

Un exemple ? Un questionnement, aujourd'hui, agite pas mal les cercles : la jeune génération de MG aspire-t-elle encore à gérer une garde en nuit profonde ? N'est-elle pas tentée de renoncer à son rôle dans la médecine non programmable passé une certaine heure ? Sur pareil sujet, les syndicats doivent dans ce qu'ils relaient vers les autorités, être en phase avec les représentants du volet 'organisationnel' du métier.

Par ailleurs, deux syndicats coexistent côté francophone, chacun avec un courant de pensées, une conception du système de santé. Le danger serait, pour mieux se distinguer et affirmer son idéologie, de s'écarter de la base et de ses préoccupations réelles, généralement très terre-à-terre.

Le GBO, pour moi, est assurément le mouvement le plus proche du généraliste dans sa pratique de tous les jours.

Dans le dossier garde et postes de garde, par exemple, son ex-présidente Anne Gillet a fait preuve d'une écoute exemplaire, cherchant à s'imprégner des réalités et contraintes locales de chaque cercle, pour se forger une idée précise des besoins de terrain. Cela a valu au syndicat une vraie adhésion, par cercle. »

(*) si les cercles sont de moins en moins entendus au fédéral, dont ils ne relèvent plus (la cellule de travail gardes a par exemple été éjectée de la concertation en médico-mut), en Région wallonne, par contre, la FAGW a l'oreille des autorités et pas mal de contacts avec l'administration de tutelle



se bat pour...

- ... des honoraires justes (p 11)**
- ... la qualité de vie du MG (p 19)**
- ... des débuts et fins de carrière aménagés (p 27)**
- ... faire respecter, vraiment, la médecine générale (p 40)**

Du 7 au 26 juin,

**donnez de la voix
pour faire entendre la vôtre.
Surtout, ne vous reposez
pas sur « la participation
des autres »**

VOTEZ !



**7 – 26 JUIN 2018,
20 JOURS POUR FAIRE
LA DIFFÉRENCE !**

**N'OUBLIEZ PAS
DE VOTER**

**VOTER EST UN PRIVILÈGE,
PAS UNE CORVÉE INUTILE !**

NB : pour voter il n'est pas obligatoire d'être membre cotisant

OUI, MAIS OÙ, QUAND, COMMENT ?

- Les élections médicales 2018 **DÉBUTERONT LE JEUDI 7 JUIN.**
- Elles se dérouleront **EXCLUSIVEMENT PAR VOIE INFORMATIQUE**, via une application spécifique sécurisée sur le site de l'Inami.
- Le 6 juin, l'Inami expédiera, par courrier postal, à chaque médecin habilité à voter, des **INSTRUCTIONS ET ELEMENTS** pour se connecter à cette application.
- Il s'agit en l'occurrence d'un **TOKEN**. Vous devrez également avoir sous la main votre **CARTE D'IDENTITÉ ÉLECTRONIQUE (+ LECTEUR + CODE PIN)**
- Vous avez **JUSQU'AU MARDI 26 JUIN À MINUIT** pour exprimer votre voix.



Persévérez si ça coince.

Faites-vous aider si l'ordinateur n'est pas trop votre truc.

Quelqu'un du GBO peut vous guider si besoin : 02/538.73.65

**TOUS LES CLICS COMPTENT.
ET LE GBO COMPTE SUR VOUS !**