



Groupement Belge
des Omnipraticiens

SOMMAIRE

Bilan 2015, perspectives 2016 2-5

Un accord pour 2 ans. A quoi veiller ? 6-9

Dossier PMG :
inquiétudes (quasi) entières 10-11

2018, ruée sur les maîtres de stage 12-13

e-santé et vie privé, le duo perdant ? 14-17

AViQ et IRISCARE :
où sont les médecins ? 18-19

Impulseo sauce régionale 20-21

HAD : opportunité ou menace ? 22-23

MOC : d'abord un statut correct ! 24-25

Contingentement : voyons loin 28-29

Agrément : l'arrêt surprise 29-31

GBO Arguments
Périodique du Groupement Belge
des Omnipraticiens
Editeur responsable :
Dr P. De Munck,
68, rue Solleveld, 1200 Bruxelles
Bureau de dépôt :
Bruxelles X (P202148)

BELGIE - BELGIQUE

P.P.1070 BRUXELLES X

BC1798

GBO ARGUMENTS - FÉVRIER 2016

UN MODE DE GOUVERNANCE QUI APPELLE LA VIGILANCE

*Les tensions entre MG
et pouvoir de tutelle ont
atteint, l'an dernier, des
sommets inégalés, levant
des fronts communs à géo-
métrie certes variable selon
les dossiers, mais outrés.*



L'inventaire, page 2, de décisions ministérielles non concertées - et parfois mal documentées - sur des projets, des outils, des organes... chers à la profession, couplées à l'imposition d'échéances et d'obligations, montre un revirement palpable dans le style de gouvernance.

La rupture avec le modèle de concertation qui dominait précédemment amène le GBO à redoubler de vigilance. Lui qui a fêté l'an dernier ses 50 ans, continuera à défendre son credo des soins de qualité, accessibles, dispensés au meilleur endroit, par le prestataire le plus adéquat, au moment le plus opportun et au prix le plus juste.

Ancrer au fédéral cette vision d'un système de santé moins désorganisé, édifié sur le socle d'une première ligne confiante et forte, n'est pas gagné d'avance. De l'avis de différents observateurs, le cabinet De Block n'est pas, à proprement parler, un cabinet pro-MG...

>>> plus de détails en pages 2 à 5

>>> suite de la page 1

2015, ANNÉE DE LA BRUTALITÉ

Les rapports de la médecine générale avec certaines autorités ont été, l'an dernier, anormalement difficiles.

On épinglera d'abord cette quatoraison funèbre, prononcée par un haut responsable du cabinet De Block dans le cadre des réformes hospitalières: «vous croyez que la médecine générale existera encore dans 10 ans ?»... Évidemment, si c'est là l'agenda caché, on comprend mieux pourquoi le politique ne s'inquiète pas davantage du non-renouvellement des effectifs en médecine générale. La nature ayant horreur du vide, les futurs MG viendront sans doute de l'Est, puis du Sud, quitte à y organiser la pénurie puis apaiser sa conscience avec des programmes d'aide.

En matière de brutalité, la saga des postes de garde à Bruxelles, ville hautement cosmopolite, mériterait un livre, de type *thriller*. D'aucuns semblent persuadés qu'il faut régler les problèmes de santé à la capitale à l'aune de ce qui se fait à Klemskerke ou Gedinne. Les cercles bruxellois néerlandophones et francophones se battent depuis des années pour offrir une garde cohérente, s'appuyant sur des prestataires parlant ensemble plus de 90 langues et s'organisant pour que les 340.000 navetteurs journaliers ne doivent pas, en cas de pépin, être pris d'office en charge par des services d'ur-



gence. Ces cercles ont toutefois fait l'objet d'attaques inouïes. Les affirmations les plus farfelues - « leurs responsables se baladent en Mercedes payées par l'état » - ont gagné les cénacles politiques; des chiffres délirants, et totalement mal interprétés, ont dû être corrigés en une nuit par le GBO! Celui-ci a été le seul syndicat à défendre le financement d'une réorganisation solidaire de la garde en soirées et nuits de semaine, allégeant les contraintes du métier. Après tout, l'avenir de ce dernier repose aussi sur le bon équilibre entre vie professionnelle et privée.

Brutalité encore dans le domaine de l'e-santé. Les autorités de tutelle ont fixé des agendas avec des dates butoirs, dont on sait pertinemment qu'elles sont irréalistes. Aux yeux du GBO, cette façon de procéder, à coup

d'obligations, est largement improductive. Forcer les médecins à user de l'informatique sans qu'ils ne la maîtrisent voire que les systèmes qu'on leur fournit soient à maturité, risque de faire fuir les plus âgés, alors que nous sommes déjà en pénurie... De plus, les buts poursuivis par le plan santé ne sont pas toujours ceux qu'attend prioritairement la profession. Les MG aimeraient disposer d'outils qui leur rendent service, pas qui leur compliquent la vie parce que leur réelle finalité est la diminution des coûts administratifs ou l'amélioration des statistiques de santé.

Violence, encore, avec la suppression du conseil fédéral des cercles - brutale, sans concertation, et non compensée par l'apparition d'un organe équivalent à l'échelle régionale. Les plans d'alertes sanitaires, qui en toute logique doivent impliquer uniformément les MG de tout le pays, se sont ainsi perdus dans le brouillard d'esprits fumeux...

Notre pays avait toujours fonctionné dans un esprit de concertation et de consensus. L'emploi de l'autorité et le recours aux experts semblent aujourd'hui avoir la préférence de certains de nos gouvernants. Changeront-ils de cap lorsque les dégâts seront faits ?

Le GBO s'obstine cependant à poursuivre le dialogue constructif au sein des mutuelles, à l'INAMI, avec les régions bruxelloise et wallonne et le cabinet fédéral. Il y fait entendre des suggestions tirées de sa connaissance des réalités du terrain. On évite alors que, comme Lao Tseu le dit, *l'expérience [soit] un peigne pour chauve*.

Un demi-siècle de syndicalisme médical



2015 a également été marquée par la célébration des 50 ans du GBO, un demi-siècle voué à la dé-

fense professionnelle énergique de la médecine générale. Pour franchir dignement ce cap, une journée d'étude - très réussie de l'avis général - a rassemblé dans le Brabant wallon quelques figures de proue du système de santé belge, qui ont échangé sur les forces et les faiblesses de ce dernier, et sur les points à surveiller voire redifier, pour que la première ligne ne fasse pas les frais d'évolutions non souhaitables. Ont ainsi défilé au micro Maggie De Block, les Drs Ri De Ridder et Alex Peltier, respectivement de l'INAMI et du collège intermutualiste, ou encore Micky Fierens, directrice de la LUSS et représentante des patients. Ce panel était complété par deux « jeunes » - le Dr Justine Perdaens et le presque docteur Bruno De Muylder - et le psychiatre Gérald De Schietere, du MoDeS (le jeune syndicat de spécialistes francophones partenaire du GBO).

La journée anniversaire a permis de réaffirmer la vision de la médecine générale que défend le GBO, la considérant - qu'elle se pratique en solo, réseau, groupe, maison médicale... - comme la pierre angulaire du système de santé.

Le mot du (nouveau) président

APRÈS LE GEL ET LE DÉGEL, LE PRINTEMPS ?...PAS SÛR !

Le Conseil national du GBO m'a fait l'honneur de m'élire à la présidence en octobre 2015. J'aime à le répéter : on ne remplace pas Anne Gillet, on lui succède ! ...en essayant d'être à la hauteur de ce qu'elle a fait - et sacrifié !- pour le GBO durant son mandat. Merci, Madame la Présidente !



 Paul De Munck, président du GBO

Le mien a débuté en pleine tourmente : gel des PMG, passage en force du budget, accord à conclure sur fond de grandes restrictions budgétaires et méfiance... Vu le (petit) pas en arrière de Maggie De Block pour les postes de garde, nous avons rejoint la table des négociations. D'aucuns nous le reprochent, mais le GBO, avec ses partenaires du Cartel - le MoDeS et l'ASGB -, n'a pas voulu d'une politique de la chaise vide et a pris ses responsabilités.

Nous avons bataillé ferme pour que certaines de nos revendications soient inscrites à l'accord. Nous persistons à penser que la garantie tarifaire est un objectif important à atteindre, même au prix de longues semaines, soirées et nuit de palabres.

Se serrer les coudes

Que nous réserve l'avenir ? La concertation est mise à mal par un cabinet autoritaire et autoritaire. De grands chantiers (réforme hospitalière, réorganisation de

la première ligne...) sont annoncés. Les compétences en Santé sont balkanisées entre entités : nous devons discuter avec neuf (9 !) ministres de tutelle, selon les dossiers. Plus que jamais, nous devons nous serrer les coudes, unir les forces vives de la médecine générale non seulement pour défendre un métier que certains, peu nombreux heureusement, verraient bien disparaître, mais aussi pour améliorer encore la qualité du système de soins.

La « coupole de la médecine générale », composée des syndicats médicaux, des cercles et de la SSMG, est née à l'initiative du GBO. Elle va devoir se doter d'un statut pour devenir véritablement une plateforme de concertation permanente où toute la profession francophone sera représentée dans ses différentes composantes, en ce compris les départements universitaires de médecine générale. L'ampleur des tâches qui nous attendent est énorme, et nos moyens insuffisants.

Au GBO, j'ai la chance de pouvoir compter sur une équipe rapprochée et de précieux membres actifs en périphérie qui sacrifient une partie de leur vie professionnelle et privée pour la défense de notre métier. Sans eux, le président ne serait rien ! Je les salue fraternellement et les remercie, tout comme nos expertes et permanentes Valentine et Françoise.

Un horizon de défis

Si 2015 fut, comme l'écrit Lawrence Cuvelier (lire page 2), l'année de la brutalité, espérons que 2016 sera celle d'une concertation retrouvée et de vraies mesures significatives pour les MG dont tous les discours politiques ne cessent de louer le rôle essentiel et central.

Les défis pour 2016 ne manquent pas. La pénurie avérée et annoncée depuis longtemps de certaines catégories de médecins, dont les MG, se fera sentir davantage. La crise démographique en MG n'est toujours pas résolue, ni en chiffres absolus, ni au niveau de la répartition sur le territoire ; et la pléthore de certaines spécialités côté francophone ne semble pas en voie de résorption.

Sera aussi à l'actualité le passage au « tout à l'informatique » à marche forcée, qui a été pensé et mis en œuvre sans les MG !

La réforme de la garde, loin d'être achevée, fera encore l'objet de beaucoup d'heures de tractations avec des membres du cabinet fédéral peu enclins au mode bottom-up.

La préparation à la double cohorte de 2018, la mise en place d'un véritable système concerté et intégré de soins multidisciplinaires dans des régions dotées de nouvelles agences administratives, l'AViQ et l'IRISCARE, et les nouvelles mesures tant attendues pour augmenter l'attractivité en médecine générale, seront-elles au rendez-vous fédéral, communautaire et régional en 2016 ?

Rejoignez-nous

Finalement, le plus grand défi, pour le GBO et moi, sera de trouver en 2016 et 2017 les moyens de poursuivre et de renforcer notre action qui a fait ses preuves depuis 50 ans. J'appelle les jeunes et les consœurs à nous rejoindre. Nous avons besoin de leurs idées et de leur enthousiasme.

J'appelle les membres à nous garder leur soutien, non seulement via leurs cotisations sans lesquelles nous disparaîtrions de l'échiquier, mais aussi via leur présence dans les cercles et partout où il faut faire entendre la voix du GBO.

J'appelle les confrères spécialistes à rallier notre nouveau partenaire le MoDeS, le *Monde des Spécialistes*. Je suis intimement convaincu que nous devons imaginer et co-construire avec eux un autre mo(n)de de collaboration. Les lignes ne doivent certainement pas « s'évaporer » mais coopérer en bonne intelligence et dans le respect mutuel, au bénéfice du patient et de la société toute entière.

Dr Paul De Munck, président du GBO

Nouvel accord médico-mut

NOUVEAUTÉS ET POINTS À SURVEILLER

Un accord médico-mut portant sur 2016 et 2017 a été conclu fin décembre. Les motifs de se réjouir ne sont pas légion pour le corps médical, dont les honoraires ne seront pas indexés. C'est toute la société, de fait, qui se serre la ceinture. Le GBO estime que quelques éléments acquis de dure lutte méritent toutefois d'être signalés.

En effet, à défaut d'avoir produit des résultats follement enthousiasmants, et c'est un euphémisme, les négociations de décembre dernier ont débouché sur quelques évolutions tangibles. Survol.

• + 25 euros pour un DMG « chronique »

Le DMG+ en tant que tel disparaît, il se fond dans une revalorisation du DMG des patients possédant une double caractéristique : être reconnus malades chroniques et relever de la tranche d'âge 45-74 ans. Faire disparaître le module de prévention, de portée symbolique puisqu'officialisant le rôle préventif du MG, n'était pas, d'après le GBO, une bonne idée mais difficile de convaincre de le garder au vu d'une évaluation non concluante (voir encadré). Une négociation est inévitablement faite de compromis, et renoncer au DMG+ autorisait non seulement le passage de 30 à 55 euros pour le DMG des patients concernés mais surtout ouvrait la voie à une extension future d'un DMG majoré à une proportion de plus en plus étendue de la patientèle. Le ciblage de la tranche d'âge 45-74 ans résulte en effet de limitations budgétaires actuelles.



G Le DMG des patients cumulant deux conditions (avoir entre 45 et 74 ans et être reconnu malade chronique) passe de 30 à 55 euros.

En pratique, tant que les mutualités ne sont pas techniquement prêtes pour ce changement (il y a un problème d'identification des bénéficiaires, un comble en cette période où l'on nous dit que tout est opérationnel dans le domaine de l'informatisation !), les honoraires DMG demeureront à 30 euros. Ce n'est qu'au 1^{er} juillet 2016 que le médecin généra-

liste pourra réclamer 55 euros. Les mutuelles régulariseront les choses en lui versant les n X 25 euros qu'il n'a pas touchés entre janvier et juillet. **Le GBO sera attentif à ce que cette régularisation s'opère bien.**

• **Diabète: exit le passeport, voilà le prétrajet**

Un « prétrajet diabète » apparaît (numéro de nomenclature 102852), remplaçant le passeport diabète. Il vise les diabétiques de type 2 qui ne peuvent entrer ni dans un trajet de soins ni dans une convention. Pour cette prise en charge intervenant dès le diagnostic, le suivi du patient et le recueil des données dans le DMG (le cas échéant le DMI), le MG recevra 20 euros. Le principe du prétrajet pourrait être étendu ultérieurement à d'autres pathologies chroniques.

• **Les postes de garde: une évolution à surveiller de très près !**

La déplorable affaire du gel unilatéral des moyens des PMG (postes de garde), objet d'une contestation massive de la profession cet automne, semble s'acheminer vers une nouvelle possibilité de concertation. Voyez en pages 10-11. Le GBO est bien décidé à rester fort attentif à l'avancée de ce délicat dossier.

• **e-santé: une prime non négligeable et modulable**

Il y a fusion de l'allocation de soutien à la pratique et de la prime télématique. Plus un MG se met à l'e-santé, plus le montant augmente. Il est fonction d'un total de six outils à employer (l'eprescription [recip-e], le chapitre IV électronique, l'enregistrement de consentement éclairé, la facturation

électronique, la production de sumehr, le DMG électronique), en dépassant des seuils d'usage qui seront définis le 1er juillet. En 2016, si trois seuils sur six sont atteints, la prime fusionnée sera de 3.400 euros. Elle passera à 4.550 euros si quatre seuils sont dépassés. L'année suivante, il faudra atteindre quatre et six seuils pour briguer ces mêmes montants. Une prime sumehr complémentaire de 500 euros viendra s'ajouter si le nombre de ceux-ci atteint un certain seuil: 200 en 2016, 400 en 2017.

Le GBO - Cartel a obtenu que les confrères qui ne se lancent pas dans l'e-santé reçoivent néanmoins une allocation de pratique de 1.500 euros.

Les jeunes médecins ne devront se mettre au DMI qu'en 2017. Les autres, et c'est un acquis

Où trouver des infos sur les formations à l'e-santé ?

A Bruxelles - AbruNet

www.reseausantebruxellois.be, info@abrunet.be
Helpdesk informatique: helpdesk.generaliste@abrunet.be,
+ 32 (0) 2/600.40.40

Info sessions pour médecins: <http://brusselshealthnetwork.be/fr/professionnels/faq/?search=glem>

Campagne de soutien à l'informatique: inscription pour une aide technique: <http://brusselshealthnetwork.be/fr/professionnels/sinscrire>

En Wallonie - Réseau santé wallon

<https://www.reseausantevallon.be>, info@rsw.be
Site dédié aux formations à l'e-santé: www.e-santewallonie.be,
contact@e-santewallonie.be, + 32 (0) 81 849 188

LA PRIME INFORMATIQUE, FUSIONNÉE
AVEC L'ALLOCATION À LA PRATIQUE,
AUGMENTE EN FONCTION DE L'USAGE
EFFECTIF DES OUTILS D'E-SANTÉ, ALLANT
DE 3.400 À 4.550 EUROS. LE GBO A OBTENU
QUE LES CONFRÈRES QUI NE SE LANCENT
PAS DANS L'E-SANTÉ REÇOIVENT NÉANMOINS
UNE ALLOCATION DE 1.500 EUROS.

Des infos pratico-pratiques vous attendent sur www.le-gbo.be

Le site du GBO vous informe des points liés au nouvel accord entrés en vigueur dès le 1^{er} janvier. Ce monitoring des changements qui interviennent et réglementations qui bougent se poursuivra dans les mois à venir.

Retrouvez déjà en ligne, dans la rubrique actualités du site, des indications sur:

- La revalorisation du DMG de 30 à 55 euros pour les patients réputés chroniques de 45 à 74 ans
- Le remplacement du passeport diabète par le « prétrajet diabète », associé à un honoraire de 20 euros
- L'avènement d'un nouveau modèle de certificat d'incapacité de travail



Une extension de l'obligation de TP social sonnerait le glas de l'accord.

que l'on doit aussi au GBO - Cartel, ont jusqu'à 2020 pour passer au dossier informatisé. Eu égard aux formations aux TIC pour médecins qui se mettent en place cette année en Wallonie et à Bruxelles, les confrères qui le désirent pourront trouver des explications, voire du coaching personnalisé, pour franchir le pas.

Le GBO reste inquiet quant aux modalités parfois légères d'enregistrement du consentement éclairé du patient (lire également page 14-17), ainsi qu'aux refus fréquents de professionnels à s'inscrire dans le système. Il entend également des critiques concernant la structure et la pertinence des sumehrs dans leur forme actuelle. Il restera particulièrement vigilant sur ces sujets.



• Un accord qui prévoit sa propre annulation

Indice des tensions nées sur les dernières années entre les médecins et leurs ministres de tutelle, l'accord stipule à la demande du Cartel - GBO qu'il s'annulera automatiquement s'il subit une atteinte grave unilatérale de la part des autorités. Outre l'imposition d'économies ou de corrections non stipulées initialement, le texte mentionne en toutes lettres le cas d'une extension légale de l'obligation de pratiquer le tiers payant social.

Le GBO - Cartel fera preuve de vigilance vis-à-vis des « écarts », de sorte à faire jouer au besoin cette clause de rupture automatique.

Les budgets non consommés du DMG+ étaient perdus pour la médecine générale

Le DMG+ était une mesure transitoire liée à un précédent accord. Il devait être évalué après 3 ans (délai allongé successivement de 2 x 1 an). Une évaluation globale sur base des examens complémentaires enregistrés à l'INAMI a été effectuée. Ses résultats sont mitigés en tous cas aux yeux du Conseil National de Promotion de la Qualité (INAMI): meilleur suivi des bénéficiaires mais aussi surconsommation d'actes peu utiles (multiplication des PSA/TSH/VitD etc.) Budgétairement, le DMG+ a eu peu de succès et les budgets inscrits restaient largement sous consommés, le solde retournant à la gestion des Soins de santé. Le budget avait déjà été amputé de 17 millions en 2015 pour non-utilisation et la courbe de consommation des dernières années ne montrait aucune amélioration, que du contraire. D'où, pertes assurées pour la médecine générale...

Il s'est en outre battu pour que, si rupture il doit y avoir, le statut social soit préservé pour ceux qui avaient adhéré à la convention. Ce statut social, en augmentation, est annoncé à 4.800 euros pour les conventionnés complets et 2.260 pour les conventionnés partiels.

Postes de garde (PMG)

DES SIGNAUX QUI POUSSENT À REDOU- BLER DE VIGILANCE

L'accord apporte-t-il des éléments neufs dans la « crise PMG »? Et que retenir de la première réunion de la fameuse task force imposée par le cabinet De Block ?

L'accord précise que le groupe de travail garde de la médico-mut - dont le GBO a été un pilier depuis sa création - est réactivé, aux côtés de la task force qui rassemble également les hôpitaux et les urgentistes.

Il stipule en outre que cette dernière doit d'ici fin mars avaliser une nouvelle standardisation des coûts des PMG (loyer, frais de personnel, équipement, véhicule...), pour uniformiser leur financement. Elle devra également fixer le modèle de plan d'accords avec les urgences locales, que chaque poste devra avoir conclu d'ici fin 2017. Enfin, ses missions incluent le déploiement du 1733, habilité qu'elle est à dialoguer avec le ministère de l'Intérieur, co-responsable (avec la Santé publique) de l'extension du dispatching.

Le GBO se réjouit que les dossiers de PMG les plus avancés à l'INAMI au moment où Maggie De Block a coupé les vivres, en octobre, aient finalement pu reprendre leur parcours – on songe notamment à la création de la Gol, à Liège, et de la Brabantonne, en Brabant wallon, au financement d'un déménagement de poste à Mons et au versement de 10 mois de frais de fonctionnement 2015 à Bruxelles.



G Des travaux d'une task force doivent émerger une nouvelle standardisation des coûts et un modèle de convention à passer entre PMG et urgences

Le GBO - Cartel s'est également battu, seul face aux autres syndicats, pour faire admettre le principe que les projets volontaires de garde de soirée et de nuit en semaine puissent être financés, entre autres, grâce aux honoraires de disponibilité récupérés. Il sait que la demande du terrain est d'affecter prioritairement cette récupération à la rémunération des médecins. De fait, une négociation s'impose, et rapidement, sur la question des honoraires de garde, actuellement fort peu... honorables !

Du bottom-up au top-down

Si une concertation entre la profession et les pouvoirs publics a repris aujourd'hui, c'est entre autres parce que, au plus fort de la crise PMG l'automne passé, **le GBO est parvenu, en s'appuyant sur des analyses chiffrées pertinentes et documentées, à faire évoluer la vision du cabinet De Block.** C'est aussi grâce à son travail de persuasion en

coulisses que les cercles et le Fag sont à la table des négociations.

Faut-il conclure que la tempête qui a secoué l'outil PMG est derrière nous ? A la lueur de la première réunion de la task force fin janvier, l'un ou l'autre bémol doit être apporté dans la restauration du dialogue. Il se dégage de la rencontre un parfum de reprise en main, par les autorités, d'un développement qui jusqu'ici s'était construit «bottom-up» par impulsions du terrain. **La vision du politique s'impose désormais en mode «top-down».**

Cette vision a, selon le cabinet, pour point de départ les préoccupations du patient en quête de soins si pas urgents, non programmés: qui doit-il appeler ?, où doit-il se présenter ? C'est toute une éducation de la population à un recours raisonné aux gardes médicales qui dépend de ces éclaircissements. Le projet politique couvre non seulement le fonctionnement des PMG mais aussi des hôpitaux, dont le refinancement – urgences comprises – est en pleine réflexion.

Sur-mesure versus prêt-à-porter

Au niveau des PMG, l'équipe de la ministre table sur une ouverture de 61 ou 62 heures/week-end et sur une liaison opérationnelle avec les salles d'urgence (en termes d'implantation, d'équipements, de main d'œuvre...). Y aurait-il des exceptions à ce moule standard ? Apparemment oui, mais elles devront être dûment motivées et ne pourront s'affranchir d'un lien « officiel » avec un service d'urgence.

Le premier groupe de travail (GT) au sein de la task force est donc chargé de cadrer l'organisation du « PMG type » (échelle idéale sur le plan territorial et démographique, struc-

turation en réseau de PMG...) et du « PMG exceptionnel » (avec détermination de critères justifiant ce côté hors normes).

Un autre GT doit établir les plans d'accords entre PMG et salles d'urgences (population et territoire couverts, acteurs qui y évoluent, organisation des soins, régulation, adressage des patients, communication concernant les patients, contrôle interne, indicateurs de qualité...).

Les protocoles employés dans le contexte expérimental de Tienen-Leuven peuvent servir à évaluer cette intégration (il s'agit, pour faire bref, de tester un tri intégré 1733 + 112). Hélas, le Luxembourg a été écarté (temporairement) par le cabinet du projet pilote. **Le GBO le regrette amèrement. Cela retarde – voire met en péril – la prise en compte des spécificités de la ruralité, plus particulièrement présente en Wallonie,** dans l'établissement des critères d'exception.

Enfin, la réflexion des deux GT doit par ailleurs inclure les initiatives futures ou en cours: déploiement du 1733, possibilité d'appels 7 jours sur 7, 24 heures sur 24 au 1733, introduction du DMG chez 100% des patients....

Fin de la créativité ?

Toute cette démarche « cadrante » ne manque pas de soulever la question de l'avenir des PMG à horaires restreints, des postes « avancés » érigés loin d'un hôpital, là où les déplacements sont longs.... Il ne faudrait pas perdre la souplesse et la créativité venant du terrain, qui doit composer avec un contexte de pénurie parfois prégnant. Le GBO estime impératif que les MG francophones déterminent rapidement des modèles bien ficelés, sur des éléments objectifs, pour (espérer) se faire entendre.

Campagne « Médecine générale 2018 »

DE QUOI ANTICIPER LA FLAMBÉE DES BESOINS EN (MAÎTRES DE) STAGES

A partir d'octobre 2018 et durant 3 ans, il faudra encadrer 1.200 assistants en médecine générale, contre 400 actuellement ! Le CCFFMG, plateforme interuniversitaire francophone en charge de la formation des candidats médecins généralistes, prend les devants. Il met en ce moment la touche finale à une campagne visant à susciter (ou réveiller...) des vocations de maître de stage ; elle devrait démarrer sous peu. Le GBO, actif au sein du CCFFMG depuis sa création, apporte un franc soutien à cette initiative utile.

Sans doute avez-vous déjà entendu parler du **phénomène dit de « la double cohorte »**, occasionné par le raccourcissement des études de médecine. A partir de mi-2018, vont sortir tant les futurs médecins qui ont fait des études en sept ans (2011-2018) que ceux qui les ont suivies en six (2012-2018). Il serait même **plus indiqué, en réalité, de parler de « triple cohorte »**, étant donné que le nombre d'étudiants à avoir entamé leur cursus en 2012 est relativement élevé.

Imaginons que 40% d'entre eux fassent le choix de la médecine générale. Les projections sont claires. Il y a, cette année, en stage, 405 candidats. **Le 1^{er} octobre 2018, on devrait pouvoir compter sur environ 1.200 stages en médecine générale.**

Corollaire du passage des études à six ans, l'assistantat auprès d'un maître de stage s'allonge : il durera trois ans (au lieu de deux actuellement dans la grande majorité des

cas). L'effet «triple cohorte» va donc perdurer pendant trois ans, d'octobre 2018 au 30 septembre 2021. Le 1^{er} octobre 2021, toutefois, il sera éteint. A ce moment-là, sortiront en effet des études les jeunes ayant commencé leur parcours en 2015, beaucoup moins nombreux. Il y aura massivement moins d'assistants, donc moins de stages à pourvoir. Leur total devrait tomber à environ 300.

Anticipation et sensibilisation

Les universités et les représentants de la profession, réunis au sein du CCFFMG, ont décidé de s'organiser pour faire face au pic de l'automne 2018. Tous portent la campagne «Médecine générale 2018», qui rayonne à partir d'un site spécifique : www.mg2018.be.

Son but ? Préparer pro-activement l'échéance en mettant en place **tout ce qui pourra faciliter l'accueil des futurs médecins**. Les premiers visés ? Les **maîtres de stage** (passés, actuels,



potentiels...) qui sont conviés à répondre, en ligne, à **quelques rapides questions destinées à cerner leurs situation et motivations** : sont-ils (toujours) intéressés par la fonction? Encore agréés, plus agréés, pas agréés? Quelle est ou serait leur capacité d'accueil : un, deux, trois voire quatre assistants?

En marge de ce coup de sonde, le site passe en revue **quelques notions pratiques pertinente** : qui paie combien et à qui dans le triangle CCFFMG/maitre de stage/assistant (en d'autres termes: à partir de quel volume de prestations de l'assistant la contribution de son mentor est-elle « amortie »)? Quelles sont les conditions à remplir pour être agréé, auprès de quelle instance? Quel volume horaire d'activités un assistant doit-il contractuellement assumer? etc.

www.mg2018.be renseigne également un outil fouillé pour cerner la réalité de la fonction de maître de stage, son vademecum

(qui détaille la législation relative aux stages, leur organisation, la question des assurances, etc.), de même que l'application informatique « FORDOC » qui facilite la gestion des stages sur le plan administratif et pécuniaire.

Une implication de longue date

Le GBO est présent à plusieurs niveaux dans les organes de l'asbl CCFFMG. Valentine Gevers, experte auprès du syndicat, occupe depuis la création de l'asbl la présidence de son Comité de concertation. Les Drs Elisabeth Nahon et Hubert Jamart, du bureau du GBO, y sont respectivement présidente de la Commission cadastre et membre du GT « Cohorte 2018 ». C'est notamment à l'instigation du GBO que le CCFFMG avait examiné, puis exploité, la formule de la prestation d'heures de garde en PMG wallon pour les assistants bruxellois ne parvenant pas à leur quota de 120 heures obligatoires.

Menaces sur la vie privée

COMMENT CONTRER LE CÔTÉ OBSCUR DE L'E-SANTÉ ?

L'arrivée de l'informatique dans la sphère médicale a permis des changements notables dans la tenue des dossiers. L'informatisation des pratiques à marche forcée et le partage intensifié de données entre prestataires que suppose la dynamique de l'e-santé, vont encore considérablement changer la donne. Le plus inquiétant, ce sont les menaces sur la vie privée qui se profilent, contre lesquelles le praticien de terrain se sent impuissant. Il est essentiel que les médecins définissent quelle partie de leurs dossiers va être ouverte à d'autres intervenants. Les velléités de rendre le dossier informatisé « transparent » pour le patient soulèvent elles aussi bien des questionnements.

Pour rappel, la Belgique a vu se développer cinq plateformes - dites des « hubs » - via lesquelles les médecins qui possèdent un lien thérapeutique avec un patient donné peuvent, pour autant que ce dernier ait marqué son accord, se partager des informations pratiquement 24 heures sur 24. La plateforme wallonne s'appelle le Réseau santé wallon (RSW), développé par la Fraternité¹, et son homologue de la capitale, le Réseau santé bruxellois (RSB), développé par AbruMet². Pour qu'il y ait échange de données, il faut que celles-ci soient publiées soit par un hôpital, soit par un MG par l'intermédiaire d'un « sumehr³ » - c'est-à-dire un dossier médical résumé que le MG établit et dans lequel sont consignés des éléments essentiels pour la prise en charge de son patient. Un hub ne possède lui-même aucune information. Celles-ci sont cryptées et stockées



soit dans l'hôpital soit dans un « coffre-fort numérique de 1^{ère} ligne ». Impossible, par conséquent, en principe, qu'un intervenant extérieur, médecin ou informaticien, accède de façon illégitime à une information partagée via un tel système.

Consentir sans savoir, piège courant

Cela étant, il existe dans l'actuel système des faiblesses et des failles à tenir à l'œil pour que les promesses de l'informatique ne deviennent pas des déconvenues.

Beaucoup tournent autour de l'accord du patient, par exemple, qui s'obtient par *consentement*. Mais à quoi consent-il et avec quels garde-fous ? Les logiciels médicaux, par exemple, ont diverses manières d'extraire un *sumehr*. Dès lors, certaines informations confidentielles, qui n'ont pas lieu d'être échangées, peuvent s'y retrouver. Il est redoutablement difficile de contrôler toutes ces données. Le GBO se demande si un orthopédiste, par exemple, a absolument besoin de savoir que le patient qu'il a devant lui a été violé durant sa petite enfance, et estime encore plus invraisemblable que ce type de partage rencontre le plein assentiment de la victime.

De nouvelles campagnes d'informations sur le consentement, véhiculées par les mutuelles et les médias, sont imminentes. Le recueil des consentements se fait le plus massivement dans les hôpitaux. Or, il arrive que des signatures soient obtenues sans que le patient ait vraiment compris ce à quoi il s'engageait exactement, et se trouve ensuite dans une situation qu'il regrette. Le GBO considère qu'un consentement obtenu par le généraliste serait beaucoup plus pertinent. **DMG et consentement devraient être étroitement liés.**

Conscientisé à propos des garanties

Le médecin traitant rappellera en outre à son patient qu'il peut, à tout moment, revenir sur

Le dossier est un processus

Dans un dossier, le professionnel peut émettre des hypothèses, consigner des observations, des jugements, des diagnostics... d'ailleurs sujets à révision ultérieure, comme toute démarche scientifique. Le dossier est un outil de travail. Un travail minutieux, qui s'inscrit dans le temps, et doit être restitué au moment où le médecin a suffisamment de certitude pour rassurer ou prendre une décision thérapeutique. Ceux qui vénèrent la transmission informatique comme « la » solution à tous les maux de la médecine estiment manifestement que tout ce qui concerne le patient doit se trouver dans le dossier, que chaque médecin devant la même situation doit formuler le même diagnostic et que, partant, les médecins sont interchangeables. Il y a de quoi douter que ces trois propositions soient totalement vraies. L'important reste la qualité de la relation médecin-patient, qui doit être déterminante dans le processus.

ce consentement mais aussi exclure un médecin de la liste des liens thérapeutiques, le privant de facto d'accès à son dossier. Cette révocation est assurément un point fort du dispositif qui se développe.

Autre fonctionnalité appréciable: la traçabilité des accès. Le patient doit savoir qu'il a le

loisir non seulement de consulter le « journal des accès » aux éléments de son dossier, mais aussi d'en masquer des éléments vis-à-vis de tiers. Une fonction bien utile pour protéger sa vie privée (et ses intérêts) face à, par exemple, un assureur ou un employeur qui lui demanderait de produire le journal alors que ce dernier révèle que c'est un oncologue ou un spécialiste du sida, par exemple, qui accède régulièrement à son dossier.

Des échanges aussi avec d'autres professions

Par ailleurs, alors qu'il n'est déjà pas évident de sélectionner les messages qu'on (se) délivre entre médecins, il s'agira à l'avenir de partager une série de données avec d'autres professionnels de la santé. Même s'ils sont tenus par le secret profes-

sionnel, ces derniers doivent en principe ne recevoir que les informations pertinentes pour leur intervention spécifique dans la prise en charge du patient. Les questions les plus délicates se posent autour des plans de traitement, qui engagent la responsabilité du ou des médecins.

Il est fort simple de se dire qu'on n'a pas de secret. Il peut arriver que la vie change au décours des pathologies et des infirmités que le patient n'a pas forcément envie de voir étalées. Est-on si certain qu'un tiers ne va pas dévoiler quelque chose qui devait rester confidentiel ? Il s'agit ici d'un conflit de valeurs. Il faut déterminer où placer le curseur entre une protection accrue face à d'éventuels accidents thérapeutiques et le respect maximum de l'intimité.

Sur le plan pratique, les logiciels avec lesquels travaillent les médecins traitants permettent déjà de « flager » (marquer) les éléments encodés par problèmes ou épisodes et de les relier facilement à des catégories de prestataires autorisés à accéder à l'info. Un problème psy, par exemple, sera accessible aux psychologues et/ou psychiatres. Un problème spécifique nécessitant l'exécution d'un soin paramédical sera partagé, selon les cas, avec l'infirmier ou le kiné.

Le talon d'Achille du système demeure toutefois l'éclatement des données (le statut vaccinal, le plan de traitement, les prescriptions, les rapports d'examen, les avis spécialisés...) qui ne sont que difficilement contrôlables et supervisables par le gestionnaire du DMG, parce que dispersées à différents endroits. Ce morcellement est un risque supplémentaire pour la vie privée.



☞ Tous les consentements obtenus le sont-ils en pleine connaissance de cause ?



Si le patient est seul devant l'écran à explorer son dossier, sa compréhension claire et nuancée de ce qui s'affiche n'a rien de certain.

Ouvert au patient?

Certains, au nom de l'empowerment⁴, anticipent un dossier médical « transparent » dont des éléments seraient consultables par le patient (outre le fait que ce dernier puisse accéder au fichier des accès et des liens thérapeutiques). C'est une arme à double tranchant. Bien sûr, cette ouverture permet un contrôle citoyen démocratique et une participation accrue du patient dans la gestion de sa santé, comme l'encodage de ses paramètres. Mais si le patient est seul devant son écran à explorer des parties de son dossier, on ne peut garantir sa compréhension parfaite et nuancée de ce qui s'y affiche. Ni qu'il a bien veillé à ce que personne, potentiellement source de pression morale ou économique, ne regarde par-dessus son épaule. Car même les liens thérapeutiques sont éloquentes: qu'un employeur indiscret

Périls hors de la sphère curative

En médecine curative, l'informatisation ne néglige pas la protection des données: les accès sont réservés à des prestataires choisis par le patient. Mais quid de toute une série de données récoltées par d'autres professionnels de la santé non choisis par le patient, relevant d'autres autorités que la Santé publique: médecins du travail, de prison, scolaires, contrôle, médecins-conseils des mutuelles ou des assurances...? En théorie, la récolte de données dans ces secteurs doit être limitée aux missions poursuivies. Dans les faits, il n'en va pas toujours ainsi. En médecine du travail, par exemple, les données ne se limitent pas toujours aux risques spécifiques, il n'est pas rare d'y retrouver cholestérol, diabète, hypertension, vaccin tétanos, plan de traitement, etc. Et des statistiques sont fournies au ministère de l'emploi. Est-ce avec l'accord du patient? Sont-elles doublement anonymisées? Qui contrôle? Finalement, les lézards de la vie privée viendront peut-être moins du secteur des soins de santé... Qui va les prévenir et comment? La commission de protection de la vie privée, section santé, garante pour éviter les excès trop manifestes, suffira-t-elle?

découvre que le patient est en rapport avec un oncologue, par exemple, n'est pas sans conséquence...

1. Fédération régionale des associations de télémédecine médicale
2. L'asbl Abramet (Association bruxelloise médicale de télémédecine) est constituée des associations francophones et néerlandophones de médecins généralistes de Bruxelles (FAMGB et BHAG) et de tous les hôpitaux bruxellois
3. SUMmarized Electronic Health Record
4. Défini comme tout ce qui peut contribuer à renforcer la capacité du patient à jouer un rôle actif dans son processus de soin et dans sa vie

OIP

CHANTIERS DIFFÉREMMENT AVANCÉS, MG DIVERSEMENT INTÉGRÉS

Où en sont ces organismes d'intérêt public (« OIP ») allant gérer les compétences en Santé transférées à la faveur de la 6^{ème} réforme de l'Etat, qu'on a parfois baptisés les « INAMI bruxellois et wallon »? L'AViQ, l'agence wallonne, est née ; l'IRISCARE, pour la capitale, pas encore. En revanche, davantage de sièges attendent les MG à Bruxelles qu'en Région wallonne...

A Bruxelles

Fin 2015 s'est tenue au cabinet Vervoort une présentation de l'avant-projet d'ordonnance du Collège réuni de la Cocom pour le nouvel OIP bruxellois, l'IRISCARE. Elle visait à consulter les acteurs avant dépôt du texte au parlement, en théorie en février 2016. L'ordonnance sera signée par quatre (!) ministres compétents (Didier Gosuin et Guy Vanhengel pour la Santé, et Céline Frémault et Pascal Smet pour l'Aide aux personnes).

Des « prestataires » sont bien prévus à tous les étages de l'IRISCARE (contrairement à ce qui se passe au niveau wallon), mais on n'en sait pas plus à ce stade. On ignore, a fortiori, la place que peuvent y espérer les syndicats médicaux.

Le GBO insistera - comme il l'a fait (en vain !) en Wallonie -, pour que les représentants des « métiers » de première ligne ne soient pas mélangés avec ceux des institutions (hôpitaux, MRS, etc.). Il sera aussi attentif à ce que des compétences de seconde ligne

ne soient pas confondues avec celles de la première ligne, et à ce que les MG soient effectivement présents, par exemple, dans les commissions santé mentale.





Wallonie

AViQ

Agence pour une Vie de Qualité

Familles Santé Handicap

Vous pouvez découvrir la nouvelle agence à l'adresse www.aviq.be

A Namur

Les syndicats médicaux, comme d'autres structures représentant la première ligne, les hôpitaux ou les MR/MRS, ont été invités à deux reprises en 2015 chez Maxime Prévot pour se voir présenter le projet d'OIP wallon. Annoncée fin 2015, l'AViQ, l'« Agence pour une Vie de Qualité », est née officiellement le 1^{er} janvier 2016.

Seize organisations ont été conviées à présenter leurs candidats pour occuper **douze** sièges au comité de branche « Bien-être et Santé »¹.

Les propositions du GBO, de l'Absym, des cercles et des représentants des autres professions de première ligne, fruit des réflexions d'une (nouvelle) « plateforme de concertation de la première ligne » créée à l'initiative du FAG, n'ont pas été suivies. Elles tendaient à une structuration de la représentation selon une logique de métiers. Les syndicats médicaux et les émissaires des infirmiers se retrouvent en fait sur le même banc que les services de coordination d'aides et de soins, par exemple, ou les fédérations hospitalières et les MR/MRS.

Le GBO et le MoDeS ont présenté leurs candidats au cabinet Prévot. Ils n'ont pas reçu d'autres demandes pour des sièges à pourvoir ailleurs à l'AViQ. Il n'y a pas de place pour les représentants des médecins, par exemple, au « conseil général » ou dans le comité de branche « Handicap ». Il n'y en a pas non plus explicitement au « conseil de stratégie et de prospective » ni dans les sous-commissions « santé mentale », « hôpitaux » ou « accueil et hébergement des personnes âgées ».

1. Un des trois comités composant l'AViQ, les deux autres étant le comité Handicap et le comité Famille

LE GBO, TOUJOURS STRUCTURE D'APPUI IMPULSEO

Impulseo I, II et III relèvent désormais des régions. Le GBO est toujours reconnu comme « structure d'appui », qui vous aide à composer et soumettre votre dossier. Mais quels sont les changements apportés par la régionalisation?

En 2008, le GBO contribuait à la gestation de l'AR mettant en œuvre les interventions Impulseo accordées aux MG. Par la suite, il est tout naturellement devenu « structure d'appui », se chargeant d'épauler les concseurs et confrères (gratuitement) dans les démarches à accomplir auprès de l'« organisme payeur », le Fonds de participation. Au 1^{er} juillet 2014, Impulseo est passé aux régions. Si une période transitoire a été accordée jusque fin 2015 (les dossiers restant gérés par le Fonds « en liquidation »), depuis le 1^{er} janvier 2016, chaque région gère le dispositif de façon autonome.

CÔTÉ WALLON: ARRÊT DU PRÊT À 0% ! À MOINS QUE...

La Région wallonne a décidé de renouveler, pour 2016, sa convention avec le Fonds de participation pour le traitement administratif des dossiers, de même que les conventions avec les principales structures d'appui, dont le GBO.



Volets II et III

Les MG - exerçant solo ou en regroupement - peuvent dès à présent constituer leur dossier Impulseo II et III (les aides à l'embauche de personnel de soutien ou au recours à un télésecrétariat). Ils ont, comme avant, jusqu'au 30 juin pour le renvoyer. Mais **le GBO les invite expressément à lui transmettre ce dossier dès que possible** afin qu'il puisse l'analyser et vérifier si les documents fournis sont conformes et dûment complétés.

Volet I

En revanche, une modification cruciale intervient au niveau d'Impulseo I (les aides à l'installation en zones pénuriques ou difficiles): les pouvoirs subsidiaires, ont semble-t-il décidé, **d'arrêter d'accorder le prêt de 15.000 euros à 0%**. Motif invoqué: il serait peu sollicité par les MG et les taux bancaires actuels particulièrement bas en réduiraient la pertinence.

Le GBO regrette amèrement cette décision non concertée. Il est l'une des plus grosses structures d'appui et **plus de la moitié des dossiers Impulseo I qu'il a traités en 2015 concernaient des prêts !** Il s'efforce de faire entendre sa voix auprès de la Région, la décision devant encore être ratifiée par le gouvernement wallon. Une concertation est prévue mais n'a pas encore démarré.

Cela étant, **la prime Impulseo I de 20.000 euros demeure disponible et aux mêmes conditions** qu'auparavant.

CÔTÉ BRUXELLOIS: MENACE ÉGALEMENT SUR LE PRÊT À 0% MAIS NOUVEAUX INCITANTS EN DISCUSSION

Volets I, II et III

Les différents volets d'Impulseo seront poursuivis à l'identique en 2016, si ce n'est le prêt exempt d'intérêts qui semble ici aussi

voué à disparaître. Le GBO et le FAG ont rencontré récemment les conseillers des cabinets Gosuin et Van Hengel. Une analyse des besoins des MG avec les intéressés est amorcée, afin de préciser une politique de soutien (et les moyens à y affecter). Le GBO a fait part de son regret du projet de suppression du prêt à 0% et a le sentiment que ses arguments ont été entendus. De nouvelles propositions en remplacement du prêt pourraient être annoncées par les ministres très rapidement et ratifiées courant 2016 avec, semble-t-il, effet rétroactif...

Détails et documents

Les informations complètes, ainsi que les formulaires actualisés, sont disponibles sur le site du GBO, en rubrique Impulseo: www.le-gbo.be/impulseo

Statut social modulé : zéro changement en 2016

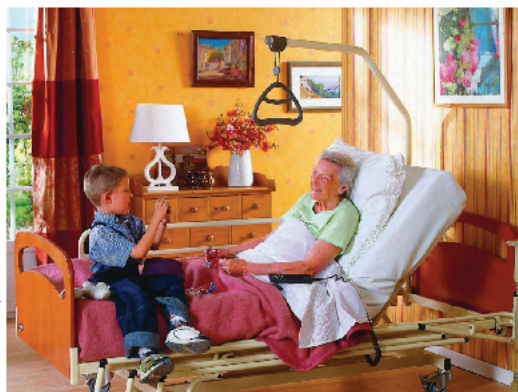
Il a été décidé en médico-mut d'instaurer une modulation du statut social en fonction du volume d'activité de chaque médecin dans le circuit de l'assurance obligatoire (qu'on mesure en remontant de deux ans). L'idée est d'octroyer le statut social de façon plus sélective, à l'avantage des conventionnés qui portent en compte un minimum d'actes de la nomenclature. Un seuil d'activité a été envisagé - exprimé non en nombre de consultations et visites mais bien en montant dépensé par l'INAMI pour rembourser ces prestations. Il devrait être, pour la médecine générale, de 25.000 €/an (il varie selon la spécialité médicale). Si le MG n'atteint pas ces 25.000 € il ne peut plus tabler sur un statut social intégral. S'il se situe entre 12.500 et 25.000 €, il reçoit la somme réservée aux conventionnés partiels. S'il est sous les 12.500 €, il ne touche rien. Jusque récemment, ce mécanisme était supposé d'application en 2016. Mais au final, il n'entrera en vigueur qu'à partir de 2017, les conditions d'octroi pour 2016 demeurant inchangées. Ce n'est qu'un report. Une nouvelle réglementation est bien en préparation à l'INAMI, mais il reste des questions à trancher sur son contenu et sur les seuils précis d'activité. Par conséquent, elle ne pouvait s'appliquer dès maintenant, puisque les médecins doivent en ce début d'année décider d'adhérer ou non à l'accord, et ce alors qu'ils ne connaissent pas les seuils définitifs. D'où le report et la reprise des débats sur ce dossier en médico-mut.

SOINS TECHNIQUES COMPLEXES À DOMICILE OU HOSPITALISATION À DOMICILE ?

Inscrite à l'agenda politique, dans le cadre de la réforme des hôpitaux et de la promotion de modèles innovants de soins transmuraux, l'hospitalisation à domicile telle qu'imaginée par la ministre De Block, doit-elle séduire ou faire fuir les MG ? Vont-ils y laisser des plumes ou (re)prendre du galon ? Le GBO y voit une menace mais aussi une opportunité de restituer à chaque ligne un rôle légitime, dans un système plus cohérent. Mais il faut un financement spécifique.

Le vocable **hospitalisation à domicile** (HAD) peut laisser entendre que les soins hospitaliers et leurs personnels sortent de leurs murs pour investir le champ des soins à domicile. Ce n'est pas sans raison que le récent appel à projets HAD a été adressé, par les autorités, aux hôpitaux... Le concept recouvre en réalité des formules différentes mais complémentaires comme les **alternatives à l'hospitalisation** (par la dispensation de **soins techniques complexes à domicile** (STCD)¹, la première ligne, le cas échéant soutenue par des compétences spécialisées, réduit le nombre d'admissions à l'hôpital) ou l'organisation d'une **post-hospitalisation à domicile** (qui raccourcit les durées de séjour).

- Ce que permet l'alternative à l'hospitalisation, c'est de **confier des soins techniques complexes à la médecine ambulatoire**. L'outil PMG a indiscutablement un rôle à jouer dans cette « (ré)appropriation », et son financement est plus que jamais indispensable. Son utilité ne fait pas de doute dans la gestion des soins non program-



Le GBO voit dans l'HAD une menace mais aussi une opportunité de restituer à chaque acteur et ligne du système de soins un rôle légitime, dans un tout plus cohérent.

més: il est établi que de nombreux patients se rendant aux urgences ne nécessitent pas l'intervention de médecins hyperspécialisés en soins aigus. Ressurgit ici toute l'importance d'un tri performant, pour une orientation adéquate du patient, et une meilleure communication entre lignes.

- Le gain direct dégagé par l'organisation d'une étape de post-hospitalisation à domicile est la **réduction de la durée moyenne de séjour**, accompagnée en principe d'une hausse de l'efficacité - sans compter l'amélioration du confort du patient lorsqu'il souhaite rentrer le plus rapidement possible à son domicile. Elle offre en fait une opportunité de promouvoir le concept cher au GBO: « *les meilleurs soins, au meilleur endroit, par le prestataire le plus adéquat, au moment le plus opportun* ».

Complémentarité

Dans le dossier « garde », ce principe d'une distribution intelligente et complémentaire des rôles entre les équipes spécialisées hospitalières et les soins de première ligne vient de trouver un écho très favorable auprès de tous les partenaires: politiques, mutuellistes, prestataires de soins spécialistes et généralistes. Et ce n'est pas un autre concept qui est promu avec la post-hospitalisation et l'alternative à l'hospitalisation.

Le GBO recommande de profiter de cette perception positive et de **revendiquer une distribution intelligente entre médecins généralistes et équipes hospitalières** au bénéfice de la cohérence du système de soins, de jour comme de nuit.

La base, pour développer les alternatives à l'hospitalisation, sera de reconnaître la valeur de chaque métier et de chaque ligne, généraliste, spécialiste et autres métiers de première ligne, d'en définir les missions, de soutenir une communication bidirectionnelle respectueuse, d'organiser la formation et le financement adéquat... et garantir des effectifs suffisants aujourd'hui et demain.

Triple opportunité

Pour le GBO, l'organisation de la post-hospitalisation à domicile et des alternatives à l'hospitalisation constitue réellement une opportunité :

- pour le système des soins de santé de restituer à chacun sa place;
- pour la médecine générale d'élargir son éventail de compétences;
- d'interroger les concepts de partage, de délégation des tâches et de démedicalisation.

Budget spécifique et transfert de moyens

Sur la question du financement de la première ligne pour les STCD, le GBO est attaché à deux grands principes:

1. les soins à domicile réalisés par les praticiens de première ligne doivent bénéficier d'un **budget spécifique** issu d'une partie des économies générées par la fermeture de lits hospitaliers;
2. le « virage ambulatoire » ne doit pas se réaliser par la « descente de l'hôpital sur la ville » mais par un **transfert de tâches et de moyens, y compris humains** (des ressources infirmières de la deuxième ligne vers la première par exemple, ou des dispositifs « assisto » ou « hospiteo » pour les pratiques mono-disciplinaires).

1. Le concept de soins techniques complexes à domicile, différent du concept de HAD, a déjà été très bien décrit dans l'étude « Soins techniques complexes à domicile – Een project in opdracht van het RIZIV. Rapport final », Pr Jan Heyman (KULeuven), Pr Alain De Weert (ULB), 2007

Médecin coordinateur et conseiller en MRS

AVANT TOUT UN STATUT CONVENABLE ET UNE BONNE COLLABORATION AVEC LES CERCLES

Le GBO a pris l'initiative d'aller plaider la cause du médecin coordinateur et conseiller en maisons de repos et de soins (le « MCC ») auprès de Maxime Prévot, ministre wallon ayant la tutelle sur ce secteur désormais régionalisé. En effet, il faut impérativement garantir des conditions d'exercice décentes à ce professionnel qui doit être issu des rangs de la médecine générale. On doit aussi veiller à ce qu'il puisse travailler dans un climat constructif avec ses pairs de la région, qui fréquentent la MRS.

La Région wallonne s'est lancée dans la réécriture de l'arrêté « normes MRS » du 9/3/2014, qui évoque (entre autres) les missions attendues des MCC. Le GBO, en synergie avec l'Aframeco (l'union professionnelle des MCC francophones) et l'Absym, a saisi l'occasion de présenter au cabinet Prévot des pistes pour conforter le médecin coordinateur et conseiller dans son rôle et lui accorder certaines garanties vis-à-vis des directions d'établissements, rejoint dans cette démarche par le FAG et la SSMG. Un nouveau projet de décret est sur la table du ministre et devrait être présenté au gouvernement wallon dans les semaines à venir.

Des garde-fous autour de l'activité

Les propositions, devenues communes, touchent essentiellement le statut du MCC, car c'est l'inexistence d'un statut correct qui refroidit les candidats a priori tentés par cette activité – d'où des difficultés de recrutement ressenties par les MRS, dont les fédérations

ont énoncé une « solution » que le GBO rejette fermement : ouvrir la fonction de MCC à d'autres spécialités médicales. Pour le GBO, **l'expérience de la médecine générale constitue un élément prépondérant et requis pour devenir médecin coordinateur.**

En matière de statut, donc, les revendications transmises fin 2015 à Maxime Prévot portent sur la **nature de la convention de collaboration** (au moins un contrat à durée indéterminée), l'existence d'un **préavis honnête** (de minimum six mois, avec une incrémentation par année d'ancienneté), un **honoraire respectueux** du travail fourni et **compensant le manque à gagner** encouru en n'exerçant pas ses activités premières (une heure de prestations comme MCC doit s'approcher de la valeur de quatre consultations de médecine générale au cabinet) ou encore un **abaissement du taux de présence physique exigée** dans l'enceinte de la MRS (de 75 à 50%).



Cumul et libre choix

Les fonctions de médecin traitant et de MCC au sein de la même institution apparaissent comme complémentaires mais leur cumul est non indispensable. S'il est effectif, il devra s'opérer en bonne relation confraternelle avec les confrères qui suivent les résidents de la MRS. Que le MCC puisse passer de la coordination à la prise en charge ne doit **en aucun cas nuire au principe du libre choix, par le résident (ou bien par son représentant légal), de son médecin traitant.**

Implication des cercles

La désignation, par une direction de home, d'un MCC étranger à la région, inconnu du cercle local et de ses membres - voire ayant des rapports tendus avec ceux-ci - est un phénomène que le GBO conseille d'éviter dans l'intérêt des résidents et de l'indispensable relation de confiance entre médecins. Il est donc suggéré au cabinet Prévot de **veiller à ce que le cercle local soit toujours bien informé du lancement d'un appel à candi-**

**C'EST L'INEXISTENCE D'UN STATUT
CORRECT POUR LE MCC EN MAISON DE REPOS
QUI REFROIDIT LES GÉNÉRALISTES A PRIORI
TENTÉS PAR CETTE ACTIVITÉ**

dates pour un poste de MCC vacant et **puisse formuler un avis consultatif sur le ou les candidats sélectionnés.** L'Inspection de la Région ou l'Ordre des médecins sont les instances à solliciter pour arbitrer des différends entre cercle, MCC et gestionnaire.

Le GBO demande aussi que la Wallonie pérennise la reconnaissance et le financement de la formation spécifique de base que doit posséder un MCC pour prétendre officier comme tel, actuellement subsidiée par l'INAMI et donnée par la SSMG et l'Aframéco, et fasse passer de deux à trois ans le délai pour en suivre la totalité (24 heures).

Le *numerus* et les numéros

SUITE, MAIS PAS FIN, D'UNE SAGA

Pour le GBO, ceux qui persistent à nier ou à minimiser la pénurie actuelle et à venir en médecine générale, et le déséquilibre flagrant avec la médecine spécialisée, ne font que retarder les mesures déterminées qu'il faudrait prendre promptement. Mais lesquelles ?

Dans son récent rapport sur la performance des soins de santé, le KCE tire le signal d'alerte: la « production » de MG est insuffisante pour absorber les besoins futurs dus au vieillissement démographique, certainement si on la compare à celle de spécialistes. Depuis 2000, la part de médecins qui s'orientent vers la médecine générale tourne autour de 28% (26% côté francophone, 29% en Flandre), alors que les experts en santé publique recommandent un rapport de 43% de MG - 57% de MS. Et les espoirs de voir la délégation de tâches à des assistant(e)s de pratique issu(e)s du monde infirmier apporter une solution sont douchés par le KCE quelques paragraphes plus loin: la profession infirmière, en particulier en ambulatoire, est elle aussi frappée par la désaffection. Du reste, la moyenne d'âge de la médecine générale progresse plus vite que dans les spécialités, à voir les statistiques INAMI: elle frôlait les 53 ans chez les MG contre 49,6 chez les MS en 2013. Et à en croire l'OCDE, cette moyenne est supérieure à celle des autres pays d'Europe.

La commission de planification arrive à des conclusions aussi inquiétantes, et y ajoute la question de la répartition homogène des



G La moyenne d'âge de la médecine générale progresse plus vite que dans les spécialités.

forces vives, qui influe sur la pénibilité du métier à échelle locale. Elle souligne l'importance des « mesures pour améliorer la distribution (en zones avec densité de population réduite, en zones urbaines dans des quartiers défavorisés...) », et en appelle à

une intensification de celles qui « facilite[nt] l'organisation d'une continuité de soins au niveau de la population (postes de garde...) »

Un boom de spécialistes surnuméraires

A ceux qui sont persuadés que le numerus clausus est responsable de la disette en MG, le GBO fait observer que, ces 15 dernières années, jamais la proportion recommandable de 43% de MG n'a été atteinte. Il y a eu un détournement des sous-quotas de MG vers les spécialités, pratiqué par les facultés avec la passivité complice des pouvoirs publics.

Bien sûr, le nombre absolu de MG diplômés a augmenté, mais ceux qui s'en réjouissent et s'en contentent commettent deux erreurs de raisonnement. La première, c'est que cette hausse se produit parallèlement à une explosion de spécialistes surnuméraires qui va devoir être résorbée par un durcissement des quotas globaux de médecins. Cela va provoquer une guerre encore plus âpre pour la répartition des sous-quotas entre MG et MS. Pour rappel, la ministre De Block décidera des quotas et les communautés des sous-quotas. Magritte aurait dû peindre le tableau « ceci n'est pas une politique de santé ». La seconde erreur, c'est que cette surpléthore de spécialistes va pousser ceux-ci à braconner sur les terres de la médecine générale en s'en appropriant certains actes, ce qui affaiblira encore plus ce métier.

Que faire ? Le GBO a développé dans son programme 2014-2018 un « plan de sau-

vetage » de la médecine générale (à consulter en ligne sur www.le-gbo.be, rubrique page 20 « attractivité » <http://cld.bz/lJrAl1w#20>). Il comprend un ensemble de mesures qui touchent à la fois la qualité de la vie, la considération, les revenus, la place dans les facultés, etc.

Maggie De Block et Jean-Claude Marcourt dos à dos

Mais se pose une question cruciale: que va-t-on faire des étudiants surnuméraires qui sortent ? Qui décrochera les précieux numéros INAMI ? Il y a un accord sur un **lissage négatif** (le « remboursement » ultérieur de numéros délivrés en excès) qui va compenser le **lissage positif** auquel ont copieusement recouru les doyens en communauté française (la « consommation » de plus de numéros que normalement disponibles sur une année). Les ministres De Block et Marcourt s'opposent toutefois sur la durée du lissage négatif: la première demande 10 ans, le second 30.

Le GBO (tout comme les doyens des facultés francophones) est d'avis qu'entre 10 et 30, il y a une marge de négociation acceptable. Mais la ministre fédérale est sur la défensive vis-à-vis des socialistes francophones. Ils ont montré par le passé leur libéralisme pour l'accès à la profession avec pour résultat, l'actuelle pléthore en pédiatrie, gynécologie, gastroentérologie et d'autres disciplines. Si les garanties de respect du lissage négatif et des sous-quotas sont obtenues, la situation pourra être indolore pour les étudiants actuellement engagés dans le cursus.

Les principes défendus par le GBO dans le dossier contingentement

- Pas de changement de règles intempestif en cours de cursus.
- Tous les étudiants engagés dans le cursus *doivent* obtenir un numéro INAMI, en priorité dans les disciplines en pénurie (dont la médecine générale).
- Un certain filtre à l'accès des études peut être envisagé, comme un *examen d'entrée*.
- La médecine générale doit être *sincèrement encouragée* dans les facultés, et les quotas MG-MS respectés.
- L'image des professions qui nécessitent un diplôme de médecin mais ne supposent pas de pratiquer dans le circuit INAMI doit être valorisée.
- Tout cadastre qui se respecte doit être réalisé en y impliquant les cercles de MG.
- Il est indispensable d'oser le débat de la planification à l'installation selon les besoins des territoires.
- Le travail connexe à la pratique curative doit être facilité.
- Une vaste réflexion doit être menée sur la répartition des tâches entre intervenants des soins, dans une optique de subsidiarité.
- Une culture de multidisciplinarité et de coordination des actions doit être développée.
- La réorganisation des 2^{èmes} et 3^{èmes} lignes de soins doit être soutenue. Le *médecin spécialiste doit voir confirmé son rôle d'expertise en soutien de la 1^{ère} ligne*.

Détails dans le GBO arguments de juin 2015



⚡ L'explosion de MS surnuméraires, lesquels vont braconner sur les terres MG, devra être résolue par un resserrement des quotas globaux de médecins, d'où une guerre encore plus âpre pour la répartition des sousquotas entre MG et MS. La ministre De Block décide des quotas et les communautés des sousquotas. Magritte aurait dû peindre le tableau « ceci n'est pas une politique de santé ».

Sous-quota à 53 voire 63%

Deux hypothèses sont à envisager. Soit un lissage rapide en 10 ans, avec un sous-quota légèrement augmenté en MG (53% à la place de 43% sur la période). Après quoi, il conviendra de veiller au respect intégral du seuil des 43%. Soit un lissage plus long (15 à 20 ans) avec un sous-quota porté à 63% les 5 premières années, puis, quand la médecine générale aura récupéré un effectif nécessaire, une stabilisation à 43% (avec une limitation stricte des numéros pour les spécialistes). L'essentiel de la force de travail des généralistes devra se porter sur la 1^{ère} ligne, sans être détournée par les hôpitaux. Le GBO invite à ne pas réduire le débat à



« Oui » pour garder
à vie son agrément !

MAIS « OUI », AUSSI, À LA DÉFINITION DE LA MG OMNIPRATICIENNE...

Le GBO est soulagé de savoir qu'en vertu d'un nouvel arrêté, les consocurs et confrères s'étant réorientés dans des activités médicales spécifiques en 1^{ère} ligne ne sont plus menacés de perte d'agrément. Il n'en demeure pas moins demandeur, entre autres pour des impératifs de santé publique, à ce que l'évolution imprimée par Maggie De Block au système ne s'arrête pas là.

un strict comptage de numéros. Mieux vaudrait oser s'essayer à une réorganisation des soins, une répartition du travail entre MS et MG qui fasse la part belle aux seconds. Avec une médecine générale renforcée numériquement et qualitativement, au sein d'une première ligne forte, on pourrait s'attendre à des économies substantielles en 2^{ème} ligne: une moindre hospitalisation, moins d'actes techniques, moins d'examens, des médicaments moins coûteux, etc.

Ce raisonnement sur le contingentement, signé par le Dr Drielsma, est proposé en version intégrale, avec graphiques et références, sur le site du GBO : www.le-gbo.be/documents/2016/02/15/ceci-nest-pas-une-politique-sante

La veille de la Noël est paru au Moniteur belge un arrêté ministériel assouplissant (et c'est un euphémisme !) les critères à respecter pour conserver son agrément de médecin généraliste.

Le texte raccourcit sensiblement la série de conditions reprises précédemment, dans l'arrêté de 2010, dont les principales étaient le fait d'avoir 500 contacts patients par an (une fois sur cinq années consécutives), tenir à la fois ses connaissances et ses dossiers patients à jour et participer - ou à tout le moins être inscrit, même

si on est dispensé - à la garde population.

Maggie De Block a choisi de ne plus garder comme critère de maintien de l'agrément que l'obligation de formation continue, attendant que le médecin « reste compétent durant toute sa carrière » (lire ci-contre).

Dans sa communication, la ministre de la Santé publique a justifié cet assouplissement par la nécessité de garantir la sécurité juridique de 4 à 5.000 médecins de première ligne qui ne pratiquent plus la médecine générale omnipraticienne, citant pour illustrer son propos les confrères officiant à l'ONE, en milieu scolaire, dans les centres de planning familial ou comme médecins du travail. La révision de la réglementation évitera qu'ils ne risquent de perdre leur agrément fin 2016.

Une avancée positive

Il est évident que le GBO se réjouit de voir s'éloigner la menace qui pesait sur de nombreux



⊗ L'insécurité pesant sur des MG qui s'étaient réorientés s'éloigne.

Le nouvel arrêté

Article unique. L'article 10 de l'arrêté du 1er mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes, est remplacé par ce qui suit :

« Art.10. Le médecin généraliste agréé est tenu de maintenir et de développer ses compétences pendant toute sa carrière par une formation pratique et scientifique. »

généralistes qui s'étaient réorientés - souvent en se spécialisant - vers des exercices particuliers. Ces généralistes avec des activités « de niche » très variées, tant préventives que curatives, ou auprès de publics spécifiques, ne pratiquent certes plus une médecine générale de forme classique. Il est indéniable, cependant, qu'ils font œuvre utile en première ligne et contribuent à la richesse du système des soins belge.

C'est donc une avancée positive que ces confrères - que le GBO a écoutés, défendus, amenés à exprimer leur point de vue devant le Conseil supérieur... - voient leurs inquiétudes se dissiper quant à la préservation de leur titre professionnel.

Des impératifs de santé publique et de qualité

Le GBO est cependant partagé devant cet arrêté, dont la soudaineté a surpris. En effet, le

groupe de travail (GT) médecine générale du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes¹ était arrivé, après plusieurs années de réflexion et de discussion, à une proposition très concrète qui à la fois protégeait les MG agréés menacés de perdre leur agrément et par ailleurs rencontrait les impératifs de santé publique et de garantie d'une pratique de médecine générale omnipraticienne de qualité.

Ecarter comme le fait Maggie De Block la série de critères qui, dans l'arrêté de 2010, s'efforçaient de cerner ce que recouvre le métier de généraliste pour ne conserver dans cette liste que la nécessité de rester compétent paraît une solution bien radicale. L'assouplissement, qui va bien au-delà de ce que le GBO attendait, soulève beaucoup de questions - à commencer par « compétent, en quoi ? ».

Préserver l'agrément d'un MG qui ne voit plus jamais le moindre patient (par exemple parce qu'entré dans l'administration, la presse, un département recherche, une mutuelle ou l'industrie pharmaceutique...) a-t-il un sens ? Doit-il conserver un numéro INAMI (au risque de fausser le débat sur le contingentement) et continuer à accéder indifféremment à la nomenclature de médecine générale ?

Garder possible la distinction

Il paraît nécessaire au GBO de pouvoir distinguer, dans l'ensemble des médecins agréés, les omnipraticiens de ceux qui ont opéré un changement de cap professionnel. Et ce pour des raisons de dénombrement correct des forces vives, d'affectation légitime des aides à

la pratique conçues pour soutenir les omnipraticiens en activité, et de qualité et de sécurité des prestations proposées à la population, qui doit savoir ce qu'elle peut attendre du professionnel portant l'« étiquette » MG. Il faut donc continuer à garantir ce qui fait la profession, lui définir un contenu de base.

IL PARAÎT NÉCESSAIRE AU GBO DE POUVOIR DISTINGUER, DANS L'ENSEMBLE DES MG AGRÉÉS, LES OMNIPRATICIENS DE CEUX QUI ONT DÉCIDI D'UN CHANGEMENT DE CAP PROFESSIONNEL

Partisan de « permis d'exercer »

Le GBO est favorable au système sur lequel planche actuellement le GT médecine générale du Conseil supérieur, à savoir une préservation du titre professionnel pour tous les diplômés MG, assortie de visas ou « licences to practice » (donc des autorisations d'exercer particulières, selon la forme de médecine pratiquée).

Il y aurait ainsi une licence de médecine générale omnipraticienne attendant la toute grosse majorité des MG agréés.

Le GT médecine générale du Conseil supérieur, réuni à la mi-janvier dernier, a envoyé sa proposition à la ministre De Block et sollicité une entrevue.

1. C'est l'organe chargé, au sein du SPF Santé publique, de rendre des avis au ministre compétent à propos de l'agrément



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



COTISATIONS 2016

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	240 euros	180 euros
Inadif	25 euros	18 euros

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

BES1 0000 1968 7562 – BPOTBEB1

Groupe 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 • Site : www.le-gbo.be

Le GBO défend vos intérêts sous la bannière du



**Vous souhaitez
recevoir la version
électronique du
GBO Arguments et
nos news d'actualité?
Faites-le nous savoir
en nous communiquant
votre adresse e-mail
>>> secretariat@le-gbo.be**