



Groupement Belge
des Omnipraticiens

SOMMAIRE

Plaidoyer pour une réelle
politique de santé

p. 2-5

Wanted : un DMG spécifique
pour patients complexes

p. 6

Financement des postes de
garde : la Wallonie fait plus
avec moins !

p. 7-9

Les trajets de soins, un concept à
revoir en pensant comorbidités

p. 10-11

DMG+ = meilleur suivi préventif.
Chez le MG en tout cas...

p. 12-13

Planification : et si la vraie
question était l'installation ?

p. 14-16

GBO Arguments
Périodique du Groupement Belge
des Omnipraticiens

Editeur responsable :
Dr Anne Gillet, 68,
rue Solleveld, 1200 Bruxelles

Bureau de dépôt :
Bruxelles X (P202148)

BELGIE - BELGIQUE

PP. 1070 BRUXELLES X

BC 1798

GBO ARGUMENTS - MARS 2014

A QUAND UN PLAN DE DÉVELOPPEMENT SANITAIRE ?

« Le meilleur moyen de prédire le futur, c'est de l'inventer ! » Fort de ce credo, le GBO convie le monde politique à ne pas être le trésorier d'un système de soins déstructuré, mais l'artisan d'une réelle politique de santé, à la faveur, pourquoi pas, de la régionalisation.



Le GBO réclame l'élaboration d'un plan stratégique de développement sanitaire, alliant au curatif la promotion de la santé et la prévention, et intégrant tous les professionnels de santé dans une articulation intelligente.

Alors que les entités fédérées s'affairent à organiser le transfert de compétences, le GBO envisage au niveau macro la constitution d'un organisme d'intérêt public qu'on pourrait baptiser « lwami », avec un w pour wallon, dans lequel les médecins serait représentés. Au niveau méso, le GBO préconise qu'on planche sur une planification quantitative et qualitative à l'installation des prestataires là où les nouvelles implantations prennent le plus de sens. Au niveau micro, enfin, il réclame de déployer le dispositif Impulseo, en innovant avec de nouveaux types de soutien aux MG.

>>> plus de détails en pages 2 à 5

>>> suite de la Une

A QUAND UN PLAN STRATÉGIQUE DE DÉVELOPPEMENT SANITAIRE ?

A quelques encablures des législatives et alors que les entités fédérées s'affairent à organiser le transfert de compétences prévu par la 6^{ème} réforme de l'Etat, le GBO a exposé au monde politique sa vision de la médecine générale de demain. La régionalisation peut être une occasion de repenser en profondeur la 1^{ère} ligne de soins et ses rapports avec les autres lignes.

Pour exposer sa vision, le GBO part des réalités belges. L'échelonnement des soins a été plus d'une fois désigné comme le système le plus efficient (études OCDE, B. Starfield). Or, qu'observe-t-on, en réalité ?

Le système de soins valorise le curatif en général. L'hôpital et sa technologie fait figure de lieu privilégié d'action. La formation des futurs médecins fait la part belle aux savoirs parcellisés hérités des spécialités, au détriment de la vue transversale, globale et de santé publique. Faute d'être organisé, le système de santé vit avec des lignes de soins devenues concurrentes plutôt que complémentaires.

Les patients, à l'ère du tout-tout-de-suite, en font un usage chaotique. Cela se marque dans le recours direct aux 2^{ème} voire 3^{ème}



ACTUELLEMENT, L'ETAT NE GOMME PAS LES DYSFONCTIONNEMENTS D'UN SYSTÈME DE SOINS MAL OU NON STRUCTURÉ, IL FAIT AVEC ET SERRE LA VIS BUDGÉTAIRE. LE GBO RÉCLAME L'ÉLABORATION D'UN PLAN STRATÉGIQUE DE DÉVELOPPEMENT SANITAIRE.

lignes de soins, dans les sollicitations intempestives de la garde de médecine générale ou des urgences hospitalières. Du côté de l'offre de soins, on voit des hôpitaux engager

des généralistes pour compléter leurs effectifs et des spécialistes s'exiler hors des murs pour se livrer, en pratique privée, à des actes de premier recours... Est-on bien sur la bonne voie pour apporter les meilleures réponses aux besoins de la population ? Pour éviter les répétitions inutiles d'actes et d'exams ? Les effets iatrogènes ? Les dépenses indues ? La concurrence entre MG et MS ?

Bâtisseur plutôt que gérant

Le GBO propose de construire une réelle vision de politique de santé à long terme, plutôt que de gérer presque au quotidien des soins de santé décousus en songeant plus à en maîtriser le coût qu'à en améliorer l'organisation. Car actuellement, l'Etat ne gomme pas les dysfonctionnements, il fait avec en régulant les moyens. **Le GBO réclame l'élaboration d'un plan stratégique de développement sanitaire.** Ce plan devra allier au curatif la promotion de la santé et la prévention; intégrer tous les professionnels de santé dans une articulation intelligente; s'entendre à court, moyen et long terme; et prévoir une évaluation qualité grâce à des indicateurs déterminés avec les prestataires. A quels défis ce plan stratégique devra-t-il répondre rapidement? Ils ne manquent pas. Font partie des priorités évidentes : une prise en charge optimisée des malades chroniques et des problèmes complexes et un accompagnement des plus âgés en perte d'autonomie qui privilégie le maintien à do-

micile. Il en va de même de la gestion des inégalités en santé, sociales et territoriales.

Un « Iwami » médecins compris

Le GBO préconise de saisir la réforme de l'Etat comme une opportunité, de s'arrêter pour **repenser en profondeur la 1^{ère} ligne de soins et ses rapports avec les autres.**

>>>

Secondé pour les services, aux commandes pour les soins

Le maintien des plus âgés à domicile, la gestion des maladies chroniques et des problèmes complexes... peut nécessiter un case manager des services. Par contre, il nous faut la garantie que le MG restera le case manager des soins. Le patient est au centre des soins, et son médecin traitant au centre de l'organisation des soins. De plus, dans un contexte d'intervenants multiples, la circulation de l'information est primordiale. Mais attention à l'équilibre entre le respect du secret professionnel garant de la confiance du patient et de sa vie privée et le partage des données médico-sociales indispensable à une prise en charge efficiente. Le DMP, dossier partagé, doit être différemment accessible selon l'acteur de soins qui le consulte, et clairement séparé du DMG. Le gestionnaire du DMP est le généraliste.

[1] Alan Kay

Le déploiement d'Impulseo tel qu'imaginé par le GBO

- Impulseo I(a) pour promouvoir l'installation en MG par rapport à la MS - *à développer*
- Impulseo I(b) pour promouvoir l'installation de MG dans les régions les plus nécessiteuses (zones rurales et quartiers pauvres des grandes villes), pourquoi pas sous la forme d'un soutien financier aux maîtres de stage de ces zones
- Impulseo I(c) pour promouvoir l'installation en équipe, mono ou pluridisciplinaire - *à développer*
- Impulseo II et III pour la délégation des tâches administratives
- Impulseo IV pour financer le développement des réseaux informatiques entre médecins, solistes en réseau, MG en association ou en maison médicale - *à développer*
- Impulseo V pour la délégation de tâches soignantes (équivalent au projet Assisteo des SSMG/DUMG/FMM) - *à développer*



- Au niveau macro, le GBO envisage la constitution d'un OIP, **un organisme d'intérêt public** qu'on pourrait baptiser « **Iwami** », avec un w pour wallon. Les gouvernements régional et communautaire pourraient prendre appui sur les avis et décisions de cet organe, au sein duquel les médecins seraient représentés via leurs syndicats, de même que les autres professions de 1^{ère} ligne et les services de coordination. **L'Iwami pourrait être éclairé par un CNPQ régional** (un conseil de promotion de la qualité) en soins primaires, incluant les DUMG et la SSMG. Enfin, une plate-forme des représentants des bassins de soins compléterait le dispositif, incluant toutes les lignes de soins, donc les hôpitaux. Le FAG y tiendrait un rôle aussi, fort de la connaissance qu'ont ses membres, les cercles, des réalités sanitaires locales.
- Au niveau méso, le GBO préconise qu'on planche sur **une planification quantitative et qualitative à l'installation des prestataires** : c'est en effet en zones rurales et dans les quartiers précarisés des zones urbaines que les nouvelles implantations prennent le plus de sens. Les bassins de soins s'entendraient comme un découpage plus fonctionnel que mathématiquement démographique, s'inspirant éventuellement des territoires des cercles – ces derniers sont plus que jamais des interlocuteurs à questionner sur les excès de l'offre spécialisée, hospitalière et en services de soins aux citoyens. Leur input est essentiel pour analyser les besoins en soins, les



le GBO envisage la constitution d'un OIP, un organisme d'intérêt public wallon au sein duquel les médecins seraient représentés via leurs syndicats.

forces vives et les réponses à y apporter localement (lire en pages 14 à 16 « Le défi d'une implantation ajustée aux besoins »). Une coupole neutraliste pourrait fédérer les structures déjà actives que sont les réseaux locaux multidisciplinaires, les SISD, les CCSSD.

- **Au niveau micro**, enfin, le GBO réclame de **déployer le dispositif Impulseo, en innovant avec de nouveaux types de soutien** aux généralistes. Un volet la boosterait l'installation en médecine générale plutôt qu'en spécialité. Le volet Ib favoriserait l'installation en zones rurales et urbaines défavorisées (par exemple via un soutien financier aux maîtres de stage des zones prioritaires pour leur permettre d'accueillir des assistants (logement,...)). Un volet Ic, à développer, encouragerait l'installation en équipe (qu'elle soit mono ou pluridisciplinaire). Les volets II et III continueraient à encourager la délégation de tâches

d'ordre administratif, comme actuellement. Un volet IV, à créer, récompenserait l'établissement d'un réseau informatique entre confrères (solos en réseau, associés en cabinet de groupe, membres d'une maison médicale). Enfin, un volet V – à créer également – appliquerait la même logique de coup de pouce financier au recrutement que les volets II et III mais, cette fois, pour s'adjoindre les services d'un(e) assistant(e) de pratique, aidant non pas aux tâches administratives mais à l'activité médicale (c'est le projet « Assisteo » préconisé par la SSMG, les DUMG et la Fédération des maisons médicales).

Un peu court ...

- En 2013, on a formé 25% de généralistes, contre 75% de spécialistes. La proportion devrait être de 43% MG/57% MS dans la communauté médicale, mais aussi dans les rangs des professeurs d'université, pour garantir la promotion de la médecine générale.
- Le financement étatique des départements de médecine générale et de la Société scientifique de médecine générale, acteurs décisifs de la formation tant initiale que continue, est insuffisant.

Patients complexes

WANTED : UN DMG SPÉCIFIQUE

Les tarifs actuels pour la consultation et la visite traduisent la charge de travail moyenne estimée pour ces prestations. Mais on observe une multiplication, dans la patientèle des généralistes, des personnes à problèmes complexes, qu'ils soient de santé ou psychosociaux. D'où la revendication d'une rétribution qui reflète la prise en charge de cette complexité, laquelle exige un temps de contact accru.

Les mutuelles sont longtemps restées sourdes à cette demande d'adéquation, échaudées par la difficulté de contrôle. Récemment, elles ont fait montre de davantage d'ouverture, non sans réclamer des actes de longue durée clairement répertoriés et budgétairement mesurables.

A acte chronophage, nomenclature spéciale ?

Une piste pour concrétiser ce relèvement du tarif à l'acte serait d'attribuer une nomenclature spécifique aux situations chronophages les plus fréquemment rencontrées par le MG (pathologies complexes, consultations psychologiques, documents administratifs...). Mais, pour divers motifs (juridique, administratif, budgétaire, d'identification...), ces situations ont été écartées pour ne retenir que quelques contextes comme la prestation préalable à l'entrée en maison de repos ou la visite aux patients de plus de 65 ans hospitalisés.



Le GBO revendique un ajustement du montant perçu en cas de consultation longue durée pour cause de complexité. Il a inscrit à son programme électoral la création d'un module spécifique de DMG pour les patients à problèmes complexes.

Fallait-il accepter cette proposition en considérant que, bien que timide, il s'agit déjà d'une ouverture ? Et espérer qu'il serait possible dans le futur de l'élargir progressivement à d'autres cas ? Le GBO, comme le reste du Cartel, n'est pas séduit par la formule.

Plutôt un module « complexité »

Il préconise d'abandonner cette voie kafkaïenne de la nomenclature spécifique. Il lui préfère un concept générique plus conforme à la réalité et aux principes qu'il soutient : la création, à l'instar de ce qui s'est fait dans le champ de la prévention avec le DMG+, d'un DMG particulier pour les patients à problèmes complexes.

Financement des postes de gardes

QUAND UN ÉCART NORD-SUD RIME AVEC DES PERSPECTIVES NOVATRICES

Tout en consommant 55% du budget inamien pour le déploiement de ses postes de garde, la Flandre ne dessert encore, via ces derniers, que les quatre dixièmes environ de sa superficie et de ses habitants. La Wallonie fait mieux, en termes de couverture, avec 39% de l'enveloppe. La médecine générale flamande se rend-elle compte que quelques bien gourmands projets assèchent les caisses et, partant, à budget constant, limitent la possibilité de soutenir de nouvelles créations sur son sol? Si les moyens globaux devaient un jour être revus à la hausse, il n'est pas question que la Wallonie n'en touche pas une part équitable, sous prétexte qu'elle est déjà plus loin. Elle a d'autres besoins.



L'Inami a publié, dans son dernier bulletin d'information (*) une analyse sur l'organisation et le financement des postes de garde de médecine générale (PMG) en Belgique. En dix ans, le nombre de projets s'est envolé, et les dépenses que leur consacre l'Inami aussi. En octobre dernier, l'institut subsidiait une soixantaine de postes (25 en Flandre, 4 à Bruxelles, 31 en Wallonie), couvrant 57% du territoire du pays et 59% de ses habitants, le tout pour un montant total de 13.282.154 euros.

Nécessaire standardisation

Longtemps, les budgets ont été octroyés au cas par cas, sur la base des dossiers peu

structurés que les cercles demandeurs soumettaient, et le rapport financier des PMG n'était pas davantage uniformisé. Le constat de cette disparité a mené l'administration au développement d'un système de financement standardisé, avec ventilation des frais de fonctionnement en gros postes de dépenses se voyant chacun attribuer un montant maximum.

Le GBO s'est activement impliqué, via le groupe de travail garde de la médico-mut, dans le développement de cette matrice budgétaire plus équitable. Il maintient toujours la pression, à l'heure qu'il est, pour que l'uniformisation soit étendue aux frais d'investissement. L'idée est de préserver les moyens

>>>

de répondre aux nouvelles demandes en évitant d'injecter des sommes disproportionnées dans des projets dispendieux. Car, même si aucun scénario optimal ne l'a emporté sur les autres, le Pr Brijs, expert universitaire en mobilité, a cartographié le nombre, l'emplacement et le rayonnement idéaux de PMG et conclu qu'il en fallait entre 80 et 110 à l'échelle belge. Donc, encore des créations en perspective.

LA FLANDRE REÇOIT 55% DE L'ENVELOPPE FÉDÉRALE, QUI SERVENT À COUVRIR 40% DE SON TERRITOIRE ET 43% DE SES HABITANTS. LA WALLONIE CONSOMME 39% DES MOYENS MAIS DESSERT 70% DE SA SUPERFICIE ET 67% DE SA POPULATION.

Lecture macro

Dans son analyse (*), l'Inami passe au tamis les dépenses des postes, en soulignant lui-même qu'aux extrémités de l'échelle, on a un PMG tournant avec même pas 14.000 euros annuels, et d'autres qui en absorbent 400.000. Se basant sur les données rapportées pour l'exercice 2010, il fournit la moyenne pour plus d'une vingtaine de coûts (loyer, équipements utilitaires, transport, rémunération du personnel d'accueil ...), avec les écarts type. Les postes ne sont certes pas tous coulés sur un moule organisationnel rigoureusement identique, loin s'en faut, et leurs frais ne peuvent donc être rigoureusement parallèles. Il n'empêche. Certains fossés laissent songeurs.

Le GBO a souhaité compléter l'approche de l'Inami par une analyse de son cru. Plutôt

que de zoomer sur les détails de l'addition, il a pris du recul. Il livre, à partir des mêmes chiffres de départ, une lecture globalisante du financement actuel, qui fait surgir des réalités régionales différentes.

Le budget 2014 des frais de fonctionnement des PMG belges s'élève à très précisément 14.506.314 euros. Sur ce montant, un peu plus de 800.000 euros vont aux quatre postes bruxellois, 5,5 millions à 25 implantations wallonnes et 8 millions à 27 points de chute flamands. La Flandre reçoit 55% de l'enveloppe fédérale. A première vue, ce pourcentage n'a pas l'air déplacé eu égard au traditionnel rapport 60-40 entre nord et sud. Mais à y regarder de plus près, ces 55% servent à couvrir seulement 40% du territoire de la Flandre et 43% de ses habitants. En comparaison, la Wallonie consomme 39% de l'enveloppe mais dessert 70% de son territoire et 67% de ses habitants.

Non à une injustice régionale

Le GBO s'interroge par conséquent : la médecine générale flamande est-elle consciente de la non-couverture d'une partie non négligeable de ses concitoyens, en dépit d'un financement copieux des PMG existants? A moyens demeurant constants, cela veut dire moins de marge de manœuvre pour créer de nouveaux postes et étendre la couverture. A moyens revus à la hausse pour desservir à terme toute la population du royaume, le GBO réclamerait immédiatement de l'équité dans les moyens alloués aux régions.

Cette révision à la hausse n'est qu'un scénario hypothétique mais le GBO veut anticiper une éventuelle injustice. La Wallonie

PAYS		BUDGET TOTAL PMG				HABITANTS DESSERVIS			SUPERFICIE COUVERTE		
	€	%	€/hab	%		% pays	% région	km²	% pays	% région	
BXLS (4 PMG)	824.388	6	0.79	33	1.048.492	17	100	161	1	100	
FLANDRE (23 PMG, 27 sites)	8.021.334	55	3.06	128	2.622.167	43	43	5.395	31	40	
WALLONIE (23 PMG, 25 sites)	5.660.592	39	2.37	99	2.389.521	39	67	11.867	68	70	
TOTAL	14.506.314	100	2.39	100	6.060.180	100	56	17.423	100	57	

a déjà à ce jour parcouru plus de chemin avec moins de subsides. Il ne serait pas légitime qu'elle ne reçoive pas à l'avenir une part équitable de deniers publics sous prétexte que ses postes se seront montrés précédemment moins dispendieux. Ce serait une amère « récompense » !

L'imagination locale au pouvoir

La Wallonie n'ayant plus besoin d'autant d'argent que la Flandre pour parachever le déploiement des PMG, le GBO suggère d'affecter les moyens dont il n'y a pas lieu de priver les francophones à **étendre les dispositifs PMG à la garde de soirée de semaine là où des projets pilotes ont ouvert la voie**, voire à **généraliser le financement de structures pour la garde de semaine**, si tel est le souhait des médecins de terrain. Le terrain, justement, est occupé à innover

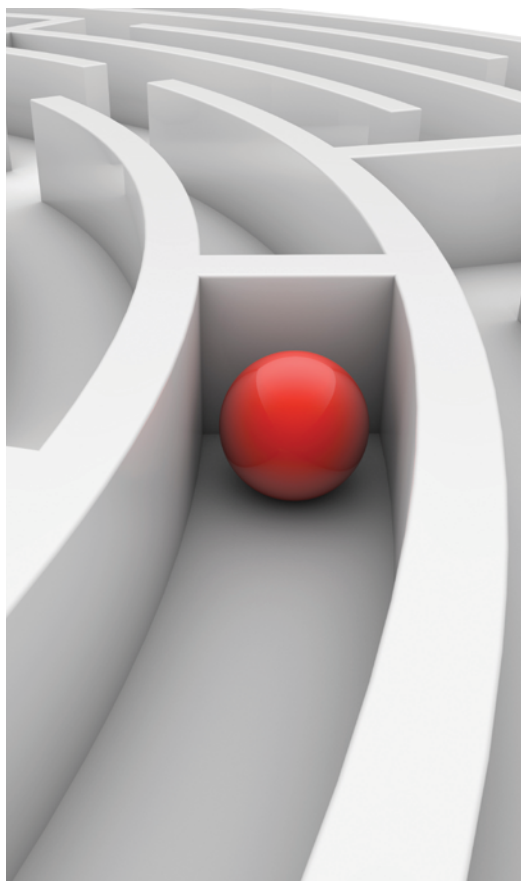
en faisant preuve d'une belle créativité. Il imagine des formules originales qui lui permettent de faire face également en-dehors des périodes de garde à des réalités wallonnes peu discutables : les longues distances à parcourir, la ruralité, le vieillissement, les poches de pénurie. Il y a une volonté, à certains endroits, de rendre la médecine générale plus visible en journée, et à d'autres de consentir des efforts entre confrères pour garantir aux habitants une permanence pour les cas qui n'attendent pas... On sait que le projet de Laurette Onkelinx de lever le contingentement en médecine générale s'est heurté à un tollé hautement communautaire (lire pages 14 et 15). Toutefois, il est impératif, pour le sud du pays, de **réorganiser les pratiques pour pallier la désaffection de la profession**. Ces efforts de réorganisation méritent un financement public.

(*) <http://www.inami.fgov.be/presentation/fr/publications/news-bulletin/index.htm>

LES TRAJETS DIABÈTE FONT FAUSSE ROUTE

Il faut remettre sur le tapis pour les remodeler radicalement les trajets de soins (TDS), à tout le moins les TDS diabète. Les conditions ne sont pas réunies côté francophone pour que le concept décolle. Une approche plus globale, qui ne « saucissonne » pas le patient en l'incluant dans autant de trajets qu'on ne lui dénombre de pathologies, serait préférable. Il faut raisonner en termes de comorbidité, et imaginer un système de prise en charge des soins chroniques lourds et combinés, dans le giron de la 1^{ère} ligne.

Début 2014, l'Inami a donné un signal semi-positif au niveau des trajets de soins (TDS). Oui, ils se poursuivent. Non, on ne les ouvre pas à d'autres pathologies chroniques, comme initialement envisagé. Du moins pas dans l'état actuel des évaluations. L'étude Achil, qui colligeait les données des généralistes engagés dans des TDS, a révélé une certaine progression dans les processus de soins mais pas de bénéfices santé spectaculaires et/ou indéniablement imputables aux TDS. Parce que les conclusions ne permettent pas de... conclure, qu'il faut prolonger et approfondir l'évaluation pour vérifier si les constats positifs perdurent, le système n'est ni remisé, ni étendu.



Peu convaincu, depuis toujours

Le Dr Drielsma, du bureau national du GBO, est un observateur averti du dossier trajets de soins. « Le GBO n'a jamais été un grand fan de ce concept qui a émergé en 2009 et qui ne reflétait pas bien l'esprit d'un rapport

Pré-trajet

Parmi les pistes d'amélioration sur la table figure aussi (et elle est évoquée dans les milieux officiels), l'idée d'un accès à « l'éducation » au diabète et à du matériel de soins autonome pour les diabétiques qui ne sont encore qu'à un stade plus précoce de leur maladie. Une sorte de pré-trajet lié à un passeport diabète pourrait être développé, avec majoration des honoraires du passeport. Le GBO adhère à ce concept souple d'une prise en charge précoce, multidisciplinaire et utilisant les ressources spécialisées selon les besoins.

antérieur du KCE sur les fondements d'une bonne prise en charge des diabétiques », rappelle-t-il. Ledit rapport n'imposait pas de passer obligatoirement par la case spécialiste.

Trop de MS pour partager

Les TDS séduisent peu au sud du pays. La différence d'adhésion par rapport aux MG flamands crève les yeux. Ce qu'évitent soigneusement de pointer les communications officielles de l'Inami.

Non seulement les généralistes francophones se sont peu approprié la formule TDS, mais les spécialistes sont restés sur la défensive également, ne « lâchant » pas leurs patients. Peu de conventions diabète ont été converties en trajets.

Cette stagnation peut partiellement s'expli-

quer par le rapport médecins généralistes/médecins spécialistes à l'œuvre dans les provinces wallonnes : les seconds sont proportionnellement plus nombreux, ce qui attise la concurrence et ne pousse pas à partager la prise en charge des diabétiques avec les MG. La redistribution du travail ne semble pas poser trop de problèmes en Flandre, en revanche, où la densité de médecins spécialistes est beaucoup plus faible qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles.

NON SEULEMENT LES GÉNÉRALISTES FRANCOPHONES ONT PEU ADHÉRÉ AU CONCEPT DES TRAJETS DE SOINS, MAIS LES SPÉCIALISTES SONT RESTÉS SUR LA DÉFENSIVE ÉGALEMENT. CETTE STAGNATION PEUT PARTIELLEMENT S'EXPLIQUER PAR LE RAPPORT MG/MS EN WALLONIE. LES SECONDS SONT PROPORTIONNELLEMENT PLUS NOMBREUX, CE QUI ATTISE LA CONCURRENCE ET NE POUSSE PAS À PARTAGER LA PRISE EN CHARGE DES DIABÉTIQUES.

La comorbidité comme base

L'un des reproches classiques adressés aux trajets de soins est de trop peu tenir compte des problèmes de comorbidité. « Or, à partir de 65 ans, et surtout au-delà des 80 ans, les patients cumulent une série de pathologies différentes chroniques et complexes, et la consultation de n spécialistes dans n trajets n'aidera pas à optimiser leur prise en charge globale », détaille le Dr Drielsma. C'est donc à un modèle de prise en charge des patients à problèmes complexes, si possible en 1^{ère} ligne que le GBO aspire.

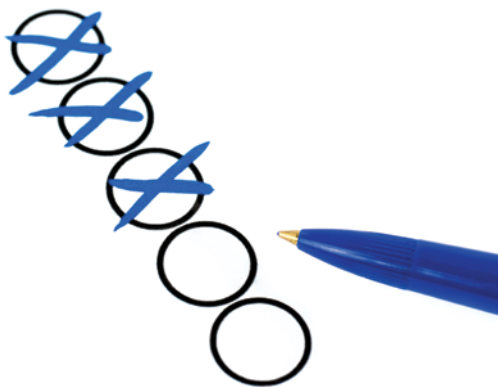
LE DMG+ A UN IMPACT POSITIF... QUAND LE MG EST SEUL À LA BARRE !

Oui, le DMG+ améliore l'application des recommandations en matière de prévention. Les taux de vaccinations, screenings et autres dépistages inventoriés dans la check list DMG+ progressent chez les patients engagés dans un module de prévention avec leur médecin traitant. Mais si le bilan est positif, il ne l'est pas uniformément. Quand le MG doit composer avec un autre prestataire - en l'occurrence un spécialiste -, il y a plutôt régression que progression dans le suivi.

Ces constats sont issus d'une évaluation préliminaire à laquelle s'est livré l'Inami, et qui a été présentée aux syndicats médicaux en médico-mut fin 2013. Le volet quantitatif de cette analyse fait ressortir une pénétration importante du DMG+ dans la profession puisque dès la seconde année d'existence de l'outil, un MG sur trois, hors maison médicale, avait déjà ouvert au moins un DMG+. En 2012 toujours, la couverture dans la population cible était d'une quinzaine de pourcents.

Suivi zélé

Mieux encore, au niveau qualitatif cette fois, le DMG « fonctionne », en ce sens qu'il exerce une influence favorable sur le suivi des recommandations. La couverture vaccinale contre la grippe saisonnière est meilleure chez les patients avec DMG+, de l'ordre de 13% environ. Le dépistage du cancer colorectal progresse de quasi 300% (la ligne de base étant, il est vrai, plutôt basse). Des screenings biologiques déjà bien ancrés



dans les habitudes de la médecine générale - comme la glycémie annuelle chez les 65-74 ans non diabétiques et les tests lipidiques chez les 50-74 ans sans pathologie sous-jacente - « grignotent » encore quelques pourcents d'observance. Bref, indépendamment des caractéristiques du patient (sexe, classe d'âge, avec ou sans diabète ou affection cardiovasculaire...), l'Inami a repéré

que ceux sous DMG+ étaient mieux suivis préventivement : les pourcentages de tests recommandés qui sont appliqués sont de 35% chez les personnes qui fréquentent le généraliste sans DMG, 42% chez celles qui ont un DMG et 52% celles qui ont ouvert un DMG+ (chiffres 2011).

LES SPÉCIALISTES FERAIENT MIEUX DE LAISSER LA PRÉVENTION AU GÉNÉRALISTE TRAITANT, QUI A UNE VUE GLOBALE ET LONGUE DURÉE DU PATIENT CONSIGNÉE DANS LE DMG, POUR SE (RE)CONSACRER À LEUR SPÉCIALITÉ DANS CE QU'ELLE A DE POINTU.

« Contre-performance »

Cet impact favorable ne se reproduit pas au niveau du dépistage du cancer du col de l'utérus, il est même légèrement négatif. L'Inami s'interroge sur ce score, en faisant observer qu'il faut tenir compte de l'influence que peut exercer le gynécologue. Le suivi des complications ophtalmiques chez les diabétiques constitue une autre « contreperformance » : son taux est également plus faible chez les patients DMG+. Ce suivi (autre qu'il constitue une action de prévention secondaire ne faisant pas partie des directives formulées en toutes lettres dans la check list) échappe en partie, ici aussi, au généraliste. L'Inami en conclut que le DMG+ n'améliore pas la situation lorsque d'autres prestataires - et en l'occurrence, les spécialistes - sont impliqués.

Retour au rôle premier

Le GBO a toujours insisté sur le rôle fondamental et central que le médecin généraliste doit jouer en matière de prévention, activité actuellement éparpillée chez différents intervenants, et notamment les spécialistes de « recours direct » : les gynécologues, « médecins de la femme », mais aussi les pédiatres, « médecins de l'enfant », qui prennent leurs marques dans cette intervention préventive que constitue la vaccination dès la naissance, à côté d'ailleurs d'acteurs supplémentaires que sont les consultations ONE et la médecine scolaire. Les spécialistes feraient mieux de laisser la prévention au généraliste traitant, qui a une vue globale et longue durée du patient, consignée dans le DMG dont il est le gardien, pour se (re)consacrer à leur spécialité dans ce qu'elle a de pointu.

La main trop lourde

Le bulletin du DMG+ dressé par l'Inami comporte un autre « peut-mieux-faire ». Le MG qui ouvre des modules de prévention a tendance à mettre en œuvre des actions préventives non utiles. Traquer les troubles de la thyroïde, le cancer de la prostate et la carence en vitamine D en-dehors de risque avéré ou de signes d'appel n'est pas indiqué, par exemple. En « remettre une couche » devient de l'inefficience. Or, en 2011, les examens TSH, les dosages PSA et la vérification de la carence en vitamine D sont trop présents chez les patients sous DMG+. L'Inami suggère par conséquent d'ajouter explicitement aux items « à faire », les plus courants « à ne pas faire ».

Numerus, attrait, densité...

LE DÉFI D'UNE IMPLANTATION AJUSTÉE AUX BESOINS

Pousser à s'installer là où les besoins sont criants. Clarifier ce qu'on attend de chaque ligne et de chaque spécialité. Gommer les écarts de rémunération entre les disciplines médicales. Qu'un jour on touche ou non aux quotas Inami, des politiques complémentaires devront être appliquées pour ne pas passer à côté du sujet.

Fin 2013, Laurette Onkelinx annonçait un projet d'arrêté royal qui allait supprimer le contingentement, à partir de 2020, dans les spécialités en pénurie, dont la médecine générale. La levée de boucliers flamande ne s'est pas fait attendre et une pétition *pro-contingentering* a récolté plus de 12.000 signatures en un temps record, contraignant la ministre à une courbe rentrante. L'arrêté en projet est en attente. Il devra être discuté, avec la communauté flamande, quelque part en avril, lors du comité de concertation. Autant dire qu'avec les législatives en mai, le report risque d'être long.

Que faut-il retenir de cet épisode? Que de toute façon, d'autres impulsions qu'une levée de quotas auraient été nécessaires d'une part pour restaurer l'attractivité de la médecine générale auprès de ceux qui se destinent à la médecine, et d'autre part,



G A une planification de l'offre devraient s'ajouter des mécanismes d'incitation à s'installer là où il y a un besoin objectif, plus puissants que les outils actuels.

pour s'efforcer que les nouvelles promotions de MG aillent s'installer là où elles feront œuvre utile. Ce qui requiert de coupler à la réforme de la planification de l'offre **un raisonnement portant sur la planification à l'installation.**

Partir des besoins locaux

Le GBO aspire à un Impulseo revisité (lire en pages 4 et 5 «A quand un plan stratégique de développement sanitaire ?»). Mais le prérequis de toute politique tendant à influencer sur les implantations est une analyse fine des besoins locaux. Un raisonnement strictement démographique a ses limites. Des réalités de

terrain influent sur la demande en soins : profil de population (âge moyen, paupérisation...) et variations temporelles (zones touristiques, cités dortoirs...), environnement de vie (mobilité, distances...), type d'habitat (logement résidentiel, social...) et autres variables (zone à risque majoré de pollution...). Il paraît pertinent de recourir à un découpage fonctionnel du territoire, éventuellement en s'inspirant des zones des cercles. A ce propos, ceux-ci sont des témoins incontournables à entendre dans l'appréciation des besoins, car ils en possèdent une perception

LE TOUT N'EST PAS DE PRODUIRE DES DIPLÔMÉS EN SUFFISANCE, MAIS DE VEILLER À CE QU'ILS S'INSTALLENT LÀ OÙ LES BESOINS SONT CRIANTS. UN LISSAGE DES ÉCARTS DE REVENUS PAR RAPPORT À D'AUTRES SPÉCIALITÉS NE PEUT QU'AIDER À CE QUE LA FILIÈRE MÉDECINE GÉNÉRALE RETROUVE SON AURA.

fine. Tout comme ils ont un avis autorisé sur les lacunes et excès locaux en offre spécialisée ou hospitalière, ainsi qu'en services à la population (enfance, santé mentale, soins à domicile etc.).

Pas une filière sous-payée

Le GBO encourage également une planification des missions de chaque ligne

>>>

43 MG pour 57 MS, un idéal hors de l'unif... et dedans !

Les efforts de restauration de l'attrait de la profession doivent être consentis dès l'entrée en faculté de médecine.

Il y a actuellement un ratio extrêmement défavorable de candidats MG par rapport aux candidats MS, de l'ordre de 25/75. La promotion de la médecine générale doit débiter au plus tôt dans les études universitaires, avec une revalorisation académique explicite de ce travail difficile qu'est la prise en compte globale de la santé, spécifique à la profession.

Il faut éviter qu'opter pour la médecine générale ne soit qu'un second choix, anti-chambre d'une spécialité ou de l'intégration à l'hôpital par un sous-statut d'« hospitaliste ». Par contre, il faut promouvoir le choix de la spécialité d'interniste général hospitalier, parce qu'elle est nécessaire à la prise en charge optimale du patient et favorise les interactions avec les médecins traitants.

Le GBO estime que le ratio MG/MS doit atteindre 43/57. Le même ratio entre généralistes et spécialistes doit se retrouver dans le rang des professeurs d'université.

de soins et de chaque spécialité - dans le sens réaffirmation et application. Toute discipline, toute structure endosse un rôle spécifique. Redéfinir qui fait quoi permettra une articulation efficace entre l'ambulatoire et l'hospitalier.

Le GBO revendique aussi qu'on équilibre la rémunération des différents prestataires de soins, de sorte que l'attrait financier trop écrasant de certaines spécialités ne vide pas les autres carrières de leurs amateurs. Le revenu du MG doit équivaloir à la médiane des revenus des spécialités.

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 2014

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	220 euros	180 euros€
Inactif	25 euros	18 euros

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

BE51 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 ne souhaitez plus recevoir la version papier du GBO Arguments et vous privilégiez la version électronique ? Faites-le nous savoir en nous communiquant votre adresse e-mail
>>> secretariat@le-gbo.be