



Groupement Belge des Omnipraticiens

MÉMORANDUM 2019

10 PRIORITÉS

en vue des élections législatives, régionales et européennes

DE LA DÉFENSE PROFESSIONNELLE, MAIS PAS SEULEMENT

Le GBO est le syndicat majoritaire des médecins généralistes wallons et bruxellois.

Depuis plus d'un demi-siècle, il démontre sans relâche la plus-value de la profession de médecin généraliste omnipraticien dans le système de santé, une profession trop longtemps mésestimée par nombre de décideurs politiques et académiques et même par certains lobbies médicaux.

Le GBO œuvre parallèlement à l'amélioration continue des conditions d'exercice du métier, central dans une bonne organisation de la santé publique.

Ces deux axes, le général et le particulier, se conjuguent dans 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.**

A la veille des élections législatives, régionales et européennes, le GBO a consigné dans ce mémorandum une dizaine de champs d'action prioritaires.

Il formule des recommandations qui tendent aussi à assurer une offre de soins de qualité aux citoyens, et servent la santé publique.

Au passage, il redit son attachement à la concertation entre décideurs et terrain, mise à mal durant la législature qui s'achève. Elle est pourtant déterminante pour l'adhésion des médecins aux dynamiques de changement.

DIALOGUER AVEC LA BASE, LA CLÉ DE L'ADHÉSION AUX RÉFORMES

Le GBO l'avait vite fait remarquer après l'entrée en fonction de la ministre Maggie De Block : elle ne voue pas un culte immodéré à la concertation avec le terrain.


Sur la législation, on ne compte plus les dossiers de médecine générale sur lesquels les représentants de la profession ont eu cette désagréable impression d'avoir bénéficié d'une écoute de *surface* cachant une intention *profonde* : décider seule.

Fausse, l'impression ? Grossi, ce ressenti ? Pur produit des fantasmes d'un métier qui aurait un côté 'forteresse assiégée' ? Si seulement le GBO était la seule organisation professionnelle à constater un détricotage de la concertation ...

Maggie De Block elle-même ne fait pas l'effort de s'en cacher.



Début 2019, dans un article du journal flamand *De Tijd* (*), elle soupirait. Pressent-elle que son bilan à la Santé sera : « beaucoup de chantiers, pas grand-chose d'achevé » ? Toujours est-il qu'elle affirme qu'elle sait où elle va, mais ne le peut pas, gênée aux entournures ou ralentie par... cette satanée invention belgo-belge de la concertation médico-mutualiste, entre autres.



Et de toute façon, s'interroge-t-elle dans la foulée, les syndicats médicaux (que cette concertation la force à côtoyer) sont-ils vraiment représentatifs, avec la part limitée de confrères qui les élisent ?

Elle avait déjà rayé les cercles de sa liste d'interlocuteurs, toujours légalement investis de l'organisation de la garde mais transférés par la 6^{ème} réforme de l'Etat dans le giron des entités fédérées. C'est à se demander qui trouve encore grâce à ses yeux, pour dialoguer, au niveau des prestataires de soins.

Ses déclarations sont - en tout cas et malheureusement - en phase avec le style de gouvernance dirigiste qu'elle a laissé s'affirmer durant toute sa mandature.

Le GBO regrette profondément la lente dérive vers une politique faisant fi des suggestions de la base pour se nourrir d'avis d'experts, de consultants et d'auditeurs - toujours un peu les mêmes d'ailleurs, diront les mauvaises (?) langues.

La Santé était peut-être le portefeuille dont Maggie De Block rêvait. Mais elle, elle n'est plus la consœur-ministrable dont les médecins attendaient beaucoup. Certainement plus, en tous cas, parmi les généralistes francophones.

Il reste à espérer que les élections de 2019 marqueront un tournant, et la restauration d'un vrai dialogue constructif avec la médecine générale.

De quels points d'attention les prochains gouvernements et ministres de la Santé devront-ils s'emparer en priorité ?

Dans ce mémorandum, le GBO a listé une dizaine de nécessaires évolutions.

Elles vont d'une densité médicale rééquilibrée à une organisation repensée des soins de santé, en passant par une garde en médecine générale validée par ceux qui la prestent, une juste rétribution des médecins et une informatisation qui ne les asservit pas mais se déploie au profit de la qualité des soins assurés aux citoyens.

Transversalement, le GBO demande la concrétisation en actes de cette expression chère aux décideurs de tous horizons : le médecin généraliste « au centre du dispositif ». Une expression en galvaudage rampant, malheureusement.



*Dr Paul De Munck,
Président du GBO*

(*) De Block: 'Ja, ik had sneller kordater moeten zijn', De Tijd, 26 janvier 2019, <https://www.tijd.be/dossier/poupehan/de-block-ja-ik-had-sneller-kordater-moeten-zijn/10091201.html>

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3-5
DANS LE VIF DU SUJET : LES DEMANDES DU GBO EN 10 POINTS	8-39

LES DEMANDES DU GBO EN 10 POINTS

I. Une densité médicale idéale ? – NI PLÉTHORE, NI PÉNURIE !	8
II. Organisation du travail – LA JOURNÉE D'UN MG, NI SUBMERGÉ, NI ISOLÉ	11
III. La permanence des soins – TOUT L'ENJEU D'UNE ORGANISATION PÉRENNE	15
IV. Informatique médicale – D'ABORD AU SERVICE DES MÉDECINS ET DES PATIENTS	18
V. La rémunération du généraliste – UN DOSAGE APPROPRIÉ ENTRE ACTE ET FORFAIT	22
VI. Formation des futurs médecins – RESTAURER LA DIMENSION PÉDAGOGIQUE	25
VII. La concertation – À RÉTABLIR, PLUS QUE JAMAIS !	28
VIII. Le « MG au centre » ? – DE BEAUX DISCOURS... MAIS À QUAND LES ACTES ?	30
IX. Généralistes et autres lignes – S'ORGANISER ET ENCOURAGER LES BONS PARCOURS	33
X. Grands travaux inutiles, ou inaboutis – VOIR LOIN, ET Y METTRE LES MOYENS	37



I

Une densité médicale idéale ? NI PLÉTHORE, NI PÉNURIE !

La question du numerus clausus (NC) est sur toutes les lèvres. Cette restriction d'accès aux études et/ou à la profession est souvent considérée comme abusive par les étudiants, leurs parents, certains médecins et certains partis. Et pourtant, au début des années 80 déjà, un professeur de santé publique de talent, feu Harrie Van Balen, défendait et légitimait le NC. Il écrivait, notamment que la limitation de l'offre médicale doit surtout porter sur la médecine spécialisée car lorsque les spécialistes sont en trop grand nombre, l'inflation des coûts est importante et non justifiée (lire encadré).

Mais par ailleurs, si certaines spécialités sont indiscutablement en pléthore, d'autres sont en pénurie. C'est le cas de la gériatrie, la pédopsychiatrie, la médecine d'urgence, la biologie et bien entendu la médecine générale.

Nombreux sont les médecins généralistes qui, aujourd'hui, ne prennent plus de nouveaux patients. Donc, **ne pas combattre activement la pénurie de généralistes, c'est accepter qu'une partie de la population belge trouve difficilement ou ne trouve plus de médecin traitant.**

**CONNAITRE LES BESOINS DE SANTÉ
ET ORGANISER CORRECTEMENT
LES SOINS SONT DES PRÉALABLES À
UNE PLANIFICATION SOUPLE ET
RÉALISTE. NOTRE LEITMOTIV RESTE :
NI PLÉTHORE, NI PÉNURIE !**

LA VISION DU GBO

Depuis des décennies, le GBO proclame qu'il faut connaître les besoins réels de santé et organiser correctement les soins (selon le principe de subsidiarité, avec une forme d'échelonnement, lire page 13).

Si ces deux questions sont résolues, une planification souple de l'offre devient possible dans les différentes disciplines de la médecine (et chez les autres prestataires de soins aussi d'ailleurs).

Les besoins découlent de la démographie générale (population, sexe, âge) mais aussi de l'épidémiologie (prévalence des pathologies, répartition territoriale).

La demande induite, c'est documenté

L'étude de Harrie Van Balen est ancienne, mais elle est cohérente avec les travaux de Starfield & al. sur le rôle des soins primaires tant sur la réduction des interventions iatrogènes (prévention quaternaire) que sur les économies en deuxième ligne. Cohérente, aussi, avec les études médico-économiques réalisées en Belgique, qui montrent le surcoût de soins secondaires organiques au sud du pays. Dans notre pays, le modèle de responsabilisation financière des mutualités inclut la densité médicale comme paramètre d'utilisation des soins. Nous disposons au GBO d'une abondante littérature qui confirme l'existence d'une demande induite, en particulier pour la médecine spécialisée à l'acte.

LE GBO DEMANDE

- De diplômer, s'il y a des quotas globaux et qu'ils sont respectés, **minimum 43% de médecins généralistes (MG) par cohorte.**
- De réserver les dérogations (les dépassements autorisés de quotas) aux seuls MG et autres disciplines médicales en pénurie fonctionnelle prouvée.
- D'interdire d'employer les nouveaux MG dans les hôpitaux et les centres de revalidation tant que la pénurie de MG et la pléthore dans certaines spécialités ne sont pas résorbées.
- De promouvoir une activité majoritaire en médecine générale omnipraticienne, pour les nouveaux généralistes qui souhaitent exercer partiellement en centre de rééducation, centre de planning, centre pour prise en charge des assuétudes, à l'ONE, etc. Outre leur activité spécifique, ces confrères seraient insérés dans des cabinets de groupe de médecine omnipraticienne ou en réseau intégré, assurant la continuité des soins et les gardes.
- **D'augmenter l'attractivité du métier de MG.**

Comment augmenter l'attractivité en MG ?

- une certaine harmonisation des revenus entre disciplines (lire page 22)
- un corps professoral de MG à hauteur si pas de 43% (cf. supra), d'au moins 33% dans les facultés de médecine (idem pour les assistants et chercheurs)
- une amélioration des conditions de travail en garde (lire page 15)
- un minimum d'1/3 de doctorants généralistes
- l'implication, dans toute recherche qui concerne la médecine générale, de MG chercheurs cliniciens
- une promotion active du travail pluridisciplinaire intégré, avec incitation financière aux nouvelles installations en pratique de groupe pour celles et ceux qui le souhaitent.



II

Organisation du travail

LA JOURNÉE D'UN MG, NI SUBMERGÉ, NI ISOLÉ

Il y a 30-40 ans d'ici, la journée de travail du médecin généraliste (MG) dépassait les 10 heures et pouvait atteindre - en pointe et/ou chez certains confrères - les 16 heures quotidiennes, sans compter le boulot du samedi. Des médecins de famille assuraient quelque 40 contacts/jour, dont plus de la moitié au domicile des patients.

Une telle cadence, serait-ce bien raisonnable au XXI^e siècle ? Et souhaitable pour le patient ?

Les pratiques, les mentalités et les priorités évoluent, et dans le bon sens.

Voici quelques grandes mutations qui se profilent :

- Une première transformation à l'œuvre est **l'essor du 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).

Une récente enquête du *Soir* et du *Journal du médecin* montre que la grande majorité des jeunes généralistes souhaitent travailler moins et en équipe. L'enquête révèle une multiplication des pratiques de groupe : en 2010, seuls 10 % des hommes et 22,5 %

des femmes exerçaient dans des groupes d'au moins trois médecins. Ils sont aujourd'hui respectivement 24 et 33 %. Et parmi la jeune génération, on n'est pas loin des 80%.

On pourrait proposer, comme ordre de grandeur, un temps de travail hebdomadaire de 48 heures, garde incluse.

Il faut calculer précisément le nombre de médecins nécessaires à la satisfaction des besoins de soins, pour éviter toute surcharge et le burn-out qu'elle provoque.

Le total de patients suivis par un seul et même médecin généraliste ne peut plus atteindre 2.000, mais tout au plus 1.000 - et encore, cela dépend de leur âge moyen, du milieu socio-économique auquel ils appartiennent et de la gravité des pathologies dont ils souffrent.

- Une autre transformation de la pratique qui s'amorce portera sur **une plus grande intégration des soins avec d'autres métiers de première ligne, notamment les infirmiers**

Pour la majorité des situations complexes, le binôme MG/infirmier sera indispensable. Il combinera deux professions généralistes et présentant des polarités complémentaires.

Il s'agit là d'une vraie révolution culturelle. Elle ne se fera pas aisément car chacun des partenaires craindra de perdre sa spécificité et/ou son autonomie. Des expériences belges et

LA RÉPARTITION DES TÂCHES DOIT S'ORGANISER SELON LE PRINCIPE DE SUBSIDIARITÉ, UNE APPROCHE QUI SE DISTINGUE DE LA SIMPLE DÉLÉGATION.

étrangères démontrent toutefois que ces craintes ne sont pas fondées pour autant que certains principes d'« horizontalité » (garantissant l'égalité entre acteurs) soient appliqués.

L'unité de base {généraliste + infirmier} sera complétée par les autres professions de la première ligne de soins : pharmaciens, kinésithérapeutes, dentistes, sages-femmes, diététiciens, psychologues, assistants sociaux, aides à domicile, personnel d'accueil, etc.

De telles équipes pluridisciplinaires sont à même d'assurer le maintien à domicile d'un patient dans de bonnes conditions. Elles peuvent assurer des soins de type hospitalier d'une certaine technicité, comme ceux qu'on rencontre dans les projets d'alternatives à l'hospitalisation : chimiothérapie à domicile, antibiothérapie à domicile, retour précoce de maternité, etc. L'erreur de la ministre De Block, en lançant ces expériences, est d'avoir mis la charrue avant les bœufs.

- Cet environnement pluridisciplinaire amène une autre transformation : **la subsidiarité**.

La répartition des tâches doit s'organiser selon le principe de subsidiarité, une approche qui se distingue de la simple délégation (lire encadré). 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

Subsidiarité : la décision aux premiers concernés

Délégation et subsidiarité ont en commun d'être des formes d'autonomie, qui rapprochent pouvoir de décision et pouvoir de réalisation. Mais le principe même de la délégation est construit sur un postulat : la décision appartient au sommet, qui par exception la concède à la base. Alors qu'avec le principe de subsidiarité, au contraire, la décision appartient à la base, qui ne fait appel au niveau supérieur que par exception, si nécessaire. On choisit de considérer par principe que la décision appartient aux acteurs confrontés à la situation.

le soin. Il faut y ajouter la capacité physique et mentale, ce qui explique que l'auto-soin, s'il est parfois théoriquement possible, ne peut être généralisé.

Par conséquent, au lieu de « descendre » de la médecine spécialisée vers la médecine générale puis vers les soins infirmiers et paramédicaux, puis ceux des aides-soignants, aides familiales, aidants proches et enfin patient lui-même, le système « remonte ». Il remonte du patient vers les professionnels de plus en plus formés et spécialisés si et seulement si leurs compétences sont nécessaires.

Donc *in fine*, les seuls qui vont voir leur périmètre d'action se réduire seront les médecins spécialistes et sous-spécialistes.

- Une autre évolution, **l'informatisation** (lire page 18), permettra le contrôle des paramètres du patient à distance et l'organisation de visites à domicile plus opportunes.

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.

LE GBO DEMANDE

- D'organiser le cursus des professionnels de santé de telle sorte qu'ils **apprennent déjà à collaborer au cours de leurs études** et de leurs stages.
- D'établir **le profil de base des tâches du médecin généraliste** en tenant compte de la volonté de nombreux confrères et consœurs de diversifier leurs activités de sorte à « durer » dans la profession.
- De **favoriser au maximum l'installation groupée** (sous le même toit ou non, en réseau ou en équipe mono- ou multidisciplinaire de première ligne) par la mise à disposition d'infrastructures ou par des prêts et/ou des financements à l'achat d'infrastructures, en s'inspirant du modèle hospitalier et de son budget spécifique infrastructures + frais de fonctionnement, distinct des honoraires.
- De continuer à favoriser l'embauche, dans les pratiques de groupe qui le souhaitent, de personnel non clinique : accueil, administration, comptabilité, gestion, informatique, etc.
- De tenir compte des conclusions de la recherche-action *CO-MInG* qui se termine en Wallonie, sur des tandems fonctionnels généraliste-infirmier.
- De **délimiter clairement**, dans le cadre de la réforme de l'arrêté royal 78, **les « territoires » de la médecine générale et de la médecine spécialisée** en fonction du principe de **subsidiarité**.
- De veiller à ce que l'offre hospitalière soit suffisante pour employer les spécialistes cliniciens et à ce que l'exercice à l'hôpital soit attrayant pour ces derniers, l'idée étant qu'ils y concentrent leur activité principale.
- Une fois le point précédent concrétisé, d'organiser la collaboration optimale entre généralistes et spécialistes en dehors de toute concurrence.



La permanence des soins

TOUT L'ENJEU D'UNE ORGANISATION PÉRENNE

La question, intégrée, de la garde de médecine générale et des urgences hospitalières est sur la table, à l'INAMI, depuis le début des années 2000.

Un groupe de travail s'est constitué à l'époque, au sein duquel les membres du GBO-Cartel ont été particulièrement actifs (*). De ses travaux de longue haleine a émergé un rapport, en 2004, qui pour l'essentiel reste d'actualité. Il insistait déjà sur le nécessaire transfert des pathologies bénignes vers la garde de médecine générale et sur l'organisation de celle-ci autour de postes médicaux de garde (les « PMG »).

Malheureusement, le développement de ces postes a été insuffisamment encadré.

Certes, il faut laisser au terrain une grande liberté dans le choix des modalités pratiques mais le service rendu doit être mesurable et suffisant par rapport aux moyens dégagés. Or, ce modèle bottom-up des postes n'a pas été supervisé dans le cadre d'une réelle politique globale concertée, organisationnelle et financière. Certains PMG ont engagé plus de dépenses que d'autres. Ce qui, en plus d'être inefficace, génère des iniquités entre postes, médecins et régions.

Ces dernières années, la commission nationale médico-mutualiste a confié à un nouveau groupe de travail, toujours au sein de l'INAMI, l'analyse des demandes de création de nouveaux PMG. Le GBO, à nouveau très investi dans la problématique (**), y a plaidé l'harmonisation et la généralisation des postes sur tout le territoire belge, en tenant compte des réalités spécifiques du terrain (densité des populations, des généralistes, superficies couvertes, disponibilité hospitalière...).

Cette harmonisation est en cours, mais il est prématuré de dire ce qui en sortira. Les pouvoirs publics tiendront-ils suffisamment compte des particularités locales objectives ?

LA PERMANENCE DOIT RÉPONDRE AUX BESOINS EN SOINS NON PROGRAMMÉS DES PATIENTS, SANS ÊTRE INTENABLE POUR LES GÉNÉRALISTES.

() placé sous la présidence du néphrologue Robert Rutsaert, le groupe incluait e.a. les Drs Reinier Huetting, président du Cartel, Marcel Bauval (GBO) et Pierre Drielsma (GBO) (**) par l'intermédiaire du Dr Anne Gillet (GBO) et de la consultante Valentine Gevers (***) en matière de sécurité lors des gardes, un dialogue s'est récemment noué à l'initiative du GBO entre les polices de Schaerbeek et d'Evere et la Fédération des cercles de médecins généralistes bruxellois. Ce genre de dialogue est à encourager aussi en Wallonie.*

LA VISION DU GBO

Le GBO a soutenu, dès la première heure, la création de PMG qui fonctionneraient le soir en semaine et le week-end, avec une garde mobile accompagnée de chauffeurs pour sécuriser les déplacements (**).

Le GBO n'est pas partisan de « dispensaires de jour » (en jours ouvrables). Sauf dans les localités en pénurie de généralistes et dans celles, souvent urbaines, où la population consulte insuffisamment la première ligne de soins (touristes, migrants, expatriés...). Un dispensaire vise alors à diriger les patients vers un généraliste si la relation thérapeutique s'inscrit dans la durée. Pour la nuit profonde (23h-8h), lorsque le débit de patients est faible, le GBO considère qu'une fusion au sein de l'hôpital des gardes généraliste et hospitalière peut survenir, si nécessaire et en particulier là où la faible densité des généralistes l'impose. Idéalement, une garde mobile doit être assurée également durant cette tranche horaire.

En effet, une attention particulière doit être portée à la prise en charge de trois groupes spécifiques de patients, non mobiles : les résidents des maisons de repos (et de soins), les grabataires et les personnes en soins palliatifs. L'infirmier de la MR(S) ou de soins palliatifs, premier contact du patient, détermine si le passage du médecin s'impose. Il s'agira, en priorité, du généraliste titulaire du DMG, et à défaut d'un confrère de garde qui pourra le contacter si nécessaire. Le GBO plaide pour une généralisation des compétences en soins palliatifs en médecine générale.

LE GBO DEMANDE

- De **poursuivre une bonne (ré)organisation** de la permanence des soins en médecine générale pour pérenniser ce service au public mais en **veillant à garantir aux généralistes des conditions de travail tenables**.

Comme le révélait fin 2018 une enquête du *Soir* et du *Journal du médecin*, la majorité des jeunes généralistes souhaitent exercer en groupe et réduire les astreintes de garde au minimum acceptable pour une permanence de soins respectueuse des patients et de leurs besoins (pas de leurs caprices).

Une telle permanence, soutenue par un **tri 1733 qui doit se généraliser de toute urgence** sur l'ensemble de la Belgique, contribuera aussi à réduire la fréquentation inappropriée de la garde. On estime à 30 à 50% le recours erroné aux différents dispositifs de garde médicale : des patients s'adressent à l'hôpital alors qu'ils devraient se rendre au poste de garde (quand il y en a un, du moins) ou s'adressent au poste alors que le contact avec un médecin pourrait attendre le lendemain.

- **D'activer la réorganisation de la garde des médecins spécialistes**. Il faudrait promouvoir auprès des spécialistes qui exercent en privé (le retour à) la pratique en hôpital, avec une activité panachée, par exemple à raison de 50% d'extra-muros et de 50% d'intra-muros avec participation à la garde hospitalière.

Tant la population que les généralistes revendiquent une garde hospitalière compétente. Il est par exemple souhaitable, face à des cas complexes de pédiatrie, d'avoir affaire à un pédiatre et non à un généraliste hospitalier. Faute de quoi, la même expertise était disponible au poste de garde...

- De veiller à une répartition juste et suffisante des postes de garde sur l'ensemble du territoire.
- D'accorder un financement équitable par habitant et en fonction de critères de santé publique.
- De prévoir un financement renforcé pour les zones peu denses, tenant compte du temps d'accès aux soins non programmés.



IV

Informatique médicale D'ABORD AU SERVICE DES MÉDECINS ET DES PATIENTS

L'informatique, c'est la technologie de l'information ; l'information, ce sont d'abord des données (*data*), des données de patients.

L'usage de l'informatique, par un professionnel de soins, consiste principalement à **enregistrer, stocker, transmettre** (ou plus exactement : partager) et traiter les données. Le tout dans le respect de la vie privée et des droits du patient.

Il ne faut jamais perdre de vue que l'informatique médicale **doit rester au service des prestataires au bénéfice des patients**. Trop souvent, ce sont les prestataires qui sont au

service de l'informatique au détriment des patients. Tout l'univers belge de l'informatique médicale et de l'e-santé, avec sa profusion de systèmes divers qui coexistent, manque de cohérence voire de stabilité.

Les connexions multiples et complexes auxquelles doivent se livrer les médecins, l'infinie succession de clics, les interminables attentes pour employer les services officiels mis à leur disposition... handicapent les généralistes plus qu'ils ne les soutiennent dans leur pratique.

• Enregistrer les données

La récolte et l'enregistrement de données est l'une des phases essentielles du travail des médecins. Il s'agit de recueillir des informations auprès du malade et de les colliger dans un dossier - actuellement le DMGI (le dossier médical global informatisé).

L'idéal serait de tendre vers 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.

Par ailleurs, le recueil des données est, à l'heure actuelle, très imparfait. Les généralistes, dont les journées s'allongent en raison de la pénurie (lire page 8), sont **en droit d'attendre un outil d'encodage intelligent, intégré à leurs logiciels de gestion des dossiers patients** (DMGIPU), qui permette un encodage facile, rapide, intuitif, transparent et correct.

A l'avenir, un couplage automatique de la collecte et de l'enregistrement, grâce à divers appareils de mesure connectés, pourra contribuer à la qualité du recueil de données, avec limitation des manœuvres à effectuer et des pertes d'informations.

LE PARTAGE FACILITÉ DE DONNÉES, LES LOGICIELS D'AIDE À LA DÉCISION MÉDICALE ET LA TÉLÉ-EXPERTISE POURRAIENT RACCOURCIR L'ERRANCE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE.

• Stocker les données

Le stockage des données de santé reste une question difficile. Le stockage dans le cloud est de plus en plus couramment proposé, et la sécurité doit y être correctement garantie.

Par ailleurs, tant les pouvoirs publics que l'industrie pharmaceutique et des dispositifs médicaux, les assureurs et les GAFAs, souhaitent également pouvoir disposer de ces données. D'où la **nécessité pour la communauté médicale de redoubler d'attention quant au respect de la vie privée** des patients.

• Partager les données

Il est essentiel, si on veut que le partage des données utiles à la continuité des soins soit effectif entre les différentes disci-

plines de soins concernées, de **retenir** dans tous les logiciels médicaux de gestion des dossiers **une terminologie et une codification qui permettent une approche multidisciplinaire.**

Un recueil intensifié de données en médecine générale autoriserait des recherches épidémiologiques et cliniques extrêmement instructives, permettant de construire (ou d'améliorer) les outils d'intelligence artificielle augmentant la fiabilité diagnostique.

Les données pourraient être transmises en temps presque réel à des spécialistes, à des fins de télé-expertise (soit la sollicitation à distance de l'avis d'un ou de plusieurs confrères, un acte de télémédecine légalement défini depuis 10 ans en France – voir encadré). De quoi raccourcir les délais d'intervention et désengorger les consultations spécialisées.

• **Traiter les données**

A l'avenir, toutes ces riches données pourront être traitées en temps réel par des **logiciels d'aide à la décision médicale**. Ceux-ci proposeront le cas échéant des examens complémentaires, des hypothèses diagnostiques, des plans de traitement, etc.

Le médecin généraliste restera bien sûr libre de ses propres conclusions, mais on peut attendre de ces programmes un **raccourcissement de l'errance diagnostique et un évitement de la prescription inappropriée**. On pense aussi au rôle du généraliste dans le dépistage des maladies rares, par exemple.

LE GBO DEMANDE

- **D'automatiser au maximum le recueil des données (ou leur accessibilité via les réseaux régionaux)** pour que le DMG informatisé soit le plus proche possible de l'exhaustivité.
- **De tendre à un dossier médical global partagé unique (DMGIPU)**, y compris pour les maisons de repos (et de soins), dans lequel les professionnels impliqués dans la prise en charge d'un même patient puiseront les informations utiles à leur intervention.
- **De poursuivre la conception et la construction des plateformes et canaux sécurisés de transmission** entre les différents prestataires de soins, ainsi que la définition des données qui sont partagées ou non en fonction de la pertinence du partage.
- **De reconnaître que les lieux de stockage sécurisés des données médicales, ce sont les coffres forts attachés**

aux Réseaux Santé wallon et bruxellois, eux-mêmes sous contrôle de la profession. Celle-ci doit se doter de délégués cliniciens spécialisés flanqués d'experts pointus pour veiller au bon respect de la confidentialité des données.

- De veiller à ce que les données destinées à la recherche soient, après précision par le chercheur de la finalité poursuivie, extraites sous le contrôle exclusif de soignants, sur base d'une double anonymisation avec réagrégation. Cette exploitation ne peut avoir lieu qu'avec l'accord du patient et du soignant concerné.
- D'insister, en ce qui concerne les logiciels employés dans les maisons de repos, sur la nécessité d'opter pour des softs durables et non commerciaux, compatibles et conformes aux logiciels des médecins généralistes en ambulatoire.

Télémédecine : de l'inspiration à trouver en France ?

La mise en place de différentes formes de télémédecine (télé-monitoring de paramètres, téléconsultation, télé-expertise...), outre le fait qu'elle réclame un cadre juridique et déontologique, doit s'envisager en liaison avec le dossier médical global informatisé partagé unique (DMGIPU, lire ci-contre).

Elle suppose aussi d'avoir réglé la question de la rétribution des professionnels qui y participent. Plusieurs systèmes de paiement devraient être expérimentés via des projets pilotes.

La France, depuis l'an dernier, a intégré dans sa nomenclature des honoraires pour les médecins participants. La téléconsultation est facturée 25 € par le généraliste, comme une consultation en face-à-face. Un modèle à discuter voire à tester en Belgique aussi.

En télé-expertise, deux niveaux de tarifs sont prévus selon la complexité du cas. Au 1^{er} niveau, le médecin sollicité sera rémunéré 12 € (par exemple pour la lecture d'un fond d'œil ou d'un tympan) ; au second niveau, il touchera 20 € (par exemple pour la surveillance d'une plaie chronique qui s'aggrave ou le suivi d'évolution d'une maladie inflammatoire chronique intestinale ou rhumatologique). Le confrère qui lui demande son avis sera lui aussi rémunéré par l'assurance maladie car il favorise la coordination des soins autour du patient : 5 € par télé-expertise de niveau 1, et 10 € au niveau 2 (dans la limite de 500 €/an).



V

La rémunération du généraliste **UN DOSAGE APPROPRIÉ ENTRE ACTE ET FORFAIT**

Dans le cadre du système conventionnel de soins de santé tel qu'il existe actuellement, la profession médicale reste une profession libérale engagée dans un contrat de soin national, dont quelque 80% des coûts sont supportés par la collectivité (sécurité sociale et finances publiques) et environ 20% directement par le patient (*out of pocket*).

Ce système souple garantit à la population un accès raisonnable aux soins, tout en autorisant - dans certaines limites - la liberté d'honoraires pour les prestataires.

**IL EST GRAND TEMPS DE PROCÉDER À UN
RÉÉVALUATION TARIFAIRE
CONVAINCANT, PASSANT PAR UNE
RÉVISION ÉQUITABLE DE LA NOMENCLATURE.**

LA VISION DU GBO

Le GBO adhère fondamentalement à ce système conventionnel, incarné par les accords médico-mutualistes qui sont conclus entre l'INAMI, les organismes assureurs et les représentants du corps médical. Il n'en est pas moins conscient qu'il faut y **apporter de sérieuses améliorations**.

Ainsi faut-il que la négociation du budget des soins de santé se fasse dans un cadre réaliste, avec des moyens qui correspondent aux besoins de la population.

Les accords médico-mutualistes doivent être respectés, sans que des modifications leur soient unilatéralement apportées durant leur période d'application. Il faut corriger les inégalités de rétribution non justifiables que l'on peut observer entre les différentes spécialités de médecins. Ceci étant acquis, il reste à fixer de manière judicieuse une juste rétribution des professionnels qui intègre à la fois le niveau de l'effort fourni et la valeur du service rendu.

Pour la médecine générale en particulier, **le GBO a toujours défendu une rémunération mixte**, selon un dosage approprié entre des rétributions forfaitaires et des revenus à l'acte.

Sous certaines réserves, on peut, en plus, valoriser les efforts consentis pour améliorer la qualité de la pratique.

Dès lors, dans des proportions qui restent à définir pour continuer à défendre une rétribution adéquate, il faut tenir compte :

- de forfait à la pratique,
- de 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.

Dossiers non classés

En marge des demandes globales ci-contre, s'inscrivant dans le cadre large du financement de la médecine, le GBO poursuit ses efforts sur des dossiers plus particuliers comme par exemple :

- le financement de la consultation longue et/ou la revalorisation du DMGIPU 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 femmes médecins en congé de maternité ;
- l'évaluation des mécanismes d'aide Impulseo et leur affinement ;
- l'instauration d'incitants à l'installation en équipe ou à la mise en réseau de généralistes solos.

LE GBO DEMANDE

- un **cadre stable et réaliste de fixation du budget**, dans une organisation optimale des soins.
- un engagement dans **l'exécution loyale des accords**.
- un **rééquilibrage convaincant des montants des prestations**, passant par une révision équitable de la nomenclature.
- une juste valorisation des **actes** dits **intellectuels** ou réflexifs (par opposition aux actes techniques).
- une répartition des moyens dégagés équilibrée entre partie forfaitaire et partie à l'acte.
- avec prudence, une valorisation de la recherche de qualité.
- une évolution du système de paiement des médecins qui s'oriente vers un honoraire pur, exempt des prélèvements de gestion en particulier dans les hôpitaux.

Enfin, le GBO soutient également **la poursuite du développement**, pour les généralistes qui le souhaitent et les patients qui y adhèrent, **du système de la médecine au forfait**, tel qu'il est appliqué dans des maisons médicales et autres pratiques de groupe.



Formation des futurs médecins

RESTAURER LA DIMENSION PÉDAGOGIQUE

Trop souvent encore, les futurs médecins - stagiaires comme assistants (*) - sont amenés à se former dans des conditions qui ne sont pas optimales. Cela vaut non seulement en milieu hospitalier mais aussi en cabinet de médecine générale.

Le manque d'effectifs et les exigences liées au métier de soins transforment bien trop fréquemment les stagiaires et assistants en de la main-d'œuvre bon marché, voire gratuite.

Leur présence, le fait qu'ils assument des tâches allant des gardes de nuit au travail administratif, sont **nécessaires au simple fonctionnement du service ou du cabinet**. Malheureusement, ces activités ne présentent pas forcément toutes une valeur ajoutée sur le plan pédagogique...

A cette problématique s'ajoute celle de la charge de travail. Il arrive que les conditions de stage (pré)définies ne soient pas

Une ligne d'appel indépendante

Parce que les stagiaires et assistants en difficulté ne savent généralement pas vers qui se tourner pour obtenir plus qu'une écoute compatissante, le GBO propose de les accompagner dans leurs démarches. Il prône également la création d'une ligne d'appel centralisée et indépendante, au carrefour des différentes commissions et instances qui supervisent leur parcours d'apprentissage (universités, commission d'agrément...).

Cette ligne d'appel pourrait être ouverte également, même si le problème est moins fréquent, aux maîtres de stage en difficulté.

UN STAGE, C'EST UN MOMENT DE COMPAGNONNAGE. SON OPTIQUE EST ET DOIT RESTER PÉDAGOGIQUE.

respectées. Les heures supplémentaires ne sont pas rares, par exemple, et dépassent régulièrement les limites légales mises en place.

Un certain nombre de stagiaires et d'assistants rapportent les difficultés qu'ils vivent en stage. Ces **problèmes, tensions ou pressions** génèrent une **détresse parfois importante**, susceptible d'avoir des **répercussions non négligeables** sur la formation puis sur la pratique future du jeune médecin.

En effet, cette détresse est génératrice de burn-out, de moindre investissement dans la formation, de diminution de l'empathie envers les patients et d'erreurs médicales. Elle peut également pousser certains à renoncer à exercer et à se réorienter.

LE GBO DEMANDE

LA VISION DU GBO

Remettre la formation au cœur même du stage est capital. **Le lien entre stagiaire et maître de stage doit pouvoir être essentiellement pédagogique**, basé sur la transmission de savoirs et le respect mutuel, et libéré de toute pression abusive liée en priorité au seul rendement.

Un stage devrait être **un moment de compagnonnage, d'enrichissement et d'épanouissement** pour les deux médecins, l'apprenti et son mentor.

Pour ce faire, il doit avoir du sens et être centré sur l'apprentissage, tant via le fait d'adapter les tâches confiées au jeune médecin que de lui préserver un temps disponible raisonnable afin qu'il puisse également étudier, se reposer et profiter de manière plus épanouissante de cette période de sa vie.

La qualité des soins, aujourd'hui, mais surtout demain, est en jeu.

- De **soutenir les stagiaires et les assistants en difficulté** pendant leurs stages, et de les accompagner vers les structures d'aide existantes (lire encadré Une ligne d'appel indépendante, page 26).
- De **poursuivre l'amélioration de la protection sociale des assistants**, entre autres leur accès à la pension.
- D'envisager l'instauration d'une structure semblable au CCF-FMG (le Centre inter-facultaire francophone en charge de la formation des candidats médecins généralistes) mais centrée sur les assistants spécialistes, veillant au lien pédagogique entre assistant et maître de stage.
- De **respecter les sous-quotas entre médecine générale et médecine spécialisée**, mais aussi **entre les différentes spécialités**, afin de former les médecins de demain dans une optique de santé publique et d'avenir - et non pour combler les actuels besoins organisationnels des services hospitaliers.
- De **mieux soutenir les maîtres de stage** dans leur mission.
- De **limiter le nombre d'assistants par maître** de stage.



VII

La concertation À RÉTABLIR, PLUS QUE JAMAIS !

Bien des gens confondent autorité et pouvoir. Certains dirigeants ont certes le pouvoir, mais aucune autorité, car ils méprisent... toutes les autorités (les scientifiques, les juges, la presse, et tous ceux qui pourraient les contredire).

C'est le caractère nécessaire de l'autorité, voire indispensable à la structure de toute société, qui la rend légitime pour le plus grand nombre (à condition, bien sûr, qu'elle soit régulière juridiquement) et qui permet de l'opposer à tous.

L'autorité, souvent aux antipodes de l'autoritarisme, repose sur un consensus social large, où l'intérêt de la communauté prime

**LES MÉDECINS ET LEURS REPRÉSENTANTS
SONT DES INTERLOCUTEURS LÉGITIMES ET
RESPONSABLES. DÉFINIR LES GRANDES
ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ
NE PEUT SE FAIRE SANS LES IMPLIQUER.**

sur l'intérêt individuel. La société étant en constante évolution, ce qui fondait les principes d'hier peut toujours être questionné par la science ou la conscience collective d'aujourd'hui. Bref, ce « contrat social » peut toujours être remis en question.

Avoir le pouvoir sans l'autorité mène à des fractures, qui sont dues au manque de légitimité des mesures prises. Qui conduit à son tour à un manque d'adhésion - si pas à un rejet - de la part des premiers concernés.

La légitimité des décisions en matière de santé plonge ses racines dans les études scientifiques, dans les avis d'experts mais aussi - impérativement ! - dans la concertation avec ceux dont soigner est le métier au quotidien. Cette concertation a fait cruellement, très cruellement, défaut au Fédéral sur la législation écoplée.

Les médecins, par l'entremise de leurs représentants, se sont heurtés à une gouvernance qui met à mal le système historique de concertation de l'INAMI. Ils se sont frottés à un cabinet qui n'écoute pas réellement. Qui soumet - tardivement et pour avis - les plans qu'il a en tête et décide quand même seul. Au niveau des entités fédérées, le bilan n'est pas beaucoup plus brillant.

- A Bruxelles, on ne peut que déplorer l'absence de représentation des médecins (et des autres prestataires de soins) au sein d'Iriscare. On ne les retrouve pas non plus dans la structure d'appui d'aides et de soins de la Région bruxelloise.
- Au sud du pays, le retard s'accumule dans l'installation du Conseil de stratégie et de prospective de l'AViQ, qui devrait comprendre des médecins et dont on attend qu'il éclaire de ses avis la politique de santé wallonne.

LE GBO DEMANDE

- De **considérer les médecins et leurs représentants comme des interlocuteurs légitimes et responsables**, mettant un point d'honneur à respecter leurs engagements, dignes de confiance - et, partant, dignes de dialogue.
- D'assurer, au niveau des entités fédérées, un niveau de représentation des syndicats équivalent à celui qui existe au niveau fédéral.
- De **compléter les moyens financiers propres du syndicalisme médical** de sorte à en garantir le bon fonctionnement. Celui-ci est nécessaire au mécanisme même de la concertation, laquelle est une condition *sine qua non* pour faire aboutir les réformes.
- D'**inviter** (ou de recommencer à inviter) systématiquement **le corps médical**, quand il s'agit de définir les **grandes orientations de la politique de santé**. Et ce, sans faux-semblant. Avec une réelle volonté de tenir compte des observations et suggestions des professionnels.



Le « MG au centre » ? De beaux discours... ... **MAIS À QUAND LES ACTES ?**

Cela fait des dizaines d'années qu'à toute occasion, sous les lampions d'une célébration ministérielle ou « simplement » lors de négociations entre protagonistes de la santé, on nous répète d'un air solennel que les généralistes ont un rôle essentiel dans le système de soins, qu'ils sont « au centre du dispositif ».

De fait, les études scientifiques le prouvent à l'envi : une première ligne forte (donc une médecine générale forte) améliore la qualité des soins, surtout si cette ligne est structurée.

Fort bien. Hélas, il y a loin de la coupe aux lèvres. Le poids des lobbies hospitalo-centrés, pharmaceutiques et technologiques a tôt fait de réduire à néant les bonnes intentions affichées. La politique est affaire humaine, et industries et hôpitaux créent des bassins d'emploi - et donc d'électeurs.

Maintenir le cap imprimé par la force d'inertie en intéresse plus d'un. La politique de santé, et ce depuis longtemps, est davantage orientée vers le remboursement de soins que modelée en fonction des besoins objectifs.

On aurait pu croire qu'une généraliste aux Affaires sociales et à la Santé ferait davantage bouger les choses. Maggie De Block est arrivée avec beaucoup de projets, sans doute trop. Leur application a été partielle et donc partielle. Il y a eu beaucoup d'effets d'annonce et des retombées regrettables.

Quelques exemples :

- Les **lieux de concertation** sont devenus **moins nombreux** et leur **influence** s'est **réduite**. La suppression du groupe de travail 'garde' de la commission médico-mutualiste pour le remplacer par une chambre d'entérinement de décisions ministérielles est l'exemple type du mépris affiché pour les généralistes.
- **De nombreuses composantes de l'e-santé sont allées trop vite**. Et rarement dans le sens d'une informatique au service du prestataire ; le plus souvent, c'est l'inverse ! L'illustration la plus frappante est la prescription électronique, excellente dans son principe, en théorie facile pour les médecins... mais quand tout fonctionne. De plus, la subsistance d'un papier à émettre réduit considérablement l'avantage initial. Sans compter que les discours matamoresques sur son côté obligatoire imminent ont découragé des médecins plus âgés.

**DANS LES DISCOURS POLITIQUES,
LE GÉNÉRALISTE EST ENCENSÉ.
DANS LA RÉALITÉ, SA FAMEUSE
PLACE CENTRALE NE SAUTE
PAS AUX YEUX...**

- **Des réformes ont été lancées sans moyens appropriés**. Réduire les durées de séjours hospitaliers, miser sur l'ambulatoire..., d'accord. Mais encore faut-il que structures hospitalières, médecins et infirmières reçoivent de quoi concrétiser les nouveaux modèles. Certains états américains comme le Massachusetts ou le New Jersey ont mené une politique concluante en la matière, mais synonyme d'investissements importants.

LE GBO DEMANDE

- D'enfin passer à des **concrétisations qui confortent vraiment le rôle pivot du généraliste** (et/ou de conserver les bons réflexes qui sont apparus dans certains dossiers).

Ainsi faut-il par exemple, aux différents niveaux de pouvoir :

- **adopter une politique d'échelonnement moins timide** qu'actuellement
- impliquer systématiquement et dès le départ la **médecine générale** en tant que **partenaire à part entière dans toute réflexion sur des modèles de soins innovants**, notamment transmuraux (raccourcissement des hospitalisations, alternatives à l'hospitalisation, soins intégrés en faveur des malades chroniques...)
- doter les médecins généralistes de **moyens suffisants** pour qu'ils puissent, dans le cadre du virage ambulatoire, remplir pleinement leur rôle essentiel dans les **soins techniques complexes à domicile**
- évaluer les actuels dispositifs d'aide à l'installation des médecins généralistes (les interventions Impulseo), afin de les affiner ; les compléter si nécessaire

- accorder un **soutien financier accru aux organisations représentatives** de la médecine générale (syndicats, Société scientifique de médecine générale, cercles de médecins généralistes, Collège de la médecine générale francophone...) pour l'exécution de leurs missions d'intérêt public

- **solliciter l'avis de la médecine générale** - par l'intermédiaire notamment de ses cercles et fédérations de cercles, entités au plus près des réalités locales - dans la définition et l'installation de bassins de soins (ou de « zones de soins de première ligne » à l'instar de la Flandre)

- **impliquer ou continuer à impliquer les cercles dans toute opération de recensement** des forces vives en médecine générale omnipraticienne ; à échelle provinciale et communale : les consulter pour définir des mesures tendant à l'attraction et la rétention de généralistes

- prendre en considération l'avis du jeune Collège de la médecine générale francophone pour toute matière concernant celle-ci.



IX

Généralistes et autres lignes de soins S'ORGANISER, RÉPARTIR, ENCOURAGER LES BONS PARCOURS

Actuellement, l'articulation entre lignes de soins (entre médecins généralistes et médecins spécialistes, ou sphère ambulatoire et hospitalière) n'est pas idéale.

La liberté diagnostique et thérapeutique des médecins est protégée par la loi. Les médecins n'en sont pas moins tenus de s'abstenir de prescrire, pratiquer ou laisser pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des prestations qui seraient inutiles ou trop coûteuses. Si on veut, dans un contexte de ressources budgétaires limitées, préserver cette liberté, le corps médical

doit savoir faire montre d'une gestion responsable. Sur le plan de l'organisation des soins, une **collaboration plus efficiente entre généralistes et spécialistes est indispensable.**

La fonction pivot du médecin de famille dans les parcours de soins coordonnés doit devenir une réalité (lire aussi page 30).

Bien que sa mise en œuvre pratique reste compliquée, **un certain degré d'échelonnement est nécessaire**, sans tomber dans une systématisation irréaliste, rigide et impraticable. Faute de

Du liant entre métiers de la première ligne

Il n'y a pas que l'articulation entre l'hôpital et la médecine ambulatoire qui réclame de l'attention. Le médecin généraliste doit composer avec le vieillissement démographique de la population, qui s'accompagne d'une augmentation des affections chroniques et des cas complexes de cumul de pathologies. Pour gérer ces situations au long cours, il doit idéalement s'inscrire dans un réseau de première ligne efficace et travailler en bonne intelligence avec les autres acteurs : les pharmaciens, les infirmiers à domicile, les kinés...

A l'heure actuelle, la première ligne de soins demeure fragmentée, rarement capable de s'exprimer d'une seule voix.

Le GBO soutient et participe à des initiatives visant à mieux organiser cette ligne et à mettre du liant entre ses composantes. Il a activement contribué à la création récente de la PPLW, la Plateforme de la Première Ligne Wallonne, qui fédère de nombreux métiers de santé de l'ambulatoire. La réflexion est en cours à Bruxelles pour y constituer une entité analogue.

FLUIDIFIER LES RAPPORTS ENTRE LIGNES SUPPOSE UN (CERTAIN) ÉCHELONNEMENT, UNE VENTILATION CLAIRE DES TÂCHES ET UNE INFORMATIQUE PERFORMANTE.

cet échelonnement mesuré, le rôle du médecin traitant va s'éroder au fil du temps. De nombreux patients considèrent en effet comme un droit de s'adresser directement au spécialiste.

Les parcours de soins coordonnés constituent un premier pas sur la voie d'une optimisation de la collaboration entre médecins généralistes et spécialistes, moyennant un accord préalable entre professions quant à la répartition des tâches.

Mais il peut également exister des parcours qui n'impliquent pas de spécialiste(s). Les actuels 'trajets de soins' ont montré tant leurs limites que la capacité des généralistes à gérer nombre de cas sur la durée, en s'appuyant sur une collaboration multidisciplinaire en première ligne de soins, dans un climat de respect mutuel des expertises (lire encadré).

Dans le cadre d'un parcours de soins coordonnés, avec ou sans spécialiste, le patient est soutenu et conseillé dans ses choix par son médecin traitant, qui reste son référent.

Médecine en prison : d'un ministère à l'autre

Depuis des années, on parle de transférer la tutelle sur la médecine pénitentiaire de la Justice à la Santé publique. On s'en doute, cette réforme est complexe, ne serait-ce qu'au niveau de l'assurabilité des détenus, voire coûteuse, d'après les précédents intervenus à l'étranger. Le GBO estime toutefois qu'il faut absolument s'attaquer aux dysfonctionnements régulièrement dénoncés dans le secteur, et souvent imputés au manque de moyens de la Justice en général.

Le but est de garantir aux patients incarcérés des soins d'une qualité équivalente à ceux prodigués hors de l'enceinte.

Les points d'attention sont nombreux, depuis les temps d'attente inacceptables pour l'extraction et l'acheminement vers l'hôpital des prisonniers nécessitant des soins spécialisés, jusqu'à l'articulation perfectible avec la médecine générale, qui le plus souvent prend le relais à la sortie de prison sans qu'il y ait eu une transmission d'infos digne de ce nom. Il faut par ailleurs réaffirmer le rôle central que les généralistes jouent au quotidien au sein du service médical qui, dans chaque prison, assure les soins de première ligne.

Le GBO rappelle que le KCE avait proposé en 2017 un certain nombre de scénarios pour amender la situation. Il est grand temps de s'atteler plus activement à la problématique.



LE GBO DEMANDE

- D'instaurer de **vrais régimes d'échelonnement progressif**, synonymes de réduction ou de suppression de ticket modérateur pour le patient référé par son généraliste, et ce dans toutes les spécialités. Le système doit être soutenu par une procédure administrative simple. De cette façon, via des mécanismes de remboursement préférentiel pour le patient qui emprunte le bon parcours de soins et via une répartition prédéfinie des tâches entre le médecin traitant et le spécialiste, on en arriverait à appliquer les meilleurs soins, au bon endroit, au moment opportun et par le prestataire le plus indiqué.
- De **mettre en place un système de rendez-vous prioritaire chez le spécialiste quand la demande émane du médecin généraliste**. Il n'y aurait pas de supplément d'honoraires si le renvoi répond à des objectifs prioritaires de santé. Le patient ne serait plus tenté de passer par les urgences pour être vu dans un délai rapproché, ni de recourir à des consultations « privées » à tarifs majorés (chez des spécialistes exerçant en cabinet en marge de leur activité hospitalière).
- De veiller, pour concrétiser tout ceci, au développement de l'informatisation et à la transmission bidirectionnelle des données entre généralistes et spécialistes, dans le respect du secret professionnel et de la vie privée en vue de l'amélioration de la qualité des soins (continuité entre autres) par le partage des données.
- D'examiner comment faire de la télémédecine un nouveau mode de collaboration interligues (lire page 21)



Grands travaux inutiles, ou inaboutis **VOIR LOIN, ET Y METTRE LES MOYENS**

En s'installant à la tête d'un ministère, tout homme ou femme politique entend (re)mettre de l'ordre dans ce qui dysfonctionne à ses yeux et donner ses propres impulsions. C'est un dynamisme logique et tout à son honneur. Pourtant, vouloir en faire trop, ou trop vite, conduit à ce que... rien ne se fasse.

Il ne faut pas vouloir tout réformer en parallèle, certainement pas si – de surcroît – on ne met pas dans chaque chantier les

moyens utiles et qu'on n'organise pas une concertation préalable digne de ce nom avec les secteurs et métiers concernés (lire page 30).

Le système des soins de santé belge est d'une grande complexité, encore accrue par l'éclatement des compétences entre Fédéral et régions fédérées. Pourquoi ne pas avoir la sagesse de reconnaître, dès le départ, qu'une mandature ne

suffit généralement pas à mener à bien des réformes profondes ?

La Belgique aurait besoin de se doter d'une politique de santé mûrie et qui transcende les législatures.

LA BELGIQUE A DES PLANS THÉMATIQUES,
MAIS MANQUE D'UN PLAN GLOBAL
DE DÉVELOPPEMENT DE SANTÉ
PUBLIQUE, GAGE DE COHÉRENCE
ET DE CONTINUITÉ DANS LES EFFORTS.

Certes, il existe bien divers plans thématiques (le cancer, la santé mentale, les soins non programmables, la réorganisation du paysage hospitalier, l'e-santé...), mais ils ne s'articulent pas, ou mal, entre eux. **Le pays pâtit de l'absence d'un plan global de développement de santé publique, gage de cohérence et de continuité dans les efforts.**

Dans cette vision stratégique, pensée à long terme, les soins et leur organisation ne constitueraient qu'un seul des aspects abordés. En effet, ils influencent la santé d'une population, mais d'autres déterminants puissants sont à l'œuvre également. Les facteurs biologiques et génétiques de chacun, par exemple, et les habitudes de vie, mais aussi l'environnement physique (la qualité de l'air, le logement...) ou encore le contexte social et économique (l'éducation, l'emploi, la sécurité du revenu...).

Ce plan pluriannuel de santé doit être orienté « besoins ». **Une première mission des pouvoirs publics pour en poser la base est donc la détermination des besoins des citoyens.**

Il en découlera des objectifs à atteindre pour les satisfaire et des méthodes à appliquer. Des indicateurs devront être élaborés, permettant d'évaluer l'efficacité des actions.



DEMANDE D'EVITER CERTAINES IMPASSES

Contrairement aux autres chapitres de ce mémorandum dans lesquels le GBO suggère des pistes, dans cette section, il cite des impasses à éviter. Par exemple, il demande aux futurs gouvernants:

- de ne pas réitérer **sans y injecter des moyens suffisants** une expérience comme les projets pilotes soins intégrés aux malades chroniques. Ils partent évidemment d'un concept intéressant de décloisonnement de la prise en charge et de co-construction de nouveaux modèles de soins avec les professions. Toutefois, condamnés à « tourner petit », ils découragent les participants.
- de **ne pas détricoter des procédures ou fermer des lieux de concertation qui fonctionnaient** pour les remplacer par d'autres process, d'autres instances, autoritaires et fermées à la discussion avec le terrain. Le démantèlement du groupe de travail garde de la médico-mut, préparant les dossiers de développement des postes, constitue un exemple à ne pas suivre.
- de ne **pas paralyser arbitrairement tout un secteur** de la dispensation de soins à la population, notamment plus précarisée : la médecine au forfait. La création de nouvelles structures a été gelée le temps d'un audit qui s'est éternisé et les propositions concrètes émises par le secteur lui-même pour en améliorer le financement sont toujours lettre morte.
- de ne pas reproduire le scénario devenu trop classique (on l'a encore observé dans les dossiers arrêté 78 ou « loi qualité ») des grands-messes de consultation de départ, suivies d'un... immense silence radio.



Groupement Belge des Omnipraticiens

MÉMORANDUM 2019

Une publication du GBO, Groupement belge des omnipraticiens

Rue Solleveld, 68

1200 Bruxelles – Belgique

T 02 538 73 65

secretariat@le-gbo.be

www.le-gbo.be

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