

10 questions au Dr Paul De Munck (GBO/Cartel) et au Dr Elodie Brunel (Absym) : interview croisée

Actualité

BRUXELLES 05/06 - A l'approche des élections médicales, qui débutent demain, Mediquality propose un entretien croisé avec deux médecins généralistes des deux grands syndicats :Le Dr Elodie Brunel de l'Absym et Dr Paul De Munck du GBO/Cartel, pour comprendre leurs points de vue différents sur divers sujets d'actualité.



Dr Paul De Munck (GBO/Cartel) et Dr Elodie Brunel (Absym) © Carole Stavart © Absym

1. En tant que médecin généraliste est-il encore facile aujourd'hui de travailler en solo ? cette pratique solo est-elle encore envisageable dans l'avenir ? Est-il encore concevable de proposer des consultations à domicile ?

Dr Elodie Brunel : A l'ABSyM, nous estimons que la pratique solo doit pouvoir persister pour respecter les sensibilités individuelles des médecins. Toutes les pratiques doivent pouvoir co-exister et être traitées équitablement, ce qui n'est actuellement pas le cas. C'est d'ailleurs parce que nous estimons que toutes les formes de pratiques se valent que nos négociateurs se sont battus pour que les médecins généralistes en pratique solo puissent aussi adhérer au New Deal.

Les visites à domicile représentent 1/5 contacts à l'heure actuelle. Il est inconcevable de les arrêter. Cela fait partie des spécificités de la médecine générale et c'est l'une de nos forces. Nos patients les plus fragiles ont besoin de nous s'ils sont physiquement incapables de se déplacer, séjournent dans les maisons de repos ou sont en fin de vie à domicile. L'ABSyM a d'ailleurs obtenu dernièrement une revalorisation des visites multiples en maison de repos en supprimant les codes des visites doubles et triples.

Dr Paul De Munck : Il est en effet de plus en plus difficile aujourd'hui de continuer à travailler voire d'envisager de travailler en solo en MG et, du reste, la tendance lourde des générations de MG qui s'installe est de chercher la pratique de groupe monodisciplinaire voire pluri disciplinaire. Au GBO/Cartel, si nous pensons que la pratique solo sera de moins en moins souhaitée par les générations à venir, nous continuerons à défendre les MG qui optent pour cette pratique malgré tout, même si nous voyons des avantages indéniables à la pratique groupée mono ou pluri disciplinaire (meilleure possibilité d'organisation du temps de travail de chaque MG, partage de tâches, mutualisation de moyens, échanges entre pairs et avec les autres prestataires de soins, etc.).

2. Que pensez-vous du New deal ?

Dr Elodie Brunel : Il est encore un peu tôt pour se prononcer en n'ayant pas encore connaissance du montant des financements mis en jeu. Il faudra voir lors de la mise en route et rester attentif à ce que « la forfaitarisation » même partielle du New Deal ne soit pas la porte ouverte à une charge de travail supplémentaire pour les médecins. Paradoxalement, tout porte à croire que la charge administrative dans le New Deal sera plus importante pour le médecin alors que c'était précisément là que l'on demandait une réduction de la charge de travail pour consacrer plus de temps à nos patients et à nos vies privées.

Les premières moutures du New Deal comportaient de nombreuses lacunes. Comme je l'indiquais ci-dessus, les pratiques solos étaient exclues du New Deal, mais aussi les MG non conventionnés ou encore les MG qui n'arrivaient pas aux 1000 patients fixes. Ce sont là quelques exemples de conditions que l'ABSyM est parvenue à faire annuler. Notre syndicat continue à se battre pour obtenir plus de clarté quant au modèle de financement. Il n'est pas envisageable que les MG qui passent au New Deal soient confrontés à une perte de revenus. En outre, cette troisième voie doit aussi conserver suffisamment d'incitants liés aux prestations. Le New Deal ne peut pas conduire à ce que les médecins veuillent prendre en charge moins de patients car cela entraînerait un réel problème en matière d'accessibilité aux soins.

Dr Paul De Munck : Dans la mesure où le New Deal est une 3^e voie proposée de manière optionnelle par le Ministre Vandenberghe, le GBO/Cartel participe à l'élaboration du

modèle de financement de cette 3 e voie. Force est de constater que nombre de MG se plaignent de devoir prêter plus d'actes qu'ils ne le souhaiteraient pour allier à la fois une source de revenus suffisante et un équilibre entre vies professionnelle et privée. La 3 e voie répondra peut-être à ce souhait. Certes, le GBO/Cartel a émis plusieurs réserves et a fait part d'un certain nombre de questionnements dont certains ont déjà été pris en compte lors des échanges au sein du groupe de travail ad hoc de l'INAMI. Un des points les plus important sur lequel le GBO/Cartel a insisté est de faire en sorte que ce nouveau modèle à option ne défavorise en aucune sorte les autres types de pratiques existants. Rappelons que, dans un premier temps, le modèle ne sera proposé qu'à une centaine de candidats. L'histoire nous dira si ce modèle et son mode de financement rencontrera l'adhésion des généralistes.

3. Quelles seraient selon vous les solutions face à la pénurie de MG en Wallonie et à Bruxelles ? L'augmentation du quota des numéros Inami et l'examen d'entrée, sont-ils des moyens suffisants pour y faire face ?

Dr Elodie Brunel : C'est un des moyens mais ce n'est pas suffisant. Il faut surtout renforcer l'attractivité de la médecine générale pour attirer et garder les jeunes vers cette profession. Une des solutions serait de renforcer l'aide administrative et opérationnelle pour tous les généralistes et une réorganisation de la garde. (p. ex. 1733 de type 2)

Une piste pourrait être de permettre des aides communales et provinciales pour l'occupation des bâtiments par exemple. Une autre piste pourrait être d'augmenter la rémunération des assistants qui choisiraient de faire leur assistantat en zone de pénurie. Un prêt d'études pourrait être accordé par les communes et quartiers en pénurie aux étudiants en master qui s'engagent à opter pour la médecine générale et à s'installer cinq ans dans ces communes et ces quartiers. Une autre piste pourrait aussi être de privilégier les maîtres de stage travaillant en zone de pénurie.

Il faut d'ailleurs de ce point de vue que les zones Impulseo soient revues et ce de façon urgente et systématiser annuellement cette révision. Voilà donc parmi d'autres des pistes de solutions que soutient l'ABSyM. Trouver des solutions pragmatiques à cette pénurie est vraiment un défi qui me tient à cœur car je travaille moi-même dans une zone en pénurie. Or, dans les zones touchées par la pénurie de médecins généralistes, ce sont à la fois les MG de la région qui subissent la pression car ils ont l'impression de ne plus pouvoir répondre correctement aux demandes de tous les patients, et les patients qui sont pénalisés car trouver un médecin est parfois une réelle sinécure.

Dr Paul De Munck : Ce n'est pas un concours qui va résoudre les problèmes actuels de pénurie en MG mais il ne va pas l'empirer non plus, pour autant que le nombre de médecins pouvant être admis chaque année soit correctement calculé sur base des besoins réels et tienne compte de la déperdition (durant les études ou en cours de carrière). La récente modification des sous-quotas MG/MS que nous avons obtenue de haute lutte (51% de MG par cohorte annuelle de diplômés dès 2029) devrait permettre à moyen terme d'arriver au nombre de praticiens nécessaires (pour autant que ce quota soit maintenu à minima chaque année) mais n'est pas encore suffisante pour pouvoir répondre aux besoins croissants de la population.

D'autres facteurs jouent sur le nombre optimal de médecins : temps de travail, disponibilité et développement du temps partiel en MG. Il est certain que la combinaison du vieillissement, de l'accroissement des maladies chroniques et de l'allègement du temps de travail nécessitera un nombre plus élevé de praticiens que ce qui se dessine actuellement sur base des nouveaux promus. Selon nos calculs, un MG travaillant 40h/sem. et consacrant 73% de son temps en contacts patients à raison de 3 rendez-vous/heure pourrait avoir une patientèle de 800 personnes (alors qu'on se base sur un chiffre de 1.190 patients pour déterminer qu'une zone est en pénurie ou non). Le GBO/Cartel continuera donc à se battre pour sécuriser ce minimum de 50% de diplômés annuels en MG (avec un minimum de 500 MG).

Pour arriver à une adéquation entre l'offre de médecins et les besoins en santé publique, il est également impératif de définir la répartition des rôles au sein de la 1^{re} ligne et entre les 2 lignes de soins pour passer de la concurrence à la coopération entre MG et MS selon le principe de l'échelonnement incitatif, et passer ainsi à un mode d'organisation des soins basé sur le principe de subsidiarité (càd la recherche du niveau pertinent d'action : ne pas faire à un niveau plus élevé ce qui peut l'être avec plus d'efficacité à un échelon moins formé/spécialisé).

Il faudra également favoriser l'installation des généralistes dans les zones en pénurie et/ou à faible densité de population via une politique d'installation réellement incitative et non coercitive. En attendant l'impact positif de ces mesures, chaque niveau de compétences (fédéral et entités fédérées) devraient faire des propositions. À court terme, il faudrait déjà :

- Prendre conscience à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et des niveaux de pouvoirs de l'importance d'une première ligne forte
- Éviter des coups comme le dernier en date avec le 1733 ! et régler les problèmes de garde le plus rapidement possible= compétence et responsabilité du fédéral
- Augmenter l'attractivité dans les zones en pénurie grave = actions des communes, provinces, région wallonne
- Trouver des plans B, comme organiser à l'échelle des cercles un « temps partagé solidaire », des MG « mobiles », vacations dans les villages sans MG.
- Faire participer et surtout écouter et entendre les MG et ses représentants dans les sphères politiques

À moyen terme :

- Nouvelle forme de pratique : new deal et Infirmer de pratique de 1^{ere} ligne et/ou assistants médicaux
- Améliorer les revenus des MG (la moyenne en MG correspond à la médiane en MS)

À long terme :

- Étudier comment faire revenir les hommes dans les facultés de médecine !
 - Tenir compte du fait qu'aujourd'hui il faut au minimum de 1,5 à 2 médecins pour remplacer 1 MG ETP qui part à la retraite
 - Académisation de la MG : plus de professeur en médecine générale (30% ?) recherche en soins primaires et en MG
 - Renforcer et Fusionner les DUMG avec les écoles de SP parce que la MG est une médecine populationnelle avec des missions importantes en santé publique. Le MG est le médecin de la complexité tout au long de la vie « du ventre de la mère jusqu'au ventre de la terre ».
- Enfin, Avant de se prononcer sur la suppression radicale du NC, le GBO/Cartel souhaite obtenir des réponses à toutes les questions qui restent en suspens, comme : les

mécanismes garantissant (en cas de suppression du NC) la réponse aux besoins des spécialités en pénurie et les questions en matière d'éthique et de solidarité, non seulement dans le cadre belge, mais aussi dans le cadre européen et international.

4. Pourquoi avoir souhaité repousser la date opératoire pour le 1733 ? Quelle est l'alternative selon vous ?

Dr Elodie Brunel : A l'ABSyM, nous voulons que les modalités ne soient mises en place que lorsque le 1733 de type 2 sera opérationnel. Nous souhaitons que les cercles de médecins généralistes restent maîtres de la décision dans ces structures. Nous avons porté deux recours au Conseil d'Etat aux côtés de deux cercles qui considèrent impossible leur adhésion à une coopération fonctionnelle.

Dr Paul De Munck : Les nouvelles modalités du 1733 n'ont pas été concertées avec le terrain et, après avoir été reportées à la demande du GBO/Cartel, de la FAGW et de l'Absym, elles sont finalement entrées en vigueur depuis mars. Il est impératif de les revoir et de mettre en œuvre 3 promesses faites par les autorités:

- Organiser, dans le cadre du GT 'régulation' du Conseil national des secours médicaux d'urgence, une réunion spécifique 1733 avec une bonne représentation de médecins généralistes pour revoir les niveaux 6 et 7 du Manuel belge de régulation médicale.
- Mieux organiser la concertation entre urgentistes et médecins généralistes.
- Organiser un webinaire pour informer les médecins généralistes du fonctionnement du 1733.
- Dans tous les cas, le GBO/Cartel propose que :
- Là où les MG l'estiment utile, la garde pendant la nuit noire soit réservée aux seuls patients grabataires à domicile, en MR/MRS ou en soins palliatifs (et les certificats de décès non prévus).

Le MG de garde doit pouvoir alors rester chez lui pendant la nuit profonde vu le nombre réduit d'appels, les autres appels de nuit profonde étant délégués aux hôpitaux.

- La mise en œuvre des futures coopérations fonctionnelles ne démarre pas sans une opérationnalité sur l'ensemble du territoire belge du 1733 opérant un véritable tri.

5. Que pensez-vous de l'échelonnement et de la délégation de certaines tâches ?

Dr Elodie Brunel : L'échelonnement ne devrait pas être obligatoire mais incité pour favoriser l'emploi du meilleur soignant au meilleur endroit au meilleur moment. Mais ce système n'est possible qu'en cas de présence suffisante de médecins généralistes sur le terrain et de certains spécialistes aussi d'ailleurs !

A l'ABSyM, nous ne sommes pas du tout opposés à la délégation de certaines tâches mais à condition que celle-ci soit prescrite par un médecin généraliste sous sa responsabilité. Par contre, nous sommes opposés à la subsidiarité qui permettrait à des non médecins de réaliser des actes de médecine générale sans qu'ils ne soient prescrits. Ceci pose un problème tant pour la qualité de soins que par la dilution des responsabilités qu'elle entraînerait.

Dr Paul De Munck : Le principe de l'échelonnement et d'un partage et délégation partiels des tâches est défendu depuis toujours pas le GBO/Cartel parfois contre vents et marées (cf. le point échelonnement est de notre programme).

6. Quelles sont selon vous les limites des droits du patient ?

Dr Elodie Brunel : Elles sont définies par nos responsables politiques. Nous n'avons pas grand-chose à y dire. Il y a les droits des patients mais aussi les devoirs. Il ne faut pas l'oublier. La « consommation » des soins doit être responsabilisée sans pour autant rentrer dans une médecine à deux vitesses. Nous sommes toutefois à un tournant important de ces droits du patient étant donné qu'une modernisation de la loi sur les patients de 2002 est sur la table. Quand je dis que nous n'avons pas grand-chose à dire, c'est maintenant le moment de nous faire entendre en tant que syndicat car c'est maintenant que se décident les termes des droits du patient de demain. L'ABSyM insiste pour que les patients soient aussi responsabilisés. On ne peut imaginer que les patients n'aient que des droits et les médecins que des devoirs.

Dr Paul De Munck : Le patient doit absolument avoir accès à toutes les données de soins et de santé le concernant via le DMI. Mais le MG doit impérativement pouvoir conserver des notes personnelles sur un patient, sans que celui-ci puisse y avoir accès et ce, pour des questions éthiques évidentes.

7. Quelle serait la ou les solutions pour limiter les tâches administratives ?

Dr Elodie Brunel : Premièrement ne pas en créer de nouvelles. Encore améliorer l'outil informatique avec par exemple l'uniformisation des certificats médicaux. Il faut permettre de cumuler les Impulseo 2 pour le secrétariat et le télésecrétariat. Et dans le New Deal, accorder un financement fédéral pour les assistants de pratique.

Dr Paul De Munck : Le GBO/Cartel s'est associé à l'action Crocodile bleu initiée en Flandre et développée en francophonie par la suite au sein du Collège de la MG et avance en outre plusieurs solutions pour réduire la charge administrative des MG :

- Les remboursements conditionnels : la majorité des médicaments doit rester en Chapitre I. Pour les médicaments les plus coûteux, utilisés en MG, le GBO/Cartel, à contre-courant, a obtenu que la plupart d'entre eux (hormis hélas l'oxygène) figurent en Chapitre II. Les demandes résiduelles doivent être facilitées par un chapitre 4 électronique, fonctionnel et opérationnel dans tous les cas.

- Les certificats et formulaires administratifs : leur informatisation, standardisation et délivrance informatique permettra d'en diminuer fortement la charge. Il faudra néanmoins tenir compte de

la fracture numérique à laquelle sont confrontés certains médecins et une partie de la population.

Il faudra également envisager d'augmenter le financement des Impulseo II et III pour favoriser l'embauche de personnel administratif, ce qui économisera de la main-d'œuvre « MG ».

De leur côté, les administrations devront fournir un effort pour NE PLUS JAMAIS demander aux MG de remplir des données qu'elles possèdent déjà et proposer des formulaires pré-remplis

avec cases (papier ou, mieux encore, informatisés) qui auront préalablement été négociés et validés par les représentants de la profession. Tout document superflu encore demandé actuellement devra être estampillé du crocodile bleu...

• L'incapacité :

• En matière d'incapacité de travail, nous saluons la simplification par l'entrée en vigueur du certificat électronique (Multi-e-Mediatt). Il faudra étudier les avantages et les risques médicaux et sociaux de la proposition d'une levée de l'obligation de certificats pour les incapacités de moins de 4 jours. Nous savons qu'aux Pays-Bas, la non-obligation d'un certificat avant le 4 e jour d'absence est assorti d'un non-paiement de salaire pendant ces jours-là.

• En matière d'incapacité scolaire, la parole des parents doit être suffisante pour des incapacités non récurrentes de trois jours ou moins. Un certificat ne devrait être exigé que pour des absences récurrentes et anormalement fréquentes ou des décrochages scolaires qui nécessitent une prise en charge aussi bien médicale que psychologique...

8. Quel est pour vous l'impact écologique sur la santé ? Et comment y faire face ?

Dr Elodie Brunel : C'est très important... C'est même un problème de société majeur, trop long d'ailleurs pour en parler ici, mais j'intègre la responsabilité environnementale dans ma pratique : A chaque prescription par exemple j'essaie de diminuer l'irradiation inutile de nos patients. Et j'essaie également de travailler dans des locaux adaptés (isolation, chauffage, tri des déchets...)

Dr Paul De Munck : Le changement climatique influe sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé : air pur, eau potable, nourriture en quantité suffisante, sécurité du logement. Il s'agit de la plus grande menace pour la santé à laquelle l'humanité est confrontée, et les professionnels de la santé du monde entier sont déjà confrontés aux effets pour la santé résultant de la crise en cours (vagues de chaleur, tempêtes et inondations, perturbation des systèmes alimentaires, l'augmentation des zoonoses, des toxi- infections alimentaires et des maladies à transmission hydrique ou vectorielle, ainsi que des problèmes de santé mentale).

Selon le paradigme Health in all Politics (HiAP) du Pr Ilona Kickbusch, politologue spécialisée dans la santé mondiale, il est plus sensé d'intervenir systématiquement sur les déterminants de la santé (environnement, pollutions diverses, logement, éducation, etc.) en réfléchissant aux effets sanitaires des diverses politiques économiques, sociales et environnementales, que de laisser à la seule santé publique la gestion des conséquences pathologiques d'environnements éco-socio-économiques délétères. Pour faire face au changement climatique, il est donc impératif de mettre en œuvre de véritables politiques de santé publique et de santé communautaire.

9. Utilisez-vous l'IA dans votre pratique si oui comment ? Et quelle est la limite selon vous ?

Dr Elodie Brunel : Personnellement je n'utilise pas d'outils IA. À ce jour aucune application gérée par l'IA n'a démontré un réel intérêt pour la médecine générale. L'humain occupe encore une place trop importante dans notre beau métier et heureusement ! Mais c'est un domaine qui va très certainement se développer dans les années à venir et il faudra tenir compte de cette évolution.

Dr Paul De Munck : Les outils de l'intelligence artificielle (IA) joueront à terme, un rôle évident dans les soins de santé, par exemple en améliorant le diagnostic de maladies (radiologie, dermatologie,...), mais il devront toujours être utilisés pour compléter, et non remplacer, le jugement clinique des médecins généralistes. À l'heure actuelle, les modèles de LLM comme ChatGPT ne sont pas fiables puisqu'ils utilisent des sources sans discernement (alors qu'ils devraient recourir exclusivement à des textes médicaux faisant autorité en EBM) pour générer leurs réponses, rendant impensable actuellement de suivre celles-ci pour compléter le jugement clinique sans risque d'erreur, a fortiori de manière juridiquement défendable. Les avantages potentiels de l'utilisation de l'IA ne doivent en effet pas faire oublier ses préjudices potentiels dû à un mauvais usage, non encadré par une réglementation entourant son développement et son utilisation dans les soins de santé.

10. quelles sont vos craintes et vos colères ?

Dr Elodie Brunel : Je dirais la trop grande intervention des politiques dans nos pratiques prenant des décisions avec une méconnaissance du terrain et de ses difficultés. A l'ABSyM, nous ne voulons pas d'une médecine étatique. Dans une enquête récente que notre syndicat a menée, huit médecins sur dix déclarent qu'ils ne veulent en aucun cas passer à un système de médecine étatique comme le NHS.

Or, presque toutes les mesures récentes du gouvernement se résument à la même chose : favoriser les médecins salariés au détriment des médecins indépendants et les médecins rémunérés au forfait au détriment des médecins principalement rémunérés à l'acte. La campagne de dénigrement incessante contre la médecine à l'acte et le médecin entrepreneur libéral n'a qu'un seul but : créer un soutien public pour une médecine forfaitaire et étatique. Seul notre syndicat s'y oppose et c'est clairement l'un des enjeux des élections médicales : choisir entre la médecine étatique et la médecine libérale. Par ailleurs, une autre préoccupation concerne la colonisation de notre champ de compétences par des non-médecins. Tout le monde veut jouer au docteur. Comme évoqué plus haut, nous ne sommes pas contre une délégation de certains actes mais à condition que cette délégation soit prescrite par le médecin et bien balisée.

Je n'ai pas pour habitude de me mettre en colère mais certains sujets me tiennent à cœur et ont encouragé mon investissement au sein de l'ABSyM, et récemment mon entrée au Conseil d'administration de l'ABSyM Wallonie. Le 1733 et la garde en général, la non-revalorisation de la visite à domicile, le nombre hallucinant de ministres de la santé et surtout leur manque d'efficacité, le mépris de la classe politique, la suspicion et le dénigrement envers la pratique médicale à l'acte, les attaques répétées contre le secret médical du patient, l'administration pesante... Bref la réponse pourrait être longue !

Dr Paul De Munck : Les sources de mécontentement du GBO/Cartel sont nombreuses, en voici quelques-unes :

- Le morcellement des compétences qui fait que les niveaux de pouvoirs se renvoient trop souvent la balle
- La tendance à la trop fréquente communautarisation des questions de santé publique et d'organisation des soins
- L'incapacité des pouvoirs publics d'avoir une vision à long terme et d'établir un véritable plan de développement de santé publique
- La surdité des pouvoirs publics aux cris d'alarme des soignants
- Le sous-financement des soins

Carole Stavart • Mediquality

05/06/2023

Vous désirez rester au courant des dernières informations médicales ?

Sélectionnez les contenus de MediQuality qui vous intéressent et inscrivez-vous gratuitement aux autres newsletters.

Découvrez l'ensemble de nos newsletters

