



Groupement Belge  
des Omnipraticiens

## SOMMAIRE

3.907 fois MERCI ! p. 1

Elections de juin : Francophones,  
attention ! p. 2-4

Un Bureau expérimenté rempile  
p. 5

(Tellement de) nouveaux  
ministres... p. 6-7

Vers des trajets de soins  
plus génériques p. 7-8

Garde: des priorités  
constructives p. 8-9

« Mauvaise prescription » :  
stop à la critique des MG !  
p. 10-13

Agrément : jouons la  
complémentarité  
p. 14-15

GBO Arguments  
Périodique du Groupement Belge  
des Omnipraticiens

Editeur responsable :  
Dr Anne Gillet, 68,  
rue Solleveld, 1200 Bruxelles

Bureau de dépôt :  
Bruxelles X (P202148)

BELGIE - BELGIQUE

PP. 1070 BRUXELLES X

BC 1798

GBO ARGUMENTS - OCTOBRE 2014

## 3.907 fois MERCI !

*Un été - fut-il tout sauf inoubliable sur le plan de la météo - s'est écoulé, déjà, depuis les élections médicales. Le GBO Arguments revient sur les résultats du scrutin de juin. La percée spectaculaire de la nouvelle aile syndicale de la société scientifique flamande Domus Medica soulève pas mal de questions et d'appréhensions. Les francophones arriveront-ils encore à se faire entendre valablement dans les instances de l'Inami ? Mais, avant tout, message express du bureau du GBO: « 3.907 fois merci aux électeurs qui nous font confiance! »*



A configuration inédite (trois organisations de défense professionnelle en lice plutôt que deux), rapports de force chamboulés. Le nouveau venu se nomme « AADM » (Alliantie Artsenbelang/Domus Medica en néerlandais et Alliance Avenir des Médecins en français). Il décroche trois sièges sur six dans le collège généraliste de la commission nationale médico-mutualiste (CNMM). Trois sièges qui seront donc occupés par des représentants flamands. Le Cartel (coalition que forme le GBO avec son allié flamand ASGB et le MoDeS) occupera deux autres sièges qu'il répartira entre ses ailes linguistiques. L'ABSyM, enfin, ne disposera que d'un seul siège pour les deux communautés.

En d'autres termes, il est à craindre une sous-représentation syndicale des MG francophones dans cet organe essentiel de concertation de l'Inami, et dans d'autres.

>>> plus de détails en page 2

&gt;&gt;&gt; suite de la Une

## AVOIR TRADUIT UN PROGRAMME, ÇA NE SUFFIT PAS

*L'AADM, qui a fait une percée indiscutable aux élections, soutient incontestablement le développement d'une médecine générale forte, ce qui n'est pas pour nous déplaire. Cela étant, en dépit de sa vitrine web qui distille un programme traduit en français, comment le nouveau mouvement se projette-t-il dans la défense des MG du sud du pays ?*

On sait que les perceptions de certains dossiers ou, tout simplement les réalités vécues au quotidien, sont autres que celles des confrères du nord. Au GBO, nous nous montrerons très vigilants à éviter que les revendications spécifiques aux MG wallons et bruxellois ne soient étouffées par cette surreprésentation flamande.

Nous nous interrogeons aussi sur le concept même de la CNMM. La candidature de l'AADM par l'Inami a été acceptée parce qu'il prétendait avoir des membres dans au moins deux régions du pays (Flandre et Bruxelles) en respect de la loi. Mais en fait, cette acceptation bat en brèche l'esprit de la loi de syndicats actifs dans les deux régimes linguistiques et pluridisciplinaires (aussi dits « mixtes », représentant tant des généralistes que des spécialistes). De facto s'est créé un déséquilibre linguistique et interdisciplinaire.



**« AU VU DE LA LIGNE PRO-MG QUE SOUTIENT L'AADM, VICTORIEUSE AUX ÉLECTIONS, ON A ACCOMPLI UN GRAND PAS POUR LA MÉDECINE GÉNÉRALE. MAIS LE DÉSÉQUILIBRE LINGUISTIQUE QUI SE CRÉE N'EN RESTE PAS MOINS UNE FRANCHE DÉCONVENUE POUR LES GÉNÉRALISTES FRANCOPHONES – ANNE GILLET, PRÉSIDENTE DU GBO. »**

Ceci devra amener des changements dans le fonctionnement de la CNMM.

### **Confusion de genres**

Vigilance de mise, également, vis-à-vis de cette dimension syndicale nouvelle dont s'est parée Domus Medica – qui à l'origine est une société à vocation scientifique. Quelle indépendance pour une société scientifique qui mélange science, cercles et défense professionnelle ?

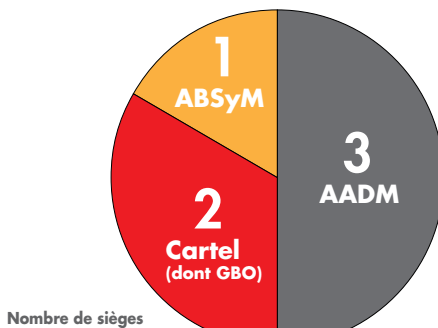
## Le GBO, leader en terres francophones

Tout ce qui précède aurait tendance à occulter le bon score que le GBO obtient en Wallonie et à Bruxelles. Nous pouvons nous prévaloir d'une poussée électorale face au concurrent, l'ABSyM, qui a perdu plus de voix généralistes que le Cartel. Les seules estimations possibles vu l'impossibilité de connaître le régime linguistique des médecins qui votent, laissent penser que le plus gros des transferts des voix de MG néerlandophones vers l'AADM se sont opérés aux dépens de l'ASGB, dont le programme est très proche de celui du nouvel arrivant. Nous pouvons donc conclure qu'il y a eu un déplacement des suffrages francophones en faveur du GBO. Nous confortons ainsi notre position de syndicat majoritaire de médecine générale francophone.

## Le combat continue

Merci aux électeurs qui ont reconnu le travail que nous effectuons depuis des années

## COLLÈGE MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE LA MÉDICO-MUT 2014



pour la reconnaissance d'une première ligne de soins organisée, respectée et financée à hauteur de son utilité en santé publique. Mais aussi en faveur d'un équilibre adéquat entre vie privée et professionnelle des MG – ce qui est rendu possible, entre autres, par la

&gt;&gt;&gt;

## Synergies francophones : passons à la vitesse supérieure

Nous appelons toutes les associations qui représentent les MG francophones à intensifier leur collaboration de sorte à faire bloc derrière les revendications spécifiques de la profession en Wallonie et à Bruxelles: réorganisation en nuit noire, gardistes, répartition équitable du financement des postes de garde et alternatives, revenus des médecins de garde la nuit, etc.



mise en place de financements alternatifs au seul paiement à l'acte et par une meilleure organisation de la garde.

Ce que nous défendrons demain ? Nos revendications et suggestions sont consignées dans notre programme 2014-2018, disponible sur [www.le-gbo.be](http://www.le-gbo.be).



### **COTISER, C'EST PÉRENNISER L'ACTION**

Continuer à défendre au mieux vos **intérêts**, en cette période charnière où des compétences en santé basculent vers les régions et où les interlocuteurs se multiplient, **exige un engagement permanent, des compétences, du temps. Bref, des moyens.**

Il faut savoir que les syndicats médicaux reçoivent un financement public conditionné en partie par les suffrages récoltés. Or, les élections de juin 2014 ont été caractérisées par un affolant taux de non-participation: la proportion de votants a chuté à 37% (médecins généralistes et spécia-

### **3.000 votants de moins chez les spécialistes**

Le MoDeS, syndicat de spécialistes francophones récemment créé, a rejoint le GBO au sein du Cartel pour les élections 2014. Dans le collège spécialiste de la médico-mut, la répartition des sièges n'a pas varié à l'issue du scrutin: le Cartel dispose d'un siège sur six, les autres sont occupés par l'ABSyM. Un chiffre interpelle: il y a, par rapport à 2010, 3.000 spécialistes de moins qui ont voté en juin dernier. Sans doute ne sont-ils pas suffisamment conscientisés ou inquiets face à de délicats dossiers qui s'annoncent: nouvelles modalités de financement des hôpitaux, transparence, adéquation de l'offre médicale...

listes confondus), quand elle était de 70% lors des premières élections médicales en 1998. **Verser votre cotisation** (voir bulletin en page 16), si ce n'est encore fait, constitue indéniablement un geste qui **concrétise votre confiance pour le GBO et pérennise son action.**

Par ailleurs, votre syndicat a plus que jamais besoin de bras, de **consœurs et confrères qui s'investissent dans la défense de la profession.** N'hésitez pas à le rejoindre pour **vous y impliquer activement.**

*Dr Anne Gillet-Verhaegen,  
présidente du GBO*

## UN BUREAU EXPÉRIMENTÉ REMPLI

Les membres du Conseil national du GBO ont été reconduits dans leur fonction à la faveur des dernières élections internes, lesquelles se tiennent tous les ans.

L'équipe, composée de MG qui exercent solo, en groupe, en maison médicale..., est toujours emmenée par le Dr Anne Gillet-Verhaegen, à la présidence. Son vice-président est le Dr Marcel Bauval. Les rôles de secrétaire général et de secrétaire général adjoint sont assurés,

respectivement, par les Drs Paul Vollemaere et Pierre Drielsma. Le Dr Michel Vrayenne assume la fonction de trésorier. Le Bureau exécutif se compose en outre des Drs Paul Kelchtermans et Hubert Jamart. Le Dr Philippe Vandermeeren est président d'honneur.

Le Bureau peut s'appuyer sur un duo de permanents : Valentine Gevers, experte, et Françoise Verschaeve, collaboratrice administrative.



**Dr Anne Gillet-Verhaegen**  
Présidente



**Dr Philippe Vandermeeren**  
Président d'Honneur



**Dr Marcel Bauval**  
Vice-président



**Dr Michel Vrayenne**  
Trésorier



**Dr Paul Vollemaere**  
Secrétaire général



**Dr Pierre Drielsma**  
Secrétaire général adjoint



**Dr Paul Kelchtermans**  
Membre du Bureau exécutif



**Dr Hubert Jamart**  
Membre du Bureau exécutif



**Valentine Gevers**  
Experte



**Françoise Verschaeve**  
Assistante administrative



Les nouveaux ministres

## LA SANTÉ, UNE COMPÉTENCE TOUJOURS GÉNÉREUSEMENT ÉCARTELÉE...



Le CD&V Jo Vandeurzen rempile comme ministre de la Santé, du Bien-être et de la Famille au gouvernement flamand. Côté bruxellois et wallon, c'est un véritable éparpillement des prérogatives... Face à des interlocuteurs qui se multiplient, le GBO va devoir dépenser encore plus d'énergie sans que ses moyens n'augmentent pour autant.

### Au fédéral

A l'heure d'imprimer ce GBO Arguments, la Belgique n'avait toujours pas de gouvernement. La suédoise, coalition associant le MR aux partis flamands N-VA, CD&V et Open VLD, poursuivait contacts et négociations. La ministre sortante de la Santé, Laurette Onkelinx, a fait ses bagages, ou presque. Elle a renoncé à la « ministre-présidence » bruxelloise et s'est déclarée prête à emmener un shadow cabinet, l'œil rivé sur les matières sociales et de santé qui ont rempli son agenda durant deux mandats. Pour les chroniqueurs spécialisés, c'est en toute vraisemblance un ministrable flamand qui reprendra le flambeau - cela étant, Santé et Affaires sociales seront-elles toujours couplées ?

### A la Région wallonne

Maxime Prévot, étoile montante du cdH, est devenu n°2 de l'exécutif wallon emmené par le ministre-président Paul Magnette (PS). Le bourgmestre de Namur hérite d'une palette de prérogatives variées – pour ne pas dire disparates, allant des travaux publics au droit des femmes – et parmi lesquelles la santé. Il reprend ici les attributions d'Eliane Tillieux, et accueille du reste de nouvelles compétences transférées du fédéral mais aussi de l'ex-Communauté française, la Fédération Wallonie-Bruxelles. On peut schématiser en disant qu'il est le ministre de la Santé des francophones, en général.

Maxime Prévot s'occupera de l'organisation de la première ligne de soins, médecine générale comprise, mais à l'exception de l'organisation de la garde. C'est la Région aussi qui déterminera, désormais, la politique en matière de cercles, d'aides Impulseo, de personnes âgées et de soins longue durée, d'institutions de santé mentale, de prévention et de promotion de la santé, de surveillance des maladies infectieuses, de dépistages du cancer du sein et colorectal, de la lutte contre les assuétudes...

Le nouveau ministre wallon de la Santé s'est entouré de collaborateurs, dont le Dr De Munck, qui comptait parmi les permanents du GBO en tant qu'attaché à la présidence et vice-présidence. Paul De Munck devient conseiller à temps plein au cabinet de Maxime Prévot.

### A Bruxelles

Au gouvernement régional bruxellois (le seul à compter autant de femmes que d'hommes), l'aide médicale urgente sur le territoire de Bruxelles Capitale est confiée à la secrétaire d'état FDF Cécile Jodogne. La recherche scientifique est chapeautée par Fadila Laanan (PS).

La sixième réforme de l'état a du reste doté la Cocom, la commission communautaire commune qui gère les matières bicommunautaires à Bruxelles, d'une carrure nouvelle. L'Open VLD

Guy Vanhengel et le FDF Didier Gosuin y sont conjointement compétents pour la politique de la santé.

### **En Fédération Wallonie-Bruxelles**

L'ex-Communauté française se distingue par l'éparpillement de prérogatives liées à la santé entre plusieurs éminences. Rudy Demotte (PS), son ministre-président – qui comme vous vous en rappelez sans doute a occupé le poste de ministre fédéral de la Santé (de 2003 à 2007) - se voit chargé des hôpitaux universitaires, de l'Académie royale de médecine et de la SSMG et de l'agrément et du contingentement des professions de santé. Sa vice-présidente, la cdH Joëlle Milquet, est ministre de l'Éducation mais aussi de la Petite enfance et des Crèches et s'occupe, entre autres, de l'ONE, des activités de médecine préventive destinées aux nourrissons, enfants, élèves et étudiants ou encore des centres PMS. Jean-Claude Marcourt (PS), également vice-président, se charge de l'Enseignement supérieur. Un dossier classiquement épineux l'attend, celui du numerus clausus.

**Le GBO déplore cet éclatement des prérogatives (qui ne sévit pas en Flandre, lire ci-dessous) et est inquiet. Comment cela va-t-il être géré entre les différents cabinets ? Face à des interlocuteurs qui se multiplient, le GBO va devoir dépenser encore plus d'énergie sans que ses moyens n'augmentent pour autant.**

### **Plus simple, plus cohérent en Flandre...**

A noter qu'au nord du pays, le CD&V Jo Vandeurzen rempile comme ministre de la Santé, du Bien-être et de la famille au gouvernement flamand.

Trajets de soins

## **DES RÉSILIATIONS À LA MUTATION**

*L'an dernier, un trajet de soins sur cinq a esquivé un refus de renouvellement par les mutuelles, pour manquement aux procédures. L'issue paraît être une révision du modèle, en faveur d'une formule plus générique et sans consultation annuelle imposée du spécialiste.*

Fin 2013, à en croire les données en la possession de l'Inami, quelque 20% des contrats de trajets de soins (TdS) signés n'ont pas été renouvelés par les mutuelles. En cause, le non-respect de critères administratifs de départ, quand bien même le TdS est toujours actif. La vague de résiliations a provoqué des réactions mécontentes, notamment de médecins traitants expliquant que leur patient était toujours suivi correctement et ne comprenant pas le refus de prolongation pour des critères d'il y a deux ans.

20% de non-prolongation, c'est énorme. Et dans la moitié des cas, le manquement conduisant à la clôture du TdS est l'absence de passage chez le spécialiste sur un an. Un comble, évidemment, pour un dispositif qui à l'origine se réclame d'une logique de promotion des synergies MG/MS.

Dans un premier temps, diverses pistes ont été lancées à l'Inami pour arrondir les angles, comme geler les interruptions de TdS et procéder à une nouvelle collecte de données ou de déclarations sur l'honneur de MG assorties de quelques indicateurs (fournir ces données aurait servi de régularisation pour le passé et d'extension des droits dans le futur).

>>>

## Oui à davantage d'autonomie du MG

Le GBO n'a jamais été un grand fan des trajets de soins dans leur mouture actuelle. Pour rappel, il prône une approche plus globale, qui ne « saucissonne » pas le patient en l'intégrant dans autant de trajets qu'il présente de pathologies. Il faut raisonner en termes de comorbidités, et imaginer un système de prise en charge des soins chroniques lourds et combinés, dans le giron de la première ligne. Depuis toujours, dans le diabète de type II, le GBO défend l'autonomisation du MG en matière de suivi. Il ne pouvait donc pas mal accueillir des solutions qui accroissent cette autonomie ...

## Vers un modèle générique

Cela étant, les pistes mises sur la table étaient des solutions essentiellement « palliatives » puisque, pour changer radicalement les règles du jeu, il faudrait retoucher l'arrêté royal TdS. Un groupe de travail a planché cet été pour dénouer la situation. De ses derniers travaux, il ressort que l'on s'orienterait vers un modèle générique de trajet de soins, avec gommage du passage obligé chez le spécialiste et en contrepartie, intensification des échanges informatiques entre les lignes. Même si cette voie doit encore être confirmée, elle avait l'assentiment des parties en présence à la dernière réunion: le groupe d'accompagnement des TdS, le CTM section médecine générale et l'Observatoire des maladies chroniques section diabète, relate Pierre Drielsma, qui y assistait. « Le GBO avait fait part depuis longtemps de ses réticences et de ses observations; nos interlocuteurs s'y sont rendus. L'expérience, de toute façon, a démontré que le modèle actuel n'était pas tenable. »

## Garde

## CONVERGENCES

*A la mi-septembre, le Fag a distribué aux autorités et à l'Inami une synthèse de ce qu'il estime être les conditions indispensables à la pérennisation de la garde de 1ère ligne. Le GBO marque son soutien ferme à ce texte. Il est en effet traversé de lignes de force qui ont été, aussi, les lignes de travail du GBO en matière de garde ces dernières années.*

Un travail de l'ombre, peut-être, et d'éclaireur, certainement.... par ailleurs trop peu connu de nombreux généralistes, comme hélas une bonne part des efforts syndicaux.

Comme nous l'avons plus d'une fois développé dans le GBO Arguments, nous avons fait bien plus que de la figuration dans le groupe de travail postes de garde (PMG) de la médico-mut, donnant des impulsions décisives, faisant triompher l'idée que des alternatives aux postes devaient également entrer en ligne de compte ou que les financements des structures devaient être raisonnables et harmonisés. Nous avons insisté pour que des coordinateurs régionaux puissent être recrutés afin de conduire une réflexion qui prenne de la « hauteur géographique ».... Nous avons plaidé et plaidons encore pour que les honoraires de disponibilité récupérés par le jeu des fusions de zones ne passent pas sous le nez de la profession mais retournent dans son enveloppe. Nous réclamons que des dispositifs de week-end puissent être étendus aux soirées de semaine en étant financés et que des PMG tournent en journée





Le GBO apporte son soutien à l'analyse et aux revendications du Fag, se reconnaissant dans la plupart d'entre elles.

si des impératifs locaux (de visibilité de la médecine générale ou d'affluence touristique, par exemple) le réclament. D'autres projets en journée de semaine devront aussi être avalisés pour soutenir les cercles en difficulté.

Nous appuyons donc l'analyse et les revendications du Fag, nous reconnaissant dans la plupart d'entre elles.

Nous nous réjouissons du dynamisme du Fag et de l'actuelle conjonction d'idées constructives pour la profession, déjà ressentis au moment des tables rondes « continuité » de Laurette Onkelinx.

Cette conjonction d'idées appelle des synergies accrues entre forces vives de la représentation de la médecine générale francophone, à l'heure où un bloc flamand déterminé occupe massivement les instances de concertation à l'Inami (lire page 3). Nous renforcer les uns les autres, entre organisations représentant les MG, est plus que jamais LA recette pour que le sud du pays ait encore voix au chapitre, et une voix qui porte.

*Dr Anne Gillet*

## Petit survol de la synthèse du Fag

**Au niveau du fonctionnement de la garde, le Fag préconise notamment:**

- la possibilité d'ouverture (financée) en semaine des PMG
- l'extension du 1733, avec régulation autoritaire
- la mise en place de coordinateurs régionaux
- la collaboration avec la 2<sup>e</sup> ligne de soins en nuit noire
- la solidarité inter-PMG
- le recours à des gardistes (moyennant mode de rétribution réfléchi pour éviter les concurrences).

**En matière de financement des postes et des prestations, le Fag plaide entre autres pour:**

- une tolérance vis-à-vis de dépenses « extra » d'un PMG pour un aspect de son activité, dès lors que le budget total imparti est respecté
- un financement des PMG sur trois ans plutôt qu'un
- une révision des honoraires du généraliste en PMG (vers un « honoraire horaire minimum » ou un forfait pour certaines périodes)
- la réintroduction d'un TM sur les codes de supplément de w-e et de nuit
- une application simplifiée du tiers-payant via une solution informatique fiable
- une discrimination positive dans les subsides des cercles gérant un PMG
- un budget de soutien aux projets pilotes

Traque à la « mauvaise prescription »

## STOP À LA CRITIQUE PERPÉTUELLE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE !

La commission des profils de l'Inami, celle qui examine les statistiques de prescription par médecin et donne à l'intéressé du feedback à visée éducative, paraît à la veille de lancer une campagne plus musclée que les précédentes pour tendre à la « bonne prescription des produits pharmaceutiques en Belgique ». Après tout, les médicaments pesant lourd dans les dépenses de santé, il est légitime de s'efforcer que chaque euro consacré à les rembourser le soit à bon escient. La visée économique se double d'un objectif d'efficience.

Cela étant, il semble que les médecins généralistes soient – une fois de plus – dans le collimateur des pouvoirs publics, car étiquetés comme les grands coupables de la mauvaise prescription. On peut redouter que



**ON ACCUSE SPORADIQUEMENT EN PLACE PUBLIQUE LES MG D'ÊTRE DES SURPRESCRIPTEURS D'ANTIDÉPRESSEURS. LES ÉVENTUELLES ANOMALIES DÉTECTÉES NE PEUVENT ÊTRE EXCLUSIVEMENT IMPUTÉES À LA PROFESSION. CELLE-CI NE PRODUIT PAS LA MISÈRE SOCIALE, L'ÂPRÉTÉ DU MARCHÉ DU TRAVAIL, LE CULTE DE LA PERFORMANCE... PAR CONTRE, ELLE REÇOIT DES FLOTS DE PATIENTS AU BOUT DU ROULEAU.**

cette thèse de la culpabilité règne jusqu'au sein même du CNPQ, le conseil national de promotion de la qualité, justifiant que l'on corrige la prescription des MG y compris par des mesures coercitives ou punitives !

### Les détails

Ce texte est un résumé d'un argumentaire plus détaillé que les Drs Pierre Drielsma et Paul Vollemaere, présents à la commission des profils en tant que, respectivement, représentant des partenaires sociaux (FGTB/ABVV) et des médecins généralistes (GBO, Cartel), ont fait parvenir à l'Inami.

En visant la médecine générale, les autorités s'attaquent au maillon faible plutôt qu'à l'industrie du médicament. Une compression des dépenses pharmaceutiques pourrait également transiter par des mesures sur les prix. Pourquoi le prix de vieilles spécialités remonte-t-il quand des indications supplémentaires leur sont reconnues ? On peut difficilement prétendre qu'il s'agisse d'innovations non amorties...

### Lourdes chaînes

Par ailleurs, ce ciblage des MG fait fi du fait qu'une « mauvaise » prescription doit être considérée non pas comme une action délibérée du prescripteur mais la résultante d'un ensemble de circonstances, d'un faisceau de déterminants, qui y conduisent inexorablement (et de façon partiellement aléatoire !). Prenons un patient présentant un asthme mineur et qui sort du cabinet avec une prescription de bêtamimétiques à courte durée d'action, en cas de besoin. Va-t-il - ou non - les acheter ? Les prendre, avec la bonne technique d'inhalation, à la dose prescrite, en fonction des symptômes, en emportant son inhalateur dans ses déplacements ? Les recommandations Gina insistent sur l'*health literacy* du patient, sa bonne compréhension de sa pathologie et du traitement, sa capacité d'agir en autonomie. Ce déterminant ne dépend que très peu du médecin, mais plutôt - entre autres - de l'enseignement en Fédération Wallonie Bruxelles, qu'on sait perfectible.

Et quand bien même le MG aurait des talents de pédagogue, est-ce que la contraction ac-



🗨 *Même si un MG s'applique à fournir beaucoup d'explications sur un traitement, encore faut-il que l'*health literacy* du patient - sa compréhension de la maladie et sa capacité d'agir en autonomie - soit suffisante. Ce qui dépend de son niveau d'éducation et, globalement, de la qualité de l'enseignement, sur laquelle les médecins ont peu de prise...*

tuelle de l'offre en vraie médecine générale lui laisse encore le temps de fournir toutes les explications nécessaires au patient, en consultation ? Ne serait-ce pas, dès lors, du côté des universités et de leurs ministres de tutelle successifs qu'il faut chercher la dérive précipitée des effectifs de MG tandis que la population des spécialistes prospère sans régulation réelle ? Quand il faudra renvoyer au pneumologue un patient mal équilibré, ce dernier se retrouvera avec des bêtamimétiques à longue durée d'action pour régler des problèmes d'observance thérapeutique qui auraient dû se résoudre en première ligne...

L'exemple de chaîne causale ci-dessus, qu'on pourrait multiplier, ne sert pas à dénicher quelqu'un ou quelque chose sur qui

&gt;&gt;&gt;

rejeter la faute, mais illustre que toute mesure non systémique ne peut conduire qu'à des conflits, eux-mêmes générateurs de dysfonctionnements peut être plus graves que ceux que ladite mesure était censée corriger.

### L'aide qui ne vient pas

Autre questionnement pertinent: faut-il s'attarder sur des anomalies en voie de règlement ? Les médecins généralistes, en Belgique, prescrivent plus d'antibiotiques de deuxième ligne que leurs confrères des Pays-Bas (40% contre 17%). Si ces chiffres 2012 ne parlent pas en faveur de la profession, en 2006, ces mêmes antibiotiques étaient prescrits à hauteur de 51%. Il y a donc eu chute de 11% en six ans. De plus, les jeunes générations en prescrivent moins de 35%. Nous sommes persuadés qu'une aide automatique à la prescription permettrait une normalisation rapide, sans menace ni sanction. Hélas, le GBO plaide en vain, depuis des années, pour l'intégration d'un logiciel d'aide à la prescription dans le dossier médical informatisé des MG. De tels modules n'ont rien d'outils de science-fiction, ils existent par exemple pour la prescription éclairée d'antibiotiques aux soins intensifs depuis les années 80. Leur utilité serait indéniable, par exemple, en matière de prescription d'imagerie médicale.

### Changer le logiciel, pas le MG

Un autre avantage est que ces logiciels affichent des *reminders* automatiques qui viennent questionner, à intervalles réguliers, la pertinence d'un traitement que l'on renouvelle peut-être un peu machinalement.



📍 Le GBO plaide de longue date pour l'intégration d'un logiciel d'aide à la prescription dans le DMI des MG, qui affiche notamment des *reminders* automatiques qui viennent questionner, à échéance régulière, la pertinence d'un renouvellement.

Prenons les antidépresseurs. On accuse sporadiquement en place publique les généralistes d'en être des surprescripteurs. Les éventuelles anomalies détectées ne peuvent être exclusivement imputées à la médecine générale. Celle-ci ne produit pas la misère sociale, l'âpreté du marché du travail, le culte de la performance. Par contre, c'est elle qui accueille nombre de patients brisés, lassés de leur existence.

Le signal d'alarme des idées suicidaires, le généraliste ne peut l'ignorer. Les psychothérapies n'étant toujours pas prises en charge par l'assurance maladie, malgré des demandes répétées, les antidépresseurs apparaissent comme une voie légitime. Le bon généraliste va prescrire de la Sertraline®, en prévenant le patient qu'il faudra deux à trois semaines pour que le produit fasse effet... Qu'y peut-il si, au bout d'un mois, le patient arrête, à cause de la dépense, des effets secondaires, ou parce qu'il préfère les benzodiazépines... ? Si par contre ce dernier

persévère dans le traitement et qu'après six mois, une tentative de sevrage amorcée en toute logique par le bon généraliste échoue, la boîte de Sertraline® sera réintroduite, au risque de se fondre dans le paysage thérapeutique. Ce n'est pas le bon généraliste qu'il faut changer, mais son logiciel.

**LA MÉDECINE GÉNÉRALE EST EN CRISE MAJEURE DEPUIS DES DÉCENNIES. STIGMATISER LES ERREURS (FUSSENT-ELLES RÉELLES) NE MÈNERA À RIEN D'AUTRE QU'À UNE DÉSAFFECTION CROISSANTE. IL FAUT AU CONTRAIRE ENCOURAGER CETTE PROFESSION ET LUI FOURNIR LE PERSONNEL D'ASSISTANCE ET LES MOYENS LOGISTIQUES DE SA RESTAURATION.**

### **Le soutien d'assistants de pratique**

Être bien secondé, comme ici par des solutions informatiques mais aussi par des assistants de pratique, donnerait une autre dimension à la lutte contre certaines situations perfectibles. Les IPP soulagent bien les symptômes de reflux, extrêmement fréquents surtout dans les milieux populaires. La Belgique connaît aujourd'hui un pourcentage important de sa population sous traitement chronique, préconisé par le gastroentérologue lors de récives, ou sous traitement à la demande. Même en admettant que la première raison de limiter les IPP soit économique, ce qui est logique pour un problème de santé de prévalence élevée, la médecine générale pourrait collaborer avec les autorités en ce sens. Mais les autorités sont-elles prêtes à collaborer avec la médecine gé-

nérale pour infléchir la tendance ? Il a été démontré, en Ecosse, qu'il était possible de rectifier le tir, mais cela s'est opéré grâce aux infirmières de pratique, collaboratrices des MG au sein de pratiques pluridisciplinaires. La toute grande majorité des généralistes belges n'ont pas (encore ?) le bonheur de connaître cet appui à la pratique... et là où il s'est concrétisé, les infirmières restent peu nombreuses par rapport aux médecins qu'elles secondent.

### **C'est un plan global de réforme qui s'impose**

Il faut en finir une bonne fois pour toute avec la critique perpétuelle de la médecine générale. Cette discipline, que les facultés de médecine négligent alors qu'elle est pourtant centrale dans une organisation des soins efficiente, est en crise majeure depuis des décennies. Son attractivité et sa rétention sont faibles. Stigmatiser les erreurs (réelles) ne mènera à rien d'autre qu'à une désaffection croissante. Il faut au contraire encourager cette profession et lui fournir le personnel d'assistance et les moyens logistiques de sa restauration. Il faut veiller à une convergence des revenus nets des MG et des MS et renforcer la présence de la médecine générale dans les instances représentatives (équilibrer le conseil technique médical par exemple). Pour agir sur la prescription, il faut stimuler la pratique groupée qui, par l'ajustement mutuel, améliore les prescriptions et réalise des économies d'échelle et intègre des programmes d'aide à la décision médicale dans les logiciels.

## AGRÉMENT: FAVORISER LE TRAVAIL EN COMPLÉMENTARITÉ

*Un certain nombre de médecins généralistes risquent de perdre non pas leur titre académique mais leur agrément. S'étant orientés vers des activités plus spécifiques (médecine humanitaire, sportive, du travail, d'expertise, militaire, tropicale, en planning, auprès de toxicomanes, nutrition...), ils ne répondent plus à tous les critères dictés par un arrêté de 2010: tenir à jour des dossiers médicaux, totaliser 500 contacts-patients/an, au minimum une fois par cinq ans, se former régulièrement et participer à la garde population. Dans ce dossier, le GBO espère aboutir à une bonne complémentarité entre ces confrères et les omnipraticiens « classiques ».*



📍 Le GBO pousse à l'organisation d'une garde de seconde ligne à l'instar de ce qui se fait en soins palliatifs, via les plateformes. Ce système de soutien à la garde normale pourrait se décliner dans quelques autres domaines (toxicomanie, santé sexuelle...).

### Une proposition sur la table

Au printemps dernier, avant la fin de la législature, le cabinet Onkelinx a suggéré au conseil supérieur des médecins spécialistes et généralistes (organe d'avis, auprès du SPF Santé publique, chargé de la réflexion sur l'agrément) la création d'un titre de « médecin qualifié en médecine générale, préventive et d'insti-

tutions » qui viserait les pratiques connexes de la médecine générale (ONE, médecine scolaire, planning, activité médicale dans des structures de soins pour divers publics...). Les intéressés pourraient opter délibérément pour ce titre après une formation (et un agrément) de MG, se verraient attribuer une nomenclature moins vaste mais suffisante pour leur exer-

cice – dixit le cabinet – et seraient dispensés de la garde population.

L'analyse de la proposition de la ministre sortante suit son cours au conseil supérieur. Le GBO a bien perçu que le risque de perte d'agrément est traumatisant pour les consœurs et confrères concernés. A son initiative, début septembre, un groupe de médecins menacés a eu l'occasion d'exprimer son point de vue devant le groupe de travail médecine générale du conseil supérieur.

### **Cohabitation et bonne information**

Dans ce dossier, le GBO a pour souhait d'aboutir à un travail en bonne complémentarité entre les omnipraticiens classiques et ces disciplines de niches, qui sont de la médecine générale déclinée différemment et qui ont toute leur utilité en santé publique. Parce que le critère qui pose essentiellement problème est la garde, le GBO pousse à l'organisation d'une garde de seconde ligne à l'instar de ce qui se fait en soins palliatifs, via les plateformes et leur permanence qui vient en appui des MG de garde appelés au chevet d'un patient en fin de vie. Ce système de soutien à la garde normale pourrait se décliner dans quelques autres domaines (toxicomanie, santé sexuelle...). D'autre part, le GBO insiste sur la bonne information des jeunes MG désireux de s'engager dans ces filières connexes: ils doivent être dûment informés qu'en l'état actuel des choses, il y a perte potentielle d'agrément. Cela étant, des mécanismes existent qui permettent de récupérer son titre professionnel rapidement.

### **Un temps d'arrêt dans les contrôles et retraits chez les francophones**

Depuis le 1er juillet, en application de la 6ème réforme de l'Etat, l'agrément des professionnels de santé a basculé dans le giron des entités fédérées. Si c'est le fédéral qui continue de fixer les normes, celles-ci sont compétentes pour l'élaboration des procédures d'agrément. Le GBO tient de la directrice générale de l'enseignement non obligatoire et de la recherche scientifique en Fédération Wallonie-Bruxelles, que cette dernière a décidé de « suspendre la mise en œuvre de l'ensemble de la procédure (contrôle, suspension, retrait) du maintien de l'agrément et ce jusqu'au moment où une procédure complète et une base juridique permettant l'interprétation des critères de maintien de l'agrément auront été arrêtés ».



**PRENEZ CONTACT AVEC NOUS !**

Les problématiques développées dans ce GBO Arguments vous interpellent ?

Vous souhaitez partager votre point de vue, vos idées, avec le GBO, pour enrichir le débat ?

>>> [secretariat@le-gbo.be](mailto:secretariat@le-gbo.be)

**COTISATIONS 2014**

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

TARIFS	MG SOLO	MG GROUPE *
< 3 ans de pratique	25 euros €	18 euros
entre 3 & 5 ans de pratique	110 euros	75 euros
> 5 ans de pratique	220 euros	180 euros€
Inactif	25 euros	18 euros

\* Groupe = 6 MG associés (GLEM, cercle, etc.) et paiement groupé des cotisations

BE51 0000 1968 7562 – BPOTBEB1

Groupement Belge des Omnipraticiens • 68, Rue Solleveld – 1200 Bruxelles

Communication sur le virement : votre n° INAMI & année d'agrégation

Une question ? N'hésitez pas à nous contacter

Tel : 02/538.73.65 • Fax : 02/538.51.05

Email : [secretariat@le-gbo.be](mailto:secretariat@le-gbo.be) • Site : [www.le-gbo.be](http://www.le-gbo.be)

Le GBO défend vos intérêts sous la bannière du



Si vous désirez  
recevoir ce  
**GBO Arguments**  
en version électronique,  
n'hésitez pas à nous  
communiquer  
votre adresse email.

>>> [secretariat@le-gbo.be](mailto:secretariat@le-gbo.be)