



Mémoire du GBO aux Présidents de partis francophones

1. Introduction

- Le GBO est le syndicat majoritaire des médecins généralistes wallons et bruxellois.
- Son credo : (parvenir aux) meilleurs soins, accessibles à tous, au meilleur endroit, par le prestataire le plus adéquat, au moment le plus opportun et au juste prix.
- Ses 'recettes' privilégiées : une vraie concertation entre décideurs et terrain (impliquant un financement correct des syndicats médicaux), une gouvernance bienveillante à l'égard des soignants, une première ligne forte et centrale dans l'organisation des soins, une intégration des soins dans des collaborations tant verticales qu'horizontales, un travail multidisciplinaire chaque fois qu'il est possible et souhaitable, une approche « santé du citoyen » plutôt que « soins aux malades » (ceux-ci étant inclus dans l'approche « santé », plus globale).

2. Les 5 priorités majeures du GBO

1) Organisation de la permanence des soins

- La permanence doit répondre aux besoins en soins non programmés des patients, sans être intenable pour les généralistes.
- La garde doit bénéficier d'un financement équitable par habitant et en fonction de critères de santé publique, contrairement à ce qui se passe actuellement (financement par projet, sans rationalisation des frais d'investissement, sans lien avec le nombre d'habitants et le territoire couvert).
- Les Cercles de médecins généralistes ont vocation à être les parties prenantes prioritaires dans l'organisation des postes médicaux de garde (PMG).
- Les postes médicaux de garde et services d'urgence hospitaliers doivent collaborer élaborer une collaboration spécifique pendant la « nuit profonde » (23h-8h) pour rationaliser le nombre de médecins de garde.
- Des mesures spécifiques doivent être prises pour assurer la permanence médicale pour trois groupes spécifiques de patients, non mobiles : les résidents des maisons de repos (et de soins), les grabataires et les personnes en soins palliatifs.

2) La revalorisation de la médecine générale au sein d'une première ligne forte et centrale

- Elle présuppose une meilleure définition des tâches en sein de l'art de guérir. Il est impératif de mettre en place les conditions nécessaires pour que les soignants puissent faire exclusivement ce pourquoi ils ont été formés.

- Cette répartition des tâches doit s'organiser selon le principe de subsidiarité, une approche qui se distingue de la simple délégation (*délégation = la décision appartient au sommet, qui par exception, la concède à la base ; principe de subsidiarité = la décision appartient à la base, qui ne fait appel au niveau supérieur que par exception, si nécessaire*). La tâche de soin doit être effectuée par la personne la plus proche du malade, tant sur le plan culturel, géographique, social... et qui est compétente pour accomplir le soin.
- Dans ce cadre, il convient de délimiter clairement, dans le cadre de la législation sur l'art de guérir, les « territoires » de la médecine générale et de la médecine spécialisée d'une part et de la médecine générale et de l'assistance de pratique d'autre part, en fonction de ce principe de subsidiarité.
- Il faut aussi viser à une plus grande intégration des soins avec d'autres métiers de première ligne : notamment les infirmiers, mais aussi les pharmaciens, kinésithérapeutes, dentistes, sages-femmes, diététiciens, psychologues, assistants sociaux, aides à domicile, personnel d'accueil, etc.

Cette plus grande intégration des soins et l'organisation d'équipes pluridisciplinaires permettent de mieux assurer le maintien à domicile d'un patient dans de bonnes conditions, mais aussi de diminuer les séjours hospitaliers via le développement à domicile de soins de type hospitalier d'une certaine technicité : chimiothérapie à domicile, antibiothérapie à domicile, retour précoce de maternité, etc. Avec un double résultat : plus de qualité et de confort pour le patient, et de substantielles économies pour l'autorité publique. Cette démarche doit être tenable pour les soignants au domicile.

- Il faut également privilégier le travail en groupe, que ce soit en cabinet collectif mono-disciplinaire (des généralistes associés) ou en équipe pluridisciplinaire (des généralistes avec d'autres métiers du soin). Dans ce cadre, il faut prévoir une incitation financière aux nouvelles installations en pratique de groupe pour celles et ceux qui le souhaitent. En ce qui concerne en particulier les grandes villes, il faut permettre aux médecins de s'organiser territorialement pour qu'ils puissent travailler prioritairement à proximité des patients, compte tenu notamment des difficultés de circulation et de stationnement.
- Il faut enfin mieux organiser les collaborations entre généralistes et spécialistes, en assurant la fonction pivot que joue le médecin de famille dans les parcours de soins coordonnés. La mise en œuvre d'un échelonnement bien pensé est souhaitable.

3) La formation d'un nombre suffisant de médecins généralistes dans une approche à nouveau centrée sur la dimension pédagogique

- Dans son rapport « Performance du système de santé belge » d'avril 2019, le Centre fédéral d'Expertise des Soins de santé (KCE) soulignait la pénurie de médecins généralistes.
- Les quotas de médecins (et notamment des généralistes) doivent désormais être fixés sur base des besoins réels de santé des citoyens. Ces besoins découlent de la démographie générale (population, sexe, âge), de l'épidémiologie (prévalence des pathologies, répartition territoriale), mais aussi de la division du travail entre la 1^{ère} et la 2^{ème} ligne.

En ce qui concerne le territoire de Bruxelles-Capitale, il y a lieu de calculer les besoins sur de véritables critères objectifs et pas sur base de la population scolaire comme l'a fait la ministre sortante de façon arbitraire et aggravant la pénurie de généralistes.

- Vu la place centrale de la médecine générale dans l'organisation des soins en vue d'une meilleure efficacité et d'une plus grande qualité pour les patients, il y a lieu de réserver les dépassements autorisés de quotas aux seuls médecins généralistes (et autres disciplines médicales en pénurie) et certainement jamais en-deçà de 43%. Il faut aussi clairement exclure des quotas les médecins qui ne pratiquent pas la médecine générale au moins à mi-temps.

- La formation doit se dérouler dans des conditions de travail acceptables sur le plan humain (notamment sous l'angle de la charge de travail), et les considérations pédagogiques doivent l'emporter sur les besoins de main d'œuvre des hôpitaux et des maîtres de stage. Le lien entre stagiaire et maître de stage doit pouvoir être essentiellement pédagogique. La protection sociale des assistants doit encore être améliorée.
- La formation doit comprendre une promotion active du travail pluridisciplinaire intégré.

4) L'E-Santé

- Le dossier médical global (DMG) doit devenir un dossier médical global informatisé partagé unique (DMGIPU) rassemblant l'ensemble des données, avec un partage aisé entre les différents prestataires de soins qui prennent en charge le patient (selon des autorisations d'accès prédéfinies, qui diffèrent en fonction du métier du soignant et de la nature des données). Le patient devrait être également impliqué dans l'alimentation de ce DMGIPU. Le médecin généraliste en est le gestionnaire.
- L'informatique favorisera également la prescription optimale, tant sur le plan de la médication choisie que du prix. Elle aidera à un diagnostic précis et, partant, à un traitement adapté, en minimisant l'errance diagnostique et thérapeutique, en particulier pour les affections rares.
- L'échange de données de santé de manière électronique doit se faire de manière accessible pour les prestataires de santé et sans préalable commercial d'affiliation. Les réseaux de santé régionaux doivent rester prioritaires.

5) Une juste rémunération des médecins et une charge de travail acceptable et gérable

- Toutes les discussions budgétaires, notamment en médico-mut, doivent s'inscrire dans un cadre stable, réaliste et pluriannuel de fixation du budget. Il faut attribuer un budget suffisant pour la santé.
- Le chantier en cours de la réforme de la nomenclature doit aboutir à une rémunération mixte, selon un dosage optimal entre des rétributions forfaitaires et des revenus à l'acte.
- Dans le cadre d'une rémunération plus adéquate pour le médecin généraliste, il faut une rétribution adéquate, qui tient compte d'un volet « forfait à la pratique », d'un volet « forfait à la capitation » (c'est-à-dire par patient), d'une juste rétribution des actes et d'une valorisation à la recherche de qualité. Bien entendu, le développement du système de rémunération au forfait, tel qu'il est appliqué dans des maisons médicales et autres pratiques de groupe, doit être poursuivi pour les généralistes qui le souhaitent et les patients qui y adhèrent.
- Il faut aussi prévoir :
 - ✓ Le financement de la consultation longue et/ou la revalorisation du DMG(IPU) des patients complexes ;
 - ✓ L'augmentation tarifaire de la visite à domicile pour les soins palliatifs ;
 - ✓ La majoration du statut social, avec une attention spéciale portée aux assistants et à leur régime spécifique ;
 - ✓ Une allocation complémentaire pour les médecins en congé de maternité ou de paternité ;
 - ✓ L'instauration d'incitants à l'installation en équipe ou à la mise en réseau de généralistes solos.