



BELGIE - BELGIQUE

PP. 1070 BRUXELLES X

BC 1798



Groupement Belge
des Omnipraticiens

SOMMAIRE

Le mot du président	1
Décès du Dr Vrayenne : adieux à un géant	3
Et si on parlait sécurité des MG ?	5
Régulation de l'offre : ce que réclame le GBO	9
Stages en hôpital : de l'exploitation ?	14
BILLET - Les défis de la démocratie « participative »	16
Garde : où en est-on depuis la crise ?	19
Impulseo : ce que les Régions en font	23
Informatique et santé : attention, dangers	24
DÉBAT - Votre pratique, à l'acte ou au forfait ?	28

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)

GBO ARGUMENTS - OCTOBRE 2016



Ô RAGE, Ô DÉSESPOIR !... Ô JEUNESSE PAS ENNEMIE !

Mais en quelle langue faut-il le leur dire ?

A l'heure d'écrire ces lignes, le problème de nos étudiants belges en médecine, menacés de ne pas pouvoir exercer demain, en Belgique en tous cas, n'était toujours pas clairement résolu ! De toutes parts, des voix se sont élevées... Rien n'y fait !

Chacun, à sa manière, trouve une place dans les médias pour dénoncer cette infamie que ne manquait pas de condamner également le Dr Michel Vrayenne, membre fondateur du GBO, qui s'est éteint après des décennies passées à défendre les MG et auquel nous rendons hommage.

Peut-être que, d'ici à la parution de ce numéro dans lequel le GBO expose sa vision d'une régulation médicale s'exerçant en amont et en aval des études, avec une refonte profonde de l'attribution des numéros Inami, nos deux ministres concernés, De Block et Marcourt, auront mis entre parenthèses un bras de fer politico-communautaire pour privilégier la santé publique. Toujours est-il que c'est avec pour toile de fond ce regrettable imbroglio que sort ce GBO Arguments qui, justement, laisse la parole aux plus jeunes. Les Drs Céline Ego et Virginie Bedoret nous y font part de leur perception des avantages et inconvénients du paiement à l'acte versus au forfait. Marie Hechtermans, une autre consœur démarrant sa pratique, exprime sa déconvenue sur la façon dont sont traités les jeunes en formation dans certains stages hospitaliers.

>>> suite en page 2



>>> suite de la page 1

Ô RAGE, Ô DÉSESPOIR !... Ô JEUNESSE PAS ENNEMIE !

A une époque où chacun s'interroge sur la manière de rehausser l'attrait de la médecine générale auprès des étudiants, nous ne sommes par ailleurs toujours pas parvenus à mieux protéger les MG contre les violences multiples qui s'exercent à leur égard. L'agression dont vient d'être victime le confrère Depoorter, auquel le GBO souhaite le plus prompt des rétablissements, l'a encore tragiquement rappelé.



Paul De Munck, président du GBO

Notre vice-président, Lawrence Cuvelier, partage ses réflexions sur le sujet sécurité, avant de nous parler de démocratie sanitaire - ou de démocratie tout court - en nous alertant du danger qu'il y aurait à abandonner la concertation, pilier de notre système des soins belge, dont nous pouvons être fiers et qu'il faut préserver coûte que coûte.

Autre danger qui guette : la perte de la maîtrise des données. La marche forcée vers le « tout-à-l'informatique » se poursuit sans que beaucoup de voix s'élèvent, en dehors de notre profession, contre les risques évidents de dérives et de menaces sur la vie privée. Le secrétaire général du GBO, Paul Vollemaere, qui, mis à part son âge, pourrait être de la génération Z, nous livre son analyse.

Ce numéro aborde encore l'inlassable croisade d'Anne Gillet, du bureau exécutif, et de Valentine Gevers, experte attachée à notre syndicat, pour préserver la garde et, avec les autres membres du bureau, les dispositifs d'appui à la médecine générale. Bien que tout ne soit pas gagné, leur

opiniâtreté a permis de décrocher des avancées certaines dans la crise des postes de garde.

« Point n'est besoin d'espérer pour entreprendre, ni de réussir pour persévérer ! », estimait Guillaume 1er d'Orange Nassau, dit le Taciturne, dont la devise était « Je maintiendrai ! ». Contrairement à lui, les femmes et hommes d'action du GBO sont loin d'avoir la langue en poche. Mais comme lui, ils sont déterminés à poursuivre leurs combats fondés sur des valeurs de démocratie, d'humanisme, dans un esprit fraternel et de liberté de pensée.

Assumer cette noble tâche de défendre notre, votre, profession requiert plus que jamais votre appui. Pour continuer à représenter les MG sur tous les fronts, le GBO escompte un nouvel afflux de sympathisants. Vous trouverez en page 8 un appel à cotisation.

Cotiser n'est pas la seule façon d'appuyer le GBO ou de reconnaître ses acquis. Par contre, c'est le seul moyen de garantir le poids qu'il a et pourra avoir demain dans la concertation avec les pouvoirs publics.

Paul De Munck, président du GBO





In memoriam

UN GÉANT DU SYNDICALISME N'EST PLUS

Le Liégeois Michel Vrayenne, fondateur du GBO, s'est éteint début septembre. Il avait exercé le métier de médecin de famille pendant près de 60 ans, le conjuguant à un engagement syndical de tous les instants. On lui doit notamment d'avoir réussi à imposer, en 1998, les premières élections médicales. Celles-ci allaient permettre à un mouvement spécifique aux MG de faire son trou dans les organes de concertation de l'Inami.

Voici des extraits de l'hommage rendu au défunt, lors de ses funérailles, par le Dr Paul De Munck, au nom du GBO.

Il y a des médecins qui se contentent de pratiquer du mieux qu'ils peuvent. Il y en a d'autres qui, en plus d'exercer leur art avec passion, sacrifient une partie de leur existence à défendre avec détermination et intelligence leur métier, pour en préserver les valeurs.

Michel Vrayenne fut l'un de ceux-là.

Presque six décennies de pratique de la médecine et près de cinq décennies d'engagement indéfectible auprès du GBO, dont il fut le premier secrétaire général ! Respect !

Omnipraticien et épicurien

Pour évoquer sa trajectoire professionnelle, le terme « omnipraticien » est particulièrement adapté. Tour à tour, ou à la fois, chercheur en biologie, médecin généraliste, fondateur du CUMG de l'ULg et en-



Michel Vrayenne

seignant, médecin du travail et de contrôle, et syndicaliste acharné, Michel était connu pour ses qualités d'orateur, de débatteur et pour son esprit de synthèse. Il aura même passé deux années de spécialisation en pédiatrie, lui qui, avec son sourire malicieux, ne ratait jamais une occasion de susciter la controverse en glissant que la médecine n'aurait jamais dû créer de spécialités basées sur l'âge ou le sexe, telles la

pédiatrie, la gériatrie ou la gynécologie... Lui-même, qui appartenait encore à cette génération de MG accouchant leurs patientes, n'était pas peu fier d'avoir à son actif la mise au monde de 150 bébés. Que nos confrères spécialistes lui pardonnent, Michel ne détestait ni l'humour, ni la provocation.

Mais Michel était aussi épris de science puisqu'il est un des membres fondateurs de la SSMG. Doté d'une grande sensibilité et perméabilité aux émotions, il aimait les belles choses et les bonnes choses. Soucieux d'élégance, il était toujours tiré

>>>





à quatre épingles aux réunions. J'ai toujours été très jaloux de sa ligne, tout épicurien qu'il était !

Un mouvement de MG et des élections

Ce serait trop long de citer ici tous les combats et toutes les victoires de Michel, mais aussi ses désillusions - qui ne l'ont toutefois jamais fait renoncer à la défense de notre beau métier de médecin de famille. Retenons deux victoires, déterminantes pour les conditions d'exercice des MG francophones. D'une part, la courageuse création d'un mouvement spécifique aux généralistes, le GBO, tout en entretenant d'excellents rapports avec les spécialistes au sein par exemple de la « Confédération des Médecins Belges » qu'il contribua à créer et présida de 1977 à 2002. D'autre part, celle d'avoir contribué à obtenir l'organisation d'élections médicales. La première édition, en 1998, a consacré le poids que devait avoir la médecine générale sur l'échiquier de la défense professionnelle.

Une profonde reconnaissance

En tant que président du GBO dont Michel fut le premier secrétaire général avant d'en devenir trésorier durant de longues années, je tiens à témoigner devant sa famille, ses proches, les confrères et consœurs (...) toute la reconnaissance de milliers de médecins. Il y a fort à parier que ses patients partagent le même sentiment : je ne doute pas une seconde que le Docteur Vrayenne aura été une personne précieuse dans leur vie. Il restera dans notre mémoire individuelle et collective un géant de la défense de notre métier et de ses valeurs.

Comme on dit à Liège,
« Mèrci tot plin, Michel »

Pour le GBO, Dr Paul De Munck,
président, 8 septembre 2016

« Michel, compagnon de route »

Marcel Bauval, vice-président du GBO, rend hommage à la verve et la culture de celui qui fut à double titre son compagnon de route, à la fois dans les luttes syndicales communes et sur l'axe Liège-Bruxelles.

« Pour nous, Francis, Nicolas, Pierre et moi, provinciaux liégeois, qu'il est parfois long et pénible, ce trajet vers Bruxelles, surtout au retour, dans la nuit et sous une météo hostile ! Mais avec Michel, déjà arrivés à Loncin, nous pensions avoir à peine dépassé Tirlémont... »

Dans son style agréable et précis, tantôt narratif, tantôt comique ou émouvant, il partageait avec nous son riche parcours de vie. A travers de petites histoires, il nous faisait revivre la grande aventure du GBO. Comme par exemple quand, expert à la médico-mut (avant que le GBO ne puisse y entrer), il avait été écarté parce qu'il publiait des comptes-rendus défavorables à l'ABSyM. Ou cette fois où il avait repéré dans les militants un jeune rebelle nommé Vandermeeren... »

Mais Michel était bien trop éclectique pour se limiter à la vocation syndicale. Il nous intéressait de ses voyages, d'un spectacle, d'un moment heureux. De temps à autre, au détour d'une anecdote discrètement exprimée, nous percevions cette profonde sensibilité qui, en certaines circonstances, s'est exacerbée jusqu'à menacer sa santé.

Michel, le trajet de Bruxelles nous paraît bien long sans toi ! »





Sécurité

VOUS AVEZ DIT : « RISQUES DU MÉTIER » ?

Le 18 août dernier, à son cabinet, un MG de Forest recevait plusieurs coups de poignard d'un patient déséquilibré. Cette agression est la énième d'une trop longue série. Doit-on soigner au mépris de son intégrité physique, dans l'indifférence des autorités ? Seul en visite, en garde nocturne ? Bien seul, même en journée, devant les cas psychiatriques ? Réflexions, conseils et revendications du GBO.



L'un des nôtres a subi une agression tragique, une fois encore. Un membre de notre profession dont la vocation est de soigner ses semblables. A chaque nouveau fait de violence, nous sommes plus émus. Nous le vivons comme une forme de sacrilège, un outrage à nos valeurs fondamentales et, nous le croyons, à celles de la société. Nous, les médecins, pensons incarner l'un des symboles structurants de notre communauté humaine : l'attention bienveillante à autrui.

Dans le climat de peur qui nous entoure, le premier réflexe est de réclamer plus de sécurité, plus de vigiles, plus de contrôle. Cependant notre ami, à la patientèle plutôt paisible, a été attaqué à 20 mètres d'un commissariat...

Le GBO a participé à une plateforme de réflexion, sous l'égide des SPF Intérieur et Santé publique avec différents représentants du corps médical, de la magistrature et des forces de police. Ces rencontres doivent en principe reprendre leur cours

en cette rentrée. En découlera, sans doute, une série de mesures assez simples dont la combinaison réduira le risque. Mais sans l'éradiquer.

Danger affronté en solo

Comment espérer, en effet, tendre au risque zéro alors que les MG s'aventurent encore seuls, pendant les nuits de semaine, chez des inconnus pour les soigner ? Dans d'autres corps de métiers portant secours aux citoyens, cette obligation d'assistance est modulée par le fait que les acteurs - pompiers, policiers, ambulanciers...- n'interviennent jamais seuls, mais en équipe.

Par ailleurs, nombre d'agressions sont commises en plein jour par des patients qui sont parfois bien connus de la victime. Ceux-ci peuvent vivre de grandes difficultés et retourner soudain leur agressivité contre le médecin. Le praticien endosse souvent, bon gré, mal gré, plusieurs rôles qui ne se limitent pas à soigner : il doit aussi conseiller, ne

>>>





pas céder aux attentes inadéquates d'un patient en matière de prescription ou refuser des incapacités de travail. On attend de lui qu'il soit un garant des règles de la société, en étant un recours mais aussi, parfois, celui qui sait dire non.

Trop souvent déconsidéré

Et pendant que le médecin hérite de ce rôle de composition, son image est ternie dans les médias. A intervalles regrettamment réguliers, le généraliste s'entend dire que tel médicament ou tel certificat sort bien trop souvent de sa plume. À lire tout ce qu'on écrit d'eux, comment les MG ne nourrirait-ils pas l'impression d'être considérés par certains comme de véritables ânes ?

Le GBO ne peut, certes pas, faire preuve de complaisance par rapport aux mauvaises pratiques. Mais, objectivement, ce flux continu d'informations négatives rend mal hommage au boulot abattu par le médecin de famille. Qu'un chercheur soit sur la piste d'une nouvelle molécule qui soignera une maladie rare, cela fait la Une. Mais qui saura qu'à l'issue d'une heure d'un éprouvant dialogue, un mari délaissé finira par confier à son médecin le couteau avec lequel il avait l'intention de poignarder son ex-compagne ?

Dans l'ensemble, la société ignore ce qui se passe dans les cabinets des généralistes ; les seuls qui peuvent témoigner de l'investissement

humain permanent qui y règne sont ceux qui ont été confrontés à de sérieuses difficultés physiques, psychiques ou morales.

Bien isolé face aux patients psychiatriques

Les besoins des patients en difficultés psychiques sont énormes dans notre pays, et les collaborations entre psychiatres et médecins généralistes s'inscrivent encore trop souvent dans un rapport de maîtres à élèves, alors que bon nombre des patients vus en médecine générale n'iront jamais voir un « psy ».

Trop souvent, face à une situation épineuse, les généralistes se débattent dans l'isolement et les difficultés de communication. Quand un patient surgit dans une pratique de MG en criant qu'il va « tuer le médecin », et que contacté en urgence le jeune assistant hospitalier en psychiatrie répond, confortablement installé dans les murs de son institution, qu'il ne peut rien face à ce qu'il nomme « les risques du métier », que faire ? Pleurer sur son impuissance ? Que ce soit finalement le MG menacé qui dénoue lui-même la crise sur le terrain montre le paradoxe dans lequel la profession évolue vis-à-vis des patients psychiatriques.

🗣️ Même des patients bien connus du MG, embourbés dans de grandes difficultés, peuvent, en plein jour, retourner soudain leur agressivité contre le médecin.



Et si on remontait aux racines du mal ?

Notre profession se frotte à une juxtaposition d'obligations contradictoires. Elle relève à la fois du soin, de missions de service public et de l'entreprise individuelle (avec comptabilité, gestion de personnel...). Tout cela est bien exaltant mais souvent éprouvant. Le médecin est-il soutenu suffisamment dans la complexité de ces missions ? Agressé, reçoit-il une indemnité de l'Etat ? Les accidents de travail sont-ils reconnus, comme dans d'autres professions ? Et au-delà des mesures de prévention individuelles indispensables, l'Etat s'attaque-t-il suffisamment aux causes des violences essuyées par les MG ?

Que l'émotion née de l'attaque sauvage du Dr Depoorter à Bruxelles, après celle fatale pour le Docteur Roelandt en Flandres en décembre 2015, ne retombe pas dans la banalité du fait divers ! Notre profession doit être entendue dans les témoignages et analyses qu'elle donne des souffrances de la population.

Il est aussi indispensable, en tous lieux, de soutenir et protéger individuellement et collectivement les médecins traitants. Parce qu'ils s'occupent, se préoccupent en ce « premier monde » de ses chevilles ouvrières, toujours plus laissées pour compte. « Parce qu'ils auscultent ce qu'il est urgent d'entendre : le cœur de notre société. » (1)

*Dr Lawrence Cuvelier,
vice-président du GBO*

(1) H. Van Camp, cité par Anne Gillet, « La santé mentale en médecine générale : état de la question ». Santé Conjuguée n°65 - Epidémiologie et soins de santé primaires : rencontres - septembre 2013.
<http://www.maisonmedicale.org/La-sante-mentale-en-medicine.html>, consulté le 29/08/2016



Ce que conseille et revendique le GBO

Le GBO réitère son appel à consulter le dépliant édité par le ministère de l'Intérieur à propos des mesures de sécurité pour les cabinets médicaux. Il a participé à la rédaction de ce manuel: <https://www.besafe.be/fr/publications/se-curisation-me-decins>

Quelques conseils : utilisation, signalée en salle d'attente, d'un **terminal de paiement bancontact**, de **caméra(s) de surveillance** ; aménagement d'un **sas d'entrée sécurisé**, d'une **seconde porte dans le cabinet de consultation** pour pouvoir prendre la fuite en cas de danger.

Le GBO soutient fermement :

- le développement de la **pratique de groupe** (ne pas oublier, dans ce contexte, la protection du personnel administratif),
- le déploiement des **PMG**,
- le recours aux **services de chauffeurs pour les visites en garde** (le GBO soutient particulièrement, contre vents et marées, la revendication du financement des services de garde, volontaires, **en soirées et nuits de semaine**),
- l'installation de **boutons d'appel** à l'aide,
- la multiplication de **formations à la réponse à la violence**.

Le GBO continuera de participer aux réunions de réflexion conduites par le SPF Intérieur à propos de l'amélioration de la sécurité des prestataires de soins.

Un lien utile : <http://securitedesmedecins.be/fr>





N'attendez plus POUR COTISER !

Permettez au GBO de poursuivre dans de bonnes conditions ses efforts de toujours pour faire respecter vos intérêts: cotisez !

Il est d'autant plus important de lui apporter votre contribution que la faible participation aux dernières élections médicales a fragilisé le syndicat en termes de financement. Les syndicats médicaux reçoivent effectivement un subventionnement de la part des pouvoirs publics qui dépend, en partie, des suffrages recueillis. Or le dernier scrutin, en juin 2014, a enregistré un taux de non-participation record. La part de votants dans le corps médical tournait autour des 70% lors des premières élections en 1998 ; en 2014, elle a chuté à 37%.

Dans ces conditions, verser votre cotisation constitue donc un geste qui non seulement témoigne de votre confiance pour le GBO mais qui permet, très concrètement, de pérenniser son action.

Du cotisant au militant

Le GBO a, par ailleurs, plus que jamais besoin de bras. Il cherche des consœurs et confrères prêts à enrichir son projet de leurs idées mais aussi à s'impliquer activement dans la défense de la profession. Le basculement de compétences en santé aux entités fédérées induit par la 6ème réforme de l'Etat rend les interlocuteurs politiques plus nombreux. Il faut être sur tous les fronts, de tous les débats, à quelque niveau que ce soit. Et pour mieux y arriver encore, le GBO a besoin de généralistes motivés, désireux de faire entendre utilement la voix de leur profession.



N'hésitez pas à rejoindre les rangs des militants !



EN PRATIQUE

La cotisation au GBO va de 25 à 240 euros en fonction de vos années de pratique, avec une formule de versement groupé (de minimum six confrères associés, ou d'un même glem, cercle...) qui réduit ces tarifs. Tous les détails en dernière page de ce GBO Arguments.

Le numéro de compte du GBO est
BE51 0000 1968 7562





Régulation de l'offre médicale

LA POSITION DU GBO : AGIR EN SOUPLESSE AVANT ET APRÈS LES ÉTUDES

L'été 2016 a vu ressurgir le vieux dossier du contingentement. Un élément neuf est intervenu : le Conseil d'Etat a invalidé le « concours-boucherie » de fin de 1ère année de médecine en Fédération Wallonie-Bruxelles et remis en question les quotas fédéraux. A une problématique à composantes multiples, le GBO avance des solutions combinées. Plutôt qu'un carcan unique, verrouillé sur les seuls étudiants en Belgique, flanqué d'un large laisser-faire à la sortie, le Conseil national du GBO propose une régulation souple et modulée, à l'entrée ET à la sortie des études, avec des numéros Inami attachés non plus à un individu mais à une pratique.



La note technique du Conseil national est disponible in extenso sur le site du GBO, en rubrique actualités, en date du 14 septembre (<http://www.le-gbo.be/actualites>)

Dans les pages qui viennent, nous vous proposons :

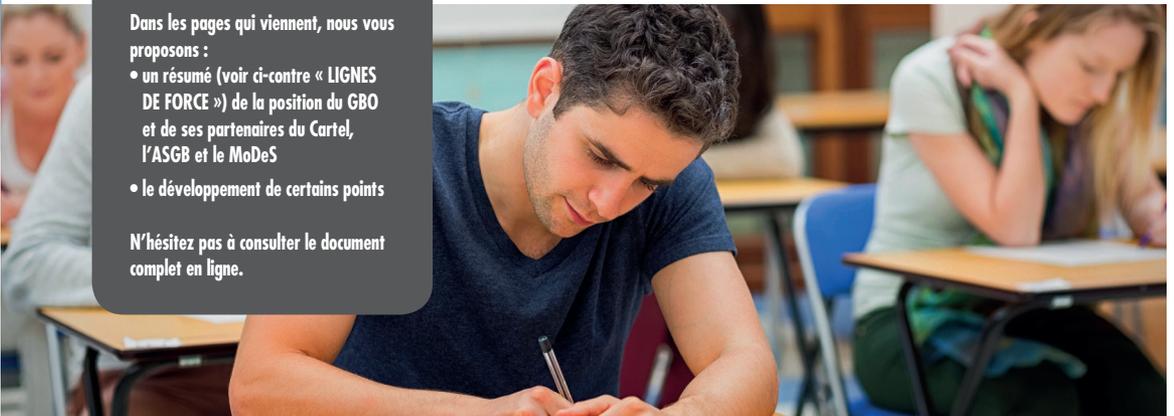
- un résumé (voir ci-contre « LIGNES DE FORCE ») de la position du GBO et de ses partenaires du Cartel, l'ASGB et le MoDeS
- le développement de certains points

N'hésitez pas à consulter le document complet en ligne.

LIGNES DE FORCE

Le Cartel (GBO-MoDeS-ASGB) propose une régulation souple et modulée en amont et en aval des études pour assurer le maintien d'une offre médicale adaptée aux besoins de notre système de soins, dont l'organisation mérite d'être repensée afin de garantir des soins de qualité pour tous.

>>>



 Le GBO est favorable à l'organisation d'un examen d'entrée dans les facultés de médecine, en ne se focalisant toutefois pas sur les seules matières scientifiques.





Pour le Cartel, les propositions de résolution s'axent sur plusieurs aspects :

DE LA RÉGULATION DE L'ACCÈS AUX ÉTUDES DE MÉDECINE...

Le Cartel défend un système centré sur les points suivants :

- **L'organisation d'un examen d'entrée (et non un concours !)** dans les facultés de médecine, en ne se focalisant toutefois pas sur les seules matières scientifiques, **assorti d'une année préparatoire facultative portant sur les matières du champ bio-psycho-social et relationnel.**
- **L'information des élèves du secondaire de façon objective et claire**, en amont de l'université, de la volonté politique d'équilibrer le nombre de praticiens et les besoins de la population.

... À LA RÉGULATION DE LEUR SORTIE...

- **L'octroi d'un numéro INAMI provisoire après le master** pour permettre à chacun d'accéder à la médecine générale ou spécialisée.
- **Une réflexion en profondeur à propos du contexte législatif européen en matière de liberté de circulation des diplômés médecins en Europe**, susceptible de déstructurer le modèle de planification et d'organisation des soins des différents pays de l'Union.
- **Le respect en conséquence d'une meilleure équité entre diplômés belges et européens**, en espérant éviter les dérives actuelles : en recrutant via des agences spécialisées des Européens non belges pour venir exercer dans notre pays, on risque de créer des pénuries dans leur pays d'origine.

... LE TOUT POUR MIEUX ORGANISER LE SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ EN GARANTISSANT SON EFFICACITÉ :

- **L'installation doit être renforcée par une organisation « multifacettes »** (prise en compte des besoins de la population, de la répartition géographique des médecins, d'une clarification des rôles de chaque professionnel, réflexion sur l'échelonnement des soins...).
- **Il faut organiser une meilleure répartition géographique des praticiens sur le territoire.** A défaut d'une loi d'installation, il faudrait encourager, par exemple, la pratique de vacation dans les zones en pénurie.
- **Les quotas fédéraux, basés sur cette organisation « multifacettes », doivent porter non plus sur des têtes mais sur des pratiques**, solo, en réseau ou groupées, et en incluant le paradigme actuel qui fait prévaloir une qualité de vie pour les praticiens, avec un meilleur équilibre entre vie professionnelle et privée.
- **Au niveau des sous-quotas, la répartition de 43/57% entre généralistes et spécialistes doit être atteinte** en poursuivant les efforts de valorisation de la médecine générale, métier de première ligne déjà actuellement en pénurie à certains endroits. Tout comme les efforts visant certaines autres spécialités en déficit d'effectifs (comme, par exemple, la gériatrie, la médecine d'urgence, la pédopsychiatrie) ou en voie de le devenir (comme l'anatomopathologie ou la biologie clinique).

Dans le même temps, il faut aussi **prêter une attention particulière à la pléthore actuelle dans certaines spécialités** (comme la radiologie ou la chirurgie, par exemple).





QUELQUES DEVELOPPEMENTS PROPRES AU GBO

IL FAUT



DES QUOTAS FÉDÉRAUX INFÉRÉS DES BESOINS

La question des quotas fédéraux suppose une estimation la plus pointue possible des besoins globaux en médecins cliniciens.

Or, pour rappel, les quotas actuels ne sont pas établis en fonction des besoins. Ils sont calculés de sorte à maintenir une force de travail antérieure en considérant les évolutions macroscopiques observables au niveau des pratiques (féminisation de la médecine, diminution de la disponibilité horaire, progression du travail à temps partiel, allongement des consultations, etc.).

Le GBO estime que **cette méthode est très insatisfaisante**, en particulier pour la médecine générale. Pour lui, il faut tenir compte, non pas uniquement de la production supposée d'un médecin standard ETP (sa force de travail appréciée en actes), mais également :

- du **poids d'un patient standard**, pour mieux distinguer la charge de travail que représentent une patientèle **type** et une patientèle **réelle** (patients plus âgés, plus pauvres, moins alphabétisés, allochtones etc.) ;
- de l'**allongement de la durée de la consultation** si on y favorise une amélioration de la qualité des soins par l'écoute, le counseling et la participation interactive ;
- des **besoins en médecine préventive et administrative**. Le panachage simultané ou consécutif des pratiques curatives et non curatives doit être permis ;
- de la **nécessité d'officialiser et organiser de nouvelles tâches non cliniques** comme la médecine environnementale ou la recherche en médecine générale.



UNE RÉGULATION COMPLÉMENTAIRE

Une régulation complémentaire (à une régulation des études – voir « LIGNES DE FORCE » en page 9) doit être envisagée sur le terrain de la pratique veillant à :

- une **répartition géographique harmonieuse des praticiens** (cela réclamerait des dispositions légales organisant l'installation, sur la base d'une planification territoriale. En médecine générale, il pourrait y avoir des incitants (voire une contrainte temporelle) de s'installer prioritairement dans les zones en pénurie) ;



Une répartition géographique harmonieuse des praticiens réclamerait des dispositions légales organisant l'installation, sur la base d'une planification territoriale.





- un **accès aux soins optimisé**, de sorte qu'ils soient prodigués par le bon prestataire, au bon moment, au bon endroit (lire point ci-dessous) ;
- une **répartition des tâches clarifiée et optimisée** entre les différents professionnels de santé (lire ci-dessous) ;
- une **couverture suffisante des besoins en médecine préventive et administrative**, avec la préservation de la possibilité de mixité des pratiques (temps partiel en médecine générale combiné à une pratique en centre de planning familial, par exemple).



UNE CLARIFICATION DES RÔLES RESPECTIFS

La première question urgente à régler est celle de la division du travail clinique entre spécialistes, entre spécialistes et généralistes, entre médecins et non-médecins, et enfin parmi les non-médecins.

Aucune planification rationnelle n'est possible en l'absence d'une répartition des tâches la plus fine possible. Le GBO estime qu'idéalement, l'organisation des soins de santé devrait être régie par le **principe de subsidiarité** que les médecins généralistes appellent aussi **échelonnement**. Ce principe que porte le GBO est très bien résumé dans son slogan de toujours : *les meilleurs soins, au meilleur endroit, par le prestataire le plus adéquat, au moment le plus opportun et au prix le plus juste.*

réservés, les médecins spécialistes seraient amenés à évoluer de plus en plus vers un rôle de conseil et d'expertise, par exemple pour la gestion épidémiologique de populations au niveau des zones de soins. Pour les spécialités d'organes, il faudrait établir la liste des pathologies/situations confiées aux spécialistes. Dans cette optique, un cardiologue ou un néphrologue ne pourrait par exemple suivre un hypertendu qu'en cas d'échec thérapeutique en première ligne ; le diabétologue se cantonnerait aux schémas insuliniques complexes et à l'appui et au conseil aux intervenants de première ligne.

- **les médecins généralistes verraient certaines de leurs tâches déléguées** à des « infirmiers de pratique » (*nurse practitioners*), à des diététiciens, des éducateurs... mais, parallèlement, hériteraient des tâches les plus simples et routinières **des médecins spécialistes**. Ils **recupéreraient aussi les actes de première ligne abusivement posés à l'heure actuelle par des spécialistes**, par exemple les vaccinations et le suivi des enfants sains et des affections courantes bénignes qu'assurent les pédiatres. Ou, dans le champ de la gynécologie, la prescription de contraceptifs, une partie du suivi de grossesse (avec les sages-femmes), les frottis de col, les vaginites, les condylomes, etc.

LE PRINCIPE DE SUBSIDIARITÉ RÉDUIT LE BESOIN EN SPÉCIALISTES. LES MG VOIENT CERTAINES DE LEURS TÂCHES DÉLÉGUÉES MAIS, PARALLÈLEMENT, HÉRITENT DES ACTES SIMPLES DES SPÉCIALISTES.

Le principe de subsidiarité fait descendre les tâches du haut vers le bas. En cas de mise en œuvre en Belgique, on observerait les processus simultanés suivants :

- **le besoin en spécialistes serait moindre**, en tous cas pour la délivrance directe des soins courants. Hormis pour des gestes techniques pointus nécessitant une pratique fréquente et qui leur seraient

Le GBO estime que la force de travail actuelle en médecine générale ne peut en aucun cas être diminuée, compte tenu par ailleurs que les médecines préventives et administratives puisent leur main d'œuvre préférentiellement dans le contingent généraliste.





UNE ATTRIBUTION DES NUMEROS INAMI PAR PRATIQUE

Les médecins devraient pouvoir être plus nombreux que les estimations classiques, simplement **pour des raisons d'équilibre de vie privée** (et pour autant qu'ils ne tombent sous un seuil d'activité nécessaire au maintien des connaissances et compétences).

En s'inspirant de la même logique que la nouvelle prime informatique (qui permet aux MG exerçant en groupe d'atteindre collectivement le seuil d'usage exigé), **on pourrait repenser le système d'octroi des numéros Inami, lesquels porteraient non plus sur des têtes mais sur des pratiques**, qui devraient compter un certain nombre de patients, définis - idéalement - par l'existence d'un DMG. Ce système permettrait d'aisément **intégrer au sein de ces cabinets de groupe des « fractions »** de médecins (« fractions » parce ce que ne représentant pas un actif temps plein).

C'est ainsi qu'on organiserait les nouvelles installations de généralistes dans des pratiques groupées desservant - imaginons - 3.000 patients standards. On entend par là un patient qui correspond à la médiane des dépenses Inami ; a contrario, un patient plus malade « vaudra » par exemple 1,5 patient standard). On considérerait qu'un MG s'occupe classiquement de 1.000 patients standards. Si de jeunes confrères sont désireux de panacher leur activité avec d'autres



En attribuant des numéros Inami non plus à des personnes, mais à des pratiques - solo, en réseau ou groupées - s'occupant de X patients, on pourrait y intégrer des « fractions » de médecins, ne représentant pas un actif temps plein.

occupations que la médecine générale ou de travailler moins, à hauteur de, disons, 750 patients standard chacun, ils seraient quatre à disposer du droit d'exercer dans cette pratique, à la place de trois. **Le dispositif augmenterait donc la capacité d'« absorption » des jeunes diplômés**, le même raisonnement pouvant d'ailleurs être appliqué *mutatis mutandis* aux hôpitaux. Les médecins pratiquant en solo seraient, dans cette optique de réduction du temps de travail, invités à s'associer en réseau.

Il va de soi que, pour mettre en œuvre cette **politique de temps/d'intensité de pratique choisie, les paiements forfaitaires se révèlent les plus commodes. Mais l'acte n'est pas pour autant exclu** du système ; il faudrait juste poser des bornes aux actes réalisés par patient, en moyenne.

*Dr Pierre Drielsma
secrétaire général adjoint du GBO*

A DÉCOUVRIR ÉGALEMENT DANS LE DOCUMENT COMPLET :

- « CES FLÉMARDS DE FRANCOPHONES... » ou : la limite du critère de la production d'actes
Et si la plus faible production d'actes tenait à des caractéristiques médicales, sociales ou ethniques de la population francophone ?
- « 23% DES NOUVEAUX MÉDECINS SONT TITULAIRES D'UN DIPLÔME ÉTRANGER »
Il faudrait donc, même il s'agit probablement d'un point délicat à concrétiser, commencer par réguler les entrées européennes. Au-delà de cet aspect de concurrence avec les étudiants belges, une conséquence non négligeable de l'afflux de médecins de l'Union doit être examinée : ces praticiens sont issus de pays qui n'ont pas forcément mis en place les mêmes réformes que la Belgique en matière de soins de santé, en particulier en ce qui concerne les droits du patient. Par exemple, des différences nationales persistent au sein de l'UE dans les législations et attitudes concernant l'IVG (interdite à Malte et fortement limitée en Irlande et en Pologne), l'euthanasie (qui n'est autorisée qu'aux Pays-Bas et en Belgique) ou encore les soins palliatifs. Le « métissage » actuel du corps médical ne risque-t-il pas de mettre en péril ces avancées majeures engrangées dans notre pays ?





Témoignage

« LA FORMATION CLINIQUE ET NON LE FONCTIONNEMENT DU SERVICE »

Le GBO donne aujourd'hui la parole à une jeune consœur généraliste, le Dr Marie Hechtermans. Son expérience en tant que stagiaire, alimentée des récits convergents d'autres étudiants, lui a donné envie de secouer la chape de fatalisme ambiant. « Parce qu'il est temps d'œuvrer ensemble pour remettre la formation au centre du stage », conclut-elle. Le GBO, sur plus d'un plan, s'y emploie activement (lire encadré).

« Le stagiaire interroge et examine les patients, il participe à la rédaction des dossiers et fait des propositions de mise au point et de traitement. Il participe activement aux consultations et aux actes techniques de diagnostic et de traitement. En salle d'opération, il assiste aux opérations sans que sa présence obligée n'excède quatre demi-journées par semaine. Ces activités ont pour finalité la formation clinique du stagiaire et non le fonctionnement du service. » Article 6 du Statut du



Stagiaire de l'Université Catholique de Louvain. Que les étudiants en médecine se plaignent de leurs conditions de stage hospitalier n'est pas une nouveauté. Il suffit de s'égarer quelques minutes sur internet pour découvrir les milliers de témoignages, de blogs, de pages Facebook... dédiées à la question.

Alors, trop durs, les stages ? Ou trop mous, les stagiaires ? Ou bien, le vécu des futurs médecins n'est-il que le reflet de problèmes situés à un autre niveau, avec lesquels tous - stagiaires, maîtres de stages, administrations facultaires - tentent de vivre ?

Le rôle du stagiaire est de se préparer à devenir médecin. C'est la raison même pour laquelle il se rend chaque jour à son stage. Ce devrait même théoriquement être la seule raison. Mais force est de constater

que ce n'est pas - toujours - le cas.

Certes, on ne peut pas apprendre sans prendre les choses en mains de temps en temps. On ne devient pas médecin sans apprivoiser le poids des responsabilités, sans oser quotidiennement sortir de sa zone de confort et affronter les réalités du terrain.

Cette réalité du terrain, souvent, correspond à un manque de personnel médical, infirmier et administratif, à des

restrictions budgétaires, à des horaires surchargés.

On se retrouve alors dans un système où le stagiaire effectue plus l'office d'un maître que celle d'un apprenti, au détriment de sa formation.

Et c'est là que le stagiaire devient une main-d'œuvre pratique et économique.

Parfois dès le premier contact avec le maître de stage, le ton est donné : « vous êtes trois stagiaires dans le service, il faut un équivalent temps plein pour faire l'administratif. Arrangez-vous entre vous. » « Il nous manque un médecin dans ce service, on n'a pas les moyens de le payer. Ça te dérange de travailler 12 heures par jour ? »

Parfois, on verra les assistants se disputer pour savoir « qui a le plus besoin du stagiaire aujourd'hui ».

Parfois, l'assistant sera malade, ou en vacances, et





c'est le stagiaire qui reprendra sa charge de travail. Souvent, cela signifiera s'occuper seul d'un service, parfois sans voir de « vrai médecin » de toute la journée. Un jour, je plaisantais avec une infirmière du fait que les patients m'appelaient « Docteur », alors que je ne l'étais pas encore. Sa réponse ? « Tu es ce qui se rapproche le plus d'un médecin, pour eux. Et tu es le seul qu'ils voient sur la journée. Alors c'est normal qu'ils pensent que c'est toi le docteur de l'étage. »

Elle avait raison.

Soit, c'est ainsi depuis longtemps. Bien d'autres sont passés par cette même aventure et s'en sont sortis. Nous aussi, un jour, nous serons les « patrons » qui avons besoin de cette petite main bien utile au quotidien.

Alors, pourquoi nous plaindre ?

Peut-être parce qu'il est temps d'arrêter de mentir.

Parce que le stagiaire n'est pas là que pour sa formation professionnelle.

Parce qu'on a besoin dans nos hôpitaux que quelques milliers de jeunes remplissent les millions de tâches pour lesquelles il n'y a personne.

Parce que le nier est dangereux pour nous et nos patients.

Arrêtez de nous mentir.

Arrêtons de nous mentir.

Parce qu'il est temps d'œuvrer ensemble pour remettre la formation au centre du stage.

Parce que nous avons besoin de jeunes médecins comme membres actifs de notre système de santé, et non comme ses esclaves.

Dr Marie Hechtermans

CE POUR QUOI LE GBO SE BAT

• SUR LE PLAN DES STAGES ACCOMPLIS DURANT LES ÉTUDES DE MÉDECINE

Le monde hospitalier impose à certains stagiaires un travail dévolu aux médecins diplômés, leur dictant des horaires incompatibles avec le respect d'un équilibre sain entre les vies professionnelle et privée. C'est absolument regrettable. Nous voici face à des défis de santé publique concernant nos futur(e)s confrères/consœurs mais aussi la population soignée.

Qu'est-ce qui amène les hôpitaux à mettre sous pression cette main d'œuvre gratuite, corvéable à merci, que sont les stagiaires ? Tout simplement la nette propension des médecins spécialistes à désertir l'hôpital pour pratiquer en ambulatoire, mode d'exercice plus lucratif.

Par ailleurs, ce phénomène biaise les calculs en matière de planification et de *numerus clausus*.

Outre remédier à la situation, il faudrait également concevoir un système de stages où les stagiaires seraient engagés indépendamment de ceux qui sont amenés à les juger en les cotant.

En ce qui concerne cette fois les stages hospitaliers des assistants, nos partenaires du MaDeS (le syndicat de spécialistes francophones, partenaire de coalition du GBO) œuvrent avec détermination à l'amélioration des conditions de travail, entre autres, en se basant sur l'exemple de la loi sur la durée du travail. Un travail identique doit se faire concernant les étudiants stagiaires en pratique hospitalière.

• SUR LE PLAN DE L'ASSISTANAT EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Le GBO a multiplié les contacts avec l'université pour porter l'enseignement de la médecine générale au niveau qu'elle mérite.

Il s'est engagé au sein du CFFMG, la plateforme interuniversitaire en charge de la formation des assistants MG, pour faire des stages des lieux où l'on forme la relève, et non où l'on exploite de la main d'œuvre bon marché.

Le GBO a apporté son soutien à la directive européenne restreignant la durée de prestations à 48 heures/semaine et 120 heures de garde/an, tout en y injectant une notion de flexibilité correspondant bien à la réalité du métier de médecin.

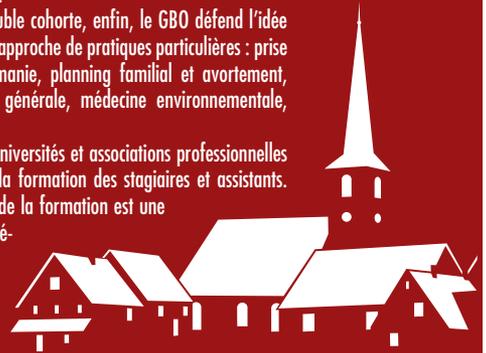
Il est également à l'origine de l'expérience de déplacement d'assistants de Bruxelles vers le milieu rural durant les week-ends, pour qu'ils y assurent la garde population. C'est l'opportunité de découvrir, dans cet environnement, d'autres réalités, d'autres pratiques et d'autres techniques. Sous son impulsion, la « coupole francophone », composée de représentants de la médecine générale du sud du pays, analyse la possibilité d'organiser les stages pour chacun répartis entre ruralité et urbanité.

Pour « absorber » la double cohorte, enfin, le GBO défend l'idée d'étoffer les stages par l'approche de pratiques particulières : prise en charge de la toxicomanie, planning familial et avortement, recherche en médecine générale, médecine environnementale, ONE...

Le GBO plaide pour qu'universités et associations professionnelles soient partenaires dans la formation des stagiaires et assistants.

Promouvoir l'excellence de la formation est une

forme nécessaire de défense professionnelle



Organiser l'assistantat pour que le futur MG goûte tant à la ruralité qu'à l'urbanité est une idée sur la table.



LES DÉFIS DE LA DÉMOCRATIE « PARTICIPATIVE » À L'HEURE DE LA TOILE

Pourquoi faut-il encore « perdre » du temps autour d'une table ?



Notre temps est un temps de l'instantané, de l'immédiat, qui ne souffre plus d'arrêt pour la méditation, la concertation et la médiation. Habités que nous sommes à chercher des réponses à tout d'un simple clic, il nous paraît de plus en plus inconcevable qu'un délai sépare un désir de sa réalisation. Ce temps si précieux qui laisse la place à la réflexion, à l'imaginaire et au rêve, n'est pourtant pas un temps perdu. C'est une étape indispensable à la finalisation d'un projet, ce figelage exquis pour éliminer les scories, les bavures qu'une réalisation mal dégrossie laisserait immanquablement sur le chantier. Ainsi, des idées qui paraissent d'une fulgurante beauté sont parfois abandonnées, car elles entraîneraient des dégâts collatéraux démesurés.

Certains considèrent toutefois que les délais de réflexion sont des entraves inacceptables à leur frénésie d'agir coûte que coûte. Ne s'agirait-il pas plutôt de considérer cette « entrave » comme un temps retrouvé ?...

En amont d'un compromis réaliste

Le besoin de temps, pour étudier une problématique et ajuster les solutions préconisées, se manifeste aussi, bien évidemment, dans la sphère de la défense professionnelle de la médecine générale. Les instances qui représentent la profession se doivent d'abord de se concerter. Désignées par différentes voies, il leur faut rester le plus possible en ligne avec la base qui les a élues et leurs règles de fonctionnement interne.





Dans le cas du GBO, les réunions du Bureau et du Conseil national concourent à un fonctionnement cohérent. L'idée la plus merveilleuse est examinée entre pairs. Et de ces confrontations naissent souvent des concepts plus fins, plus épurés. La seconde étape consiste à « froter » ces propositions qui ont émergé à nos interlocuteurs : obtenir des formules de consensus parmi nos confrères, ensuite tenter de convaincre les autorités publiques et souvent négocier un compromis réaliste.

« LA DÉMOCRATIE EST LE PIRE DES RÉGIMES -
À L'EXCEPTION DE TOUS LES AUTRES DÉJÀ ESSAYÉS
DANS LE PASSÉ. » WINSTON CHURCHILL

Ce processus d'analyse et d'échanges est extrêmement énergivore. A l'ère d'internet, certains pourraient trouver désuet que l'on croise les idées au cours d'une réunion classique, non dématérialisée par la magie des nouveaux moyens de communication. Pourtant, l'échange direct, le partage de paroles autour d'une table, reste encore indispensable pour définir le plus démocratiquement possible des objectifs et les stratégies qui en découlent. Il confère aussi une légitimité dans les négociations, le responsable s'engageant vis-à-vis de ses pairs pour plaider telle ou telle cause. Dans le cas du FAG, par exemple, le Forum des Associations de Généralistes, les délégués représentent des cercles qui, chacun, ont un conseil d'administration. Le FAG ne peut pas se permettre de prendre des positions importantes si celles-ci mettent sérieusement en cause le fonctionnement d'un cercle. Le Forum doit, lui aussi, trouver des formules qui font consensus.

Complémentaires aux réunions « live »

Aujourd'hui, la toile fourmille d'une multitude de réflexions, de sondages, d'appels à la mobilisation et à l'action, y compris sur le terrain de la médecine générale. Même si ces échanges reflètent surtout l'opinion de celles et ceux qui sont les plus prompts et motivés à débattre via les réseaux et forums virtuels, ils contribuent assurément à alimenter les réflexions d'une organisation comme le GBO.

Ces nouveaux canaux de communication sont complémentaires aux rencontres et réunions de médecins généralistes, qu'elles se tiennent entre pairs ou avec des partenaires de concertation comme les mutuelles, les autres professionnels et institutions de santé, les universités, les sociétés scientifiques, les autorités administratives et politiques, etc. Jamais, cependant, ils ne remplaceront les très longues heures durant lesquelles les représentants de la profession bataillent et négocient - le jour et parfois la nuit ou le week-end - pour faire triompher leurs thèses ou décrocher un compromis réaliste acceptable - même si, parfois, cela doit passer par des prises de position plus radicales et des actions de contestation plus collectives et médiatisées.

Depuis des années, le GBO se bat pour que l'équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle des médecins généralistes soit le plus harmonieux possible. Ses représentants ont eux-mêmes souvent mordu sur ce temps de vie privée afin d'œuvrer pour le bien commun de la profession. Il est certain qu'aux yeux de certains, les compromis obtenus par notre syndicat ne seront toujours que des compromissions inacceptables. Mais le contraire de la démocratie, c'est la tyrannie et la dictature...

Dr Lawrence Cuvelier, vice-président du GBO

>>>





Contribuez à ce que les MG ne restent pas au balcon

VENEZ GROSSIR LES RANGS DE CEUX QUI DEFENDENT LA PROFESSION !

Voter lors des élections médicales et verser une cotisation à votre syndicat sont des actions indispensables pour donner à la défense professionnelle les moyens d'agir... dans votre intérêt.

Le GBO appelle à la collaboration pratique entre tous les MG pour augmenter la force de travail de la défense professionnelle... Les médecins généralistes ne peuvent rester au balcon pendant que leurs conditions d'exercice se décident dans des sphères où ils doivent s'inviter à défaut de l'être. Pour mémoire, à la suite du manque d'engagement citoyen lors des précédentes élections qui ont connu un taux d'abstention record, les syndicats ont été affaiblis, se voyant impactés sur le plan du financement.

Pour contrebalancer les choses, le GBO s'est efforcé de conforter la représentation de la médecine générale en agissant comme moteur dans l'organisation de la « coupole francophone de la MG ». Celle-ci rassemble les syndicats médicaux, la SSMG, la FAMGB (la Fédération des associations de MG de la capitale) et le FAGW (l'aile wallonne du FAG). Cette initiative pourrait constituer le prologue de la création d'un « **Collège de la Médecine Générale** » qui intégrera les universités via leurs départements de médecine générale.

Il n'empêche que, pour rendre notre mouvement pérenne, à la fois proche du terrain et efficace vis-à-vis des décideurs et interlocuteurs de négociation, **nous avons besoin davantage de jeunes médecins et de femmes médecins.**

Intéressé(e) ? N'hésitez pas à prendre contact avec le GBO qui vous indiquera comment le rejoindre : 02/538.73.65, secretariat@le-gbo.be

Vous trouverez également, en page 8 et sur la couverture arrière de ce numéro, toutes les informations utiles à propos de la cotisation





Garde

LA MACHINE REMISE EN MARCHÉ

Où en est-on dans le dossier garde et postes de garde ? Rappelez-vous, il y a quasi un an, Maggie De Block annonçait soudainement des coupes claires dans le budget PMG, réussissant à se mettre toute la médecine générale à dos. La ministre ayant concédé un revirement partiel, l'accord médico-mut de fin 2015 balisait la matière d'une série d'étapes, dont des négociations à mener dans les deux sous-groupes d'une « task force » imposée par le cabinet. Sur quoi ceux-ci ont-ils travaillé ? Avec quels résultats ? Qu'a fait le GBO, qui n'a pas manqué une séance, pour défendre les intérêts des MG dans ce dossier ?

Le premier groupe de travail de la *task force* était supposé plancher sur un canevas de convention de collaboration qui devra impérativement unir à l'avenir les PMG à des urgences proches, canevas dit le « plan d'accords ».

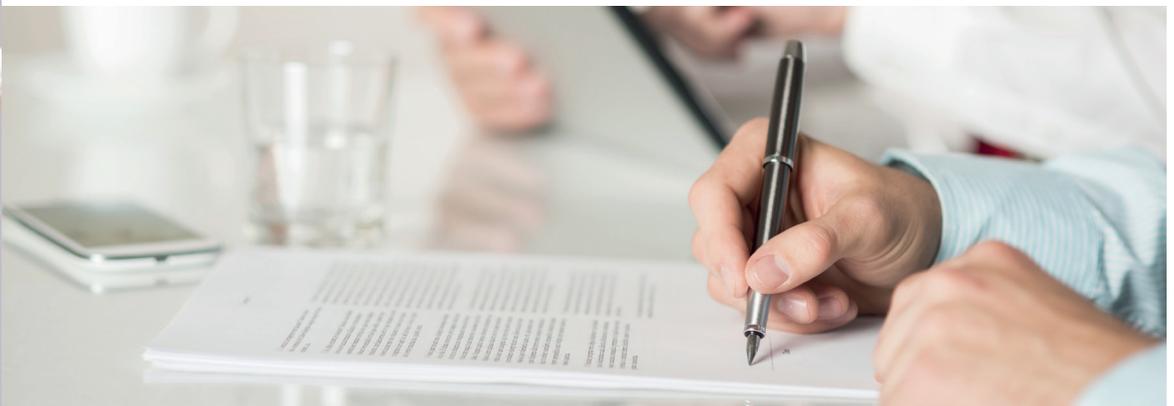
Un grand acquis du GBO est d'être parvenu, lors des tractations, à faire inclure dans le plan d'accords un principe protecteur : un poste de garde ne serait pas pénalisé au niveau de son financement si jamais, en dépit de contacts noués avec

un hôpital local, il s'avère impossible de conclure un accord - parce qu'il y a une impossibilité pratique de collaborer et/ou que l'établissement rechigne à s'engager. Le dossier de financement devra simplement attester que les essais des généralistes pour parvenir à une convention poste/urgences se sont révélés infructueux.

Dans les grandes lignes

Que contient le plan d'accords, transmis à la fin du printemps à tous les cercles ? Il fait office de

>>>





modèle dont le ou les cercles porteurs d'un projet de PMG s'inspireront, pour élaborer une convention qui doit figurer au dossier de financement qu'ils introduiront à l'Inami (les nouveaux postes ne sont pas les seuls concernés : d'ici fin 2017, tous les PMG devront avoir formalisé ce modus operandi négocié avec l'hôpital).

Le but est d'instaurer des synergies entre les deux lignes, pour assurer au mieux les soins non programmables en dehors des heures normales de pratique, en faisant intervenir le prestataire le plus adéquat (on parle donc de demandes de soins intervenant du vendredi 18h au lundi 8h, ainsi que les jours fériés).

EN HEURES OUVRABLES, UN PATIENT NÉCESSITANT DES SOINS DE MÉDECINE GÉNÉRALE SERA RENVOYÉ VERS LE MG TITULAIRE DE SON DMG.

Le plan précisera la population et le territoire couverts, et doit définir l'organisation des soins, qui démarre par un tri et une régulation des patients. Pour les cas relevant de l'aide médicale urgente, la réponse apportée pourra être un SMUR, un PIT, une ambulance ou un adressage aux urgences. Pour ceux relevant de la médecine générale, il s'agira d'une visite prioritaire, d'une visite, d'une consultation (par défaut) ou d'un report.

Pas de permanence non-stop

À l'avenir, le triage et la régulation téléphonique seront assurés par le numéro d'appel national 1733, s'appuyant sur des protocoles validés. Dans le cas de PMG intégrés à l'hôpital, avec

une seule entrée, il pourra y avoir régulation physique - avec les mêmes outils partout dans le pays.

Les signataires du plan d'accords doivent s'accorder au sujet des transferts de patients qui ne seraient pas au bon niveau de prise en charge, en délimitant les responsabilités des différents prestataires et veillant à la bonne communication entre eux. Les acteurs sont également censés discuter de la possibilité de partager, un jour, l'usage des locaux, du personnel, des services (comme l'ITC...), des équipements (comme les appareils de stérilisation...) et de passer des commandes groupées de matériel. Le plan, enfin, doit anticiper et définir comment seront évalués différents aspects qualitatifs, tels que l'efficacité du service fourni et la satisfaction du patient.

Durant toutes les négociations du sous-groupe plan d'accords, le GBO a œuvré à ramener les prétentions du cabinet De Block à une mesure plus réaliste et soutenable par la médecine générale. C'est ainsi que les aspirations initiales de la ministre à un système de permanence MG 24h/24, 7j/7 ont été réduites aux week-ends et jours fériés. Imaginons l'avènement d'un 1733 tournant non-stop, comme espéré par les autorités. Durant les heures ouvrables, un patient nécessitant des soins de médecine générale sera renvoyé vers le médecin titulaire de son DMG (ou s'il n'en a pas, sera invité à en choisir un).

GT garde Inami, le retour

Le second sous-groupe de la task force était pour sa part mandaté pour définir le « PMG type » (versus le « PMG exceptionnel », dont on tolère qu'il s'écarte des normes si c'est justifié), et pour en cadrer l'organisation. Autant dire que ce groupe emmené par le Pr Dirk Devroey, de la VUB, n'a jamais décollé...





Le GBO a agi à la fois dans les coulisses politiques et à la faveur de rencontres bilatérales avec le cabinet De Block. Il est parvenu à faire comprendre aux autorités que l'on avait écarté de l'échiquier, avec un mépris qui dépassait l'entendement, un organe spécialisé de l'administration qui se penchait sur le sujet depuis des années en compagnie des médecins, et n'avait absolument pas démérité : le GT garde de l'Inami.

Le GBO a été le seul syndicat francophone réellement actif dans cette antenne de la médico-mut depuis sa création, il y a plus de cinq ans. A sa grande satisfaction, le GT a connu une réhabilitation après six mois de disgrâce injuste et a recommencé à se réunir au printemps.

C'est au sein de ce groupe que sont examinés les dossiers PMG des cercles, avant soumission à la médico-mut, qu'il s'agisse d'une création pure et simple ou de l'amélioration/extension d'une structure existante. Et cet examen a repris, bien entendu dans un esprit d'affectation raisonnée, raisonnable et équitable des moyens (*), à l'issue d'un malheureux semestre de paralysie.

Des dossiers qui ne sont plus bloqués

Le GBO a accompagné plusieurs dossiers « prior » côté francophone ; il est ravi de voir qu'ils avancent dans le sens espéré.

Au niveau du Brabant wallon, par exemple, une première estimation de budget a été approuvée cet été par le comité de l'assurance de l'Inami pour l'ouverture d'un trio de postes. Si le budget 2017 d'investissement et de fonctionnement doit encore être peaufiné, il est permis d'espérer que l'inauguration intervienne encore en 2016. Le GBO a, dans ce projet, activement conseillé les cercles concernés pour ficeler un dossier qui

>>>



Financement de la garde semaine : toujours à l'étude

De longue date, le GBO comprend et soutient l'idée d'une extension du financement des postes aux gardes de semaine. Il est intervenu de façon décisive, lors des négociations de l'accord médico-mut, afin que ce principe à concrétiser, attendu par une partie du terrain, ne soit pas rayé de la nouvelle convention. Actuellement, la perspective est à l'étude, l'Inami travaille à une standardisation sur la semaine, et la dynamique est assurément constructive. Mais il serait prématuré de pronostiquer l'issue de la réflexion. Le GBO s'est par ailleurs employé à ce que, dans ladite réflexion, on puisse dissocier le financement de la semaine de la révision des honoraires de disponibilité, elle aussi d'actualité.





tienne la route et soit approuvé par le pouvoir subsidiant.

Un autre dossier évoqué au GT garde et à être passé sous les fourches caudines du comité de l'assurance est celui de l'extension de l'Agef (l'association des généralistes de l'Est francophone) à la communauté germanophone toute proche. Le projet, peu ruineux pour la collectivité au regard de la superficie couverte, va être peaufiné mais le principe de l'extension est donc déjà avalisé.

**LA QUASI-TOTALITÉ DU SOL WALLON EST
OU SERA SOUS PEU COUVERTE DE POSTES DE GARDE.**

Avec la concrétisation du projet de l'asbl La Brabançonne et l'inclusion des communes de langue allemande dans le dispositif Agef, c'est - hormis quelques poches ça et là - la totalité du territoire wallon qui est ou sera sous peu couverte de postes de garde.

Le GBO demeurera bien sûr attentif à d'autres dossiers à l'étude comme le projet Gamena, une fusion entre les postes de Namur et Andenne, qui a reçu un « go » pour les activités de week-end mais souhaiterait un financement couvrant aussi la semaine. C'est une aspiration que nourrissent également les postes de la province de Luxembourg. De même, il sera attentif à un éventuel remodelage en région hesbignonne, laquelle devra sans doute définir son épicerie.

Le GBO constate par ailleurs, et s'en félicite, qu'à Bruxelles, les choses prennent bonne tour-



nure pour la GBBW (Garde Bruxelloise - *Brusselsse Wachtdienst*) qui continue à se développer et se structurer. La Garde bruxelloise a vu se débloquer le solde du financement 2015, et peut miser sur quasi un million en frais d'investissement et de fonctionnement pour 2016.

(*) dans ce débat sur l'équité, le GBO a plus d'une fois attiré l'attention sur la frugalité des postes wallons. Le sud du pays se distingue en effet par une pondération dans les prétentions de financement qui a à présent été remarquée jusque dans les hautes sphères de la Santé, au fédéral





Primes et interventions Impulseo

UNE LENTEUR DÉSESPÉRANTE

Le GBO compte parmi les structures d'appui les plus expérimentées à pouvoir aider les MG à constituer et introduire leurs dossiers Impulseo. Mais la panoplie Impulseo, comme vous le savez, a été transférée aux Régions. Quel sort Bruxelles et Namur ont-ils décidé de réserver à ces interventions ? Les versements aux médecins concernés vont-ils commencer ?

En Région wallonne :

L'administration a été confrontée à un problème technico-administratif qui « gelait » les paiements, dans la foulée du basculement de départements du Service public de Wallonie vers la nouvelle agence de santé, l'AViQ. Il fallait adapter un article budgétaire, ce qui nécessitait un nouveau décret. L'administration annonçait toutefois que les versements commenceraient à intervenir en septembre.

- **Impulseo I :** la prime de 20.000 € et le prêt de 15.000 € à 0% sont maintenus en 2016. Mais quid pour l'avenir ? Dans la note-cadre qu'il a présentée cet été au gouvernement régional, le ministre Maxime Prévot annonce la suppression future de l'option du prêt à taux zéro.
- **Impulseo II et III :** les dossiers complets sont analysés selon leur ordre d'arrivée. A ce jour, les dossiers introduits jusqu'au début du mois d'avril 2016 ont été examinés par le Fonds de participation (en liquidation) qui marque son accord à la Région pour paiement. Même en cas d'accord, le versement n'a pas été immédiatement effectué. Au moment de boucler ce numéro, toutefois, les comptes bancaires des médecins concernés commençaient à être crédités.

Pour mémoire :

Impulseo I

- ▶ aide à l'installation

Impulseo II et III

- ▶ intervention à l'embauche de personnel administratif ou dans les frais de télésecrétariat



>>>





En Région de Bruxelles-Capitale :

L'arrêté qui régit les mécanismes Impulseo en Région de Bruxelles-Capitale n'est toujours pas paru au Moniteur belge. D'après les informations du GBO, il semblerait que la publication soit pour le mois d'octobre.

Les paiements des interventions Impulseo I, II et III se feront uniquement après cette publication.

Sous réserve de ce que le futur arrêté contiendra précisément, voilà ce que l'on sait :

- **Impulseo I :** la prime passerait de 20.000 € à 25.000 € avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2016, mais le prêt à 0% serait supprimé avec effet rétroactif (supposément au 30 juin 2016). Le GBO a insisté auprès du cabinet du ministre Gosuin pour que l'entrée en vigueur de ce changement soit effective le premier jour du mois qui suit la publication au Moniteur belge et non le 30 juin 2016.
- **Impulseo II et III :** les dossiers complets rentrés pour la Région de Bruxelles-Capitale n'ont toujours pas été analysés ni acceptés. Aucun médecin n'a encore reçu d'accord, ni a fortiori de paiement. Il est question d'autoriser l'introduction de dossiers portant sur les coûts 2015 jusqu'au 30 septembre 2016.

Points communs aux deux Régions, que le GBO déplore :

- la disparition du prêt à 0% est souvent justifiée par les taux bancaires qui, particulièrement bas, rendent la formule moins attrayante. Mais malgré ces taux plancher, les prêts qu'on abandonne ont rencontré de plus en plus de succès !
- les administrations régionales ne semblent ni l'une ni l'autre vouloir se doter d'outils de gestion d'un échéancier de remboursement...

Partage de données et confidentialité

LE DÉFI DU SOIGNANT DU XXI^E SIÈCLE

e-santé et m-santé sont poussées dans le dos par le monde politique. Dans un récent (auto-)bilan du chemin parcouru depuis le début de la législature, Maggie De Block se félicitait de l'envolée des consentements au partage électronique de données médicales. En octobre 2014, le total des citoyens à avoir donné leur 'go' s'élevait à 300.000 ; mi-juillet 2016, le compteur en affichait 3,7 millions. Que les choses s'accélèrent ne doit pas faire oublier les dérives possibles de l'informatisation. Le combat contre la marchandisation des données est plus que jamais d'actualité.

Depuis bien longtemps, les soignants - et particulièrement les médecins - ont été amenés à partager certains éléments pertinents de l'histoire médicale de leurs patients avec les différents intervenants de soins librement choisis par ces derniers. Les données mises en commun sont sélectionnées en fonction des missions et des finalités poursuivies par le soignant avec lequel le partage s'effectue... et avec, en principe, le consentement du patient ! La confidentialité est indispensable à la relation de





 **Le plan e-santé 2015-2018 prévoit pour le patient un accès direct sécurisé à son dossier via son ordinateur personnel. Le risque est bien réel qu'un tiers malveillant lui soutire par la même occasion des informations...**

confiance entre patient et prestataire, pour que tout détail privé utile à la prise en charge puisse être relaté en toute sérénité. Ce « secret » ainsi défini n'est en aucune façon un privilège du soignant. C'est un droit du patient et il est d'ordre public.

Assauts répétés contre la confidentialité

L'ère des données informatisées, de l'e-santé (*e-Health*) et de la santé mobile (*mobil-Health*), facilite le partage des données. En revanche, la confidentialité est plus complexe à protéger et à gérer. Et les principes qui ont régi le partage des données sur un mode oral ou écrit sont plus délicats à préserver.

Même si les représentants des médecins ont fait montre d'une extrême vigilance tout au long de la mise en œuvre de l'e-santé en Belgique, il a fallu batailler ferme pour que seuls les soignants librement choisis par le patient aient accès aux

données, après accord explicite du patient à ce qu'elles soient partagées, établissement d'un lien thérapeutique (consultable et révoquant par le patient), identification du prestataire (qualification et fonction) et traçabilité des accès sous forme d'un fichier log (consultable à terme par le patient).

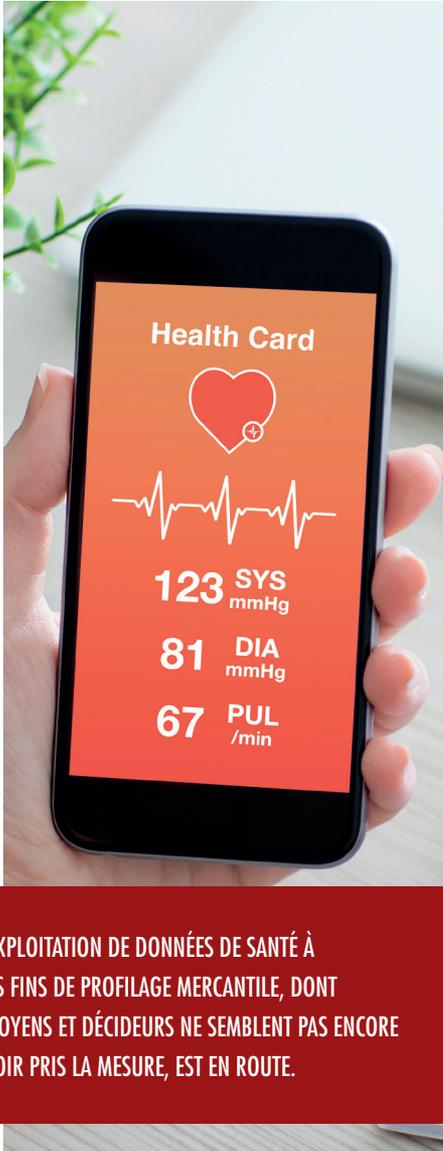
Cette confidentialité, tant nécessaire au lien privilégié soignant-soigné, est fragilisée depuis quelques décennies. Par exemple, les lois actuelles permettent au patient de délier son médecin du secret médical lors de la conclusion de contrat impliquant des éléments médicaux (une assurance vie-décès par exemple, mais également d'autres contrats aussi communs qu'une assurance annulation de voyage). Elles constituent une intrusion d'un non-soignant, non choisi, dans un lien de confiance, même si les données fournies sont adressées à un médecin d'assurance, soumis aux règles déontologiques de la profession, et même si les conclusions que celui-ci livrera à son employeur, l'assureur, sont d'ordre factuel (recevable ou non).

Accès direct, possiblement sous contrainte

Depuis la loi sur les droits des patients de 2002, le législateur organise l'accès du citoyen-patient aux éléments objectifs de son dossier médical, par l'intermédiaire du médecin qu'il a choisi. Ce *modus operandi* définit un cadre sécurisant : lors de la prise de possession des documents médicaux le concernant, le patient reçoit en même temps les explications d'un professionnel.

Mais le plan e-santé va plus loin. Il prévoit pour le patient un accès direct sécurisé aux éléments de son dossier au travers de son ordinateur personnel. Ceci entraîne le risque, comme nous le développons dans le GBO Argument de février 2016, qu'un tiers pas nécessairement bien-





Est-ce clair partout et pour tous ?

Les MG rencontrent de plus en plus de patients qui ignorent avoir donné leur consentement pour le partage des données.

veillant ou désintéressé « regarde par-dessus l'épaule » du patient et/ou que ce dernier, livré à lui-même face à des données médicales brutes, n'en saisisse pas toute la portée ou les nuances. Que la connexion soit sécurisée et identifiable n'empêchera pas un tiers indélicat de lorgner sur les informations que le patient pourrait appeler à l'écran, éventuellement suite à une contrainte morale ou financière. Qu'en est-il de la protection des données sensibles ? Nous ne vivons pas dans un monde de « bisounours » !

Garantir qu'on ne « remontera » pas au patient

La collecte de données épidémiologiques (ou autres indicateurs et statistiques plus précis) est d'une importance capitale pour la gouvernance d'un système de soins de santé performant. L'exploitation des données à des fins de recherches épidémiologiques ou de santé publique est également cruciale en médecine générale, si l'on veut accroître la visibilité de ce qui se fait dans la discipline, visibilité indispensable à la reconnaissance du rôle charnière des MG dans le système de soins.

Mais ces démarches ne peuvent pas pour autant déroger aux principes de confidentialité, aussi bien pour le patient que pour le médecin. D'où l'indispensable nécessité d'une double

L'EXPLOITATION DE DONNÉES DE SANTÉ À DES FINS DE PROFILAGE MERCANTILE, DONT CITOYENS ET DÉCIDEURS NE SEMBLENT PAS ENCORE AVOIR PRIS LA MESURE, EST EN ROUTE.





anonymisation (un processus empêchant que l'on puisse ré-identifier le patient) et d'une agrégation des données, dont les clés doivent être détenues par un tiers de confiance, sous le contrôle de la profession.

L'établissement de registres de maladies rares est particulièrement problématique quant à la confidentialité. De la rareté découle en effet une identification plus facile du patient, particulièrement en milieu spécialisé traitant ces pathologies peu courantes. Sur ce plan, les règles de fonctionnement doivent être améliorées au sein d'Healthdata (healthdata.be), le nouveau département de récolte de données au sein de l'Institut scientifique de santé publique.

Un monde politique insuffisamment conscient

Les déclarations du secrétaire d'Etat à la vie privée, Philippe De Backer (Open VLD) mi-juin, dans De Morgen, qui souhaitait - avant de se rétracter - pouvoir vendre les données médicales au secteur pharmaceutique, montrent combien la vigilance est de rigueur. La marchandisation des données pour des raisons qui n'ont rien à voir avec la progression de l'état de santé du plus grand nombre, n'est pas acceptable.

Pourtant, cette exploitation de données à des fins de « profilage » mercantile est en route à l'insu de tous... ou de presque tous ! L'usage de l'informatique mobile et de ses applications « gratuites » - et tout ce qu'implique cette pseudo-gratuité en termes de violation de données personnelles, voire médicales - représente une spoliation éhontée de la vie privée dont les citoyens et le monde politique, malheureusement, n'en ont toujours pas pris la mesure. Il est urgent de renforcer l'arsenal législatif pour

Ce qu'empêche le manque d'unicité

Le morcellement des données stockées actuellement peut conférer une impression de sécurité. Le manque d'unicité du dossier patient est en fait un frein à la globalisation des données et à leur partage, ainsi qu'au contrôle des droits d'accès à moduler selon les éléments du dossier à consulter et la qualification du prestataire qui veut y accéder. De plus, ce morcellement constitue une entrave au développement ultérieur de l'intelligence artificielle, avec processus d'analyse sur tous les éléments codés du dossier et, au final, pour le thérapeute, aide à la décision optimale - ce qui serait pourtant générateur de progrès sur le plan de la qualité. Idéalement, il faudrait tendre à un véritable « dossier médical partagé » (DMP), placé dans un cloud sécurisé sous le contrôle de la profession.



contrer la tendance. Depuis que des législations sont censées protéger la vie privée de tout un chacun, on a parfois l'impression qu'elle n'a jamais autant été violée...

Dr Paul Vollemaere, secrétaire général du GBO





Virginie Bedoret

Débat

TRAVAILLER À L'ACTE OU AU FORFAIT ?

Cet article s'appuie sur les contributions des Drs Céline Ego et Virginie Bedoret, coordonnées par le Dr Lawrence Cuvelier, qui a lui-même évolué dans les deux systèmes, médecine à l'acte et médecine au forfait, et peut partager son expérience sur les avantages et inconvénients de chacun.



Céline Ego

Le mode de rétribution des médecins a toujours donné lieu à des échanges passionnés et parfois passionnants entre les intéressés. Tout système présente des présupposés basés sur des visions d'ensemble. Le dialogue entre la pratique (ce qui se réalise réellement) et la théorie est un exercice indispensable pour améliorer son fonctionnement. La coexistence, dans notre pays, de deux grands modes de rémunération, l'acte et le forfait, est probablement très fructueuse, aucun des dispositifs n'ayant toutes les vertus, ni tous les défauts.

Il est indispensable de continuer à réfléchir à propos de la meilleure efficacité du système de soins. Les généralistes de demain vont être confrontés à de solides défis : maintenir une vie privée décente, avec des revenus corrects, en assumant davantage de tâches même s'ils en partagent un certain nombre avec des collaborateurs. Le rôle d'un syndicat est de défendre une médecine de qualité dans les meilleures

conditions pour le praticien. Le GBO est donc bien évidemment préoccupé par les aspects du financement de la médecine générale.

Voici quelques constats sur la pratique à l'acte et au forfait, structurés en aspects positifs versus aspects négatifs, à la fois côté patient et côté médecin.





LA PRATIQUE A L'ACTE

POUR LE PRATICIEN

Les avantages

- une grande **liberté** de pratique. En effet, le médecin peut diversifier ses pratiques et lieux de pratique comme bon lui semble, sans tenir compte du type de rémunération dans chacune. Toutes les portes lui sont ouvertes.
- l'acte **ne nécessite pas une coordination parfaite** de l'équipe, le patient n'étant pas tenu à consulter absolument dans un lieu particulier. Si, à une période particulière, les consultations offertes ne répondent pas à la demande, **l'engagement moral du praticien envers le patient est moins fort** que dans le forfait.

Les inconvénients

- une dérive existe pour le praticien, celle d'**être tenté de travailler très vite**, parfois au détriment de la qualité, sa rémunération dépendant directement de son rendement horaire.
- nous avons tous connu des **patients en difficultés financières** - les plus vulnérables étant les personnes à petits revenus ou surendettées mais n'ayant pas droit au statut Omnio - qui n'ont pas les moyens de consulter, qui consultent peu, souvent trop tard et **qu'on a moralement du mal à faire revenir, ce qui allonge passablement la durée de consultation**. Lorsque la consultation est payante, il est également plus difficile d'appliquer le *wait and see* et de proposer au patient un nouveau contact deux jours plus tard pour juger de l'évolution.
- la **prévention est plus difficile à introduire** dans les consultations honorées à l'acte. Cet aspect prend du temps.

- certains patients **usent plus que de raison du libre accès à la première ligne**, s'adonnant au **shopping médical**, ce qui représente un gouffre pour la sécurité sociale. En outre, ce comportement peut avoir des **effets très néfastes** sur les prises en charge. C'est le cas, par exemple, s'il y a assuétude médicamenteuse : la multiplication des consultations auprès de différents prescripteurs alimente la spirale de la consommation abusive de substances.

**EN BELGIQUE, L'ACTE ET LE FORFAIT COHABITENT.
AUCUN DES SYSTÈMES N'A TOUTES LES VERTUS,
NI TOUS LES DÉFAUTS.**

POUR LE PATIENT

L'avantage

- la **liberté** de choisir son praticien. Le patient a le choix de ses praticiens, il peut même décider d'avoir deux médecins généralistes. Il reste totalement maître de son histoire et de ce qu'il dépose - ou pas - chez son ou ses thérapeutes. Il peut y avoir mais pas forcément de dossier partagé entre eux.

Les inconvénients

- l'accessibilité financière des soins pose problème **chez certains patients** - quoique rien n'empêche un MG exerçant à l'acte de pratiquer le tiers payant sans demander de ticket modérateur.
- la **prise en charge reste principalement curative**, l'accent étant généralement moins placé sur la prévention, en particulier la prévention primaire.





LA PRATIQUE AU FORFAIT

POUR LE PRATICIEN

Les avantages

- la pratique forfaitaire permet au médecin de se concentrer en principe tant sur la partie **curative que préventive** de la prise en charge.
- il peut **proposer à son patient de revenir** en cas de nécessité, sans nourrir de gêne par rapport à ce que cela signifie pour ce dernier sur le plan du coût.
- le forfait permet, par définition, une bien meilleure **fidélisation des patients** et augmente la cohérence de leur prise en charge.
- il existe cependant un **risque de sélection adverse** des patients : on peut être tenté d'écarter à l'inscription les personnes qui souffrent de pathologies chroniques lourdes, nécessitant une somme de soins médicaux, de kinésithérapie et infirmiers, ceux-ci coûtant très cher en temps - et donc en argent - à l'institution dans laquelle le médecin exerce.

Les inconvénients

- une **diminution de la liberté** de pratique, le médecin ne pouvant « panacher » en exerçant parallèlement à l'acte et au forfait.
- la **nécessité d'une excellente gestion interne** des « in-out », et une **parfaite organisation** pour répondre à une demande modulable en fonction des saisons, et garantir une continuité des soins.

POUR LE PATIENT

Les avantages

- la « **gratuité** » de l'accès au soin.
- davantage de garantie en termes de **continuité** des soins. Le forfait assure en général au patient une **prise en charge plus globale** de sa santé.

Les inconvénients

- le patient **se sent parfois coincé** dans un système où il doit se conformer au « paquet » de soins et de prestataires proposés par l'institution. Des patients peuvent être déçus de devoir poser un choix entre leur médecin généraliste de la maison médicale et leur kinésithérapeute du quartier... Le forfait, en somme, c'est le menu (avec parfois quelques choix possibles), et l'acte, c'est à la carte...
- le patient peut aussi **se sentir lésé** si un spécialiste lui recommande une prise en charge spécifique (par exemple un suivi chez le MG nutritionniste de l'hôpital après une intervention chirurgicale de by-pass, ou une prise en charge par le service de kinésithérapie périnéale) et que l'institution lui refuse d'y accéder en arguant que ses propres prestataires possèdent des compétences similaires. Le patient va parfois développer le sentiment frustrant **de ne pas être soigné de manière optimale**.
- le patient peut dans certaines circonstances **se sentir non reconnu dans sa souffrance**, par exemple s'il se sent inapte à un déplacement vers l'institution après une opération, mais que cette dernière ne veut pas envoyer un médecin et refuse ensuite de rembourser l'attestation de soins d'un médecin de garde appelé en visite.





Et vous, qu'en pensez-vous ?

Le GBO n'a pas de position dogmatique dans le débat acte/forfait. Il est par essence soucieux des conditions d'exercice des MG, en ce compris les conditions de rétribution (lire également l'encadré). Il encourage les initiatives et l'expérimentation, ainsi que l'évaluation rigoureuse des problèmes rencontrés dans l'un ou l'autre des systèmes.

Vous souhaitez réagir, nuancer l'un des constats exprimés plus haut, faire part de votre vécu ? N'hésitez pas à prendre contact avec le GBO (secretariat@le-gbo.be)

LE GBO SE PRÉOCCUPE DE LA BONNE HARMONIE ENTRE LES DIFFÉRENTS TYPES DE PRATIQUES ACTUELLEMENT OBSERVABLES SUR LE TERRAIN, AU SEIN DES MAISONS MÉDICALES AU FORFAIT OU NON ET DE LA MÉDECINE LIBÉRALE À L'ACTE.

Les 4 P, dans des proportions à doser

Le GBO défend depuis de longues années un mode de financement mixte des MG : les « **4 P** », soit le paiement

- à la **P**restation,
- par **P**atient,
- par **P**restataire,
- à la **P**ratique

Des études (à mener...) pourraient livrer le dosage le plus pertinent entre modèles de paiement - pour les médecins, les patients et la collectivité.



Vous trouverez plus de détails dans le Programme du GBO 2014-2018, page 32 (visible sur www.le-gbo.be).

Le débat acte/forfait (lire pages précédentes) porte en réalité sur deux de ces « 4 P ». L'acte consiste en un paiement à la prestation et le forfait relève du paiement à la capitation, ou paiement par patient. Dans les pratiques forfaitaires, les actes techniques sont toujours rémunérés à l'acte. Et le DMG, qui est en fait un paiement à la capitation, représente +/- 20% des revenus des MG pratiquant à l'acte. Le débat n'est donc plus « théologique » (pour ou contre la capitation) mais porte plutôt sur « quelle est, pour les MG, la combinaison idéale entre les différents modes de paiement ? ».

Parce qu'aucune pratique n'est à l'abri de connaître une dérive de marchandisation, le GBO a toujours prôné la mixité des rétributions. La question du dosage entre les diverses formules de paiement doit être éclairée par des études concrètes, qui nous informeront de la proportion la plus adéquate pour délivrer des soins équitables, de qualité et au meilleur coût.





Vous souhaitez rester informé ? Vous pouvez recevoir les lettres d'info régulières du GBO

E-PRESCRIPTION : LE SUPPORT PAPIER TOUJOURS DE MISE

Entre deux parutions du GBO Arguments, votre syndicat suit l'actu de la profession, intervient, commente, dément, pose des revendications, donne aux MG des infos pratiques...

Par exemple ? Continuez, même si vous travaillez déjà avec recip-e, à délivrer une ordonnance papier à vos patients. En effet, si le Plan e-santé 2015-2018 prévoyait bel et bien que la prescription électronique serait valable sans prescription papier à partir du 1/7/2016, à ce jour, aucune loi ni arrêté royal n'a été publié, ni n'est venu modifier la situation actuelle. Et le pharmacien a besoin de lire le second code à barres (RID) situé en haut de l'ordonnance. Par conséquent la prescription papier reste donc d'une nécessité absolue, jusqu'à nouvel ordre et certainement jusqu'à la fin de l'année.

>>> Envoyez un mail à secretariat@le-gbo.be, avec mention « lettres d'info », et vous serez intégré dans les listings.



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
Inactif	25 euros	18 euros

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

BE51 0000 1968 7562 – BPOTBEB1

Groupement Belge des Omnipraticiens • 68, Rue Solleveld – 1200 Bruxelles
Communication sur le virement : votre n° INAMI & année d'agrégation

Une question ? N'hésitez pas à nous contacter

Tel : 02/538.73.65 • Fax : 02/538.51.05

Email : secretariat@le-gbo.be • Site : www.le-gbo.be

Le GBO défend vos intérêts sous la bannière du



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

