

CAHIER DE PROPOSITIONS

adressé le 15/02/2022 à Monsieur Frank Vandenbroucke,
Vice-Premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique.



PRÉAMBULE :

Ce cahier de propositions a pour objectif de réinstaurer la concertation, actuellement mise à mal, voire attaquée sournoisement. Aujourd'hui, elle s'apparente plus souvent à une consultation informelle au cas par cas plutôt qu'à une véritable concertation systématique. Un cadre collaboratif bien défini doit être respecté et financé correctement pour les syndicats.

LES 10 REVENDEICATIONS DU GBO/CARTEL :

1. PLANIFICATION DES PRESTATAIRES DE SOINS RÉPONDANT À DES BESOINS IDENTIFIÉS, EN PARTICULIER EN MG - 2 -
2. RÉPONSE À COURT, MOYEN ET LONG TERME À LA SURCHARGE DE TRAVAIL EN MG - 3 -
3. MISE EN PLACE D'UN CADRE LÉGAL À LA PHONO- ET VIDÉO-CONSULTATION - 4 -
4. ÉLABORATION IMMÉDIATE D'UN PLAN FÉDÉRAL INTÉGRÉ DE RIPOSTE EN CAS D'ÉPIDÉMIE ET/OU DE CATASTROPHE SANITAIRE - 4 -
5. SOUTIEN OPÉRATIONNEL ET SCIENTIFIQUE SPÉCIFIQUE AUX SOINS PRIMAIRES - 5 -
6. ÉLABORATION RAPIDE D'UN PLAN D'ORGANISATION DES SOINS BASÉ SUR LE PRINCIPE DE SUBSIDIARITÉ ET DE L'ÉCHELONNEMENT.. - 5 -
7. PLAN DE GARDES - 6 -
8. AMÉLIORATION DE LA PROTECTION SOCIALE DES ASSISTANTS - 6 -
9. E-SANTÉ : CADRE D'ÉVOLUTION..... - 7 -
10. GARANTIE DE PROTECTION DES DONNÉES DE SANTÉ ET DE LA VIE PRIVÉE - 8 -

1. PLANIFICATION DES PRESTATAIRES DE SOINS RÉPONDANT À DES BESOINS IDENTIFIÉS, EN PARTICULIER EN MG

- Mise en place immédiate au niveau des administrations fédérale et des entités fédérées de l'organe consultatif interfédéral prévu dans l'accord de Gouvernement pour formuler des avis à l'attention des ministres fédéraux et des ministres des entités fédérées compétents, sur les effectifs médicaux en fonction des besoins objectivés de chaque Communauté, avec les compétences et moyens requis pour réaliser dans un premier temps l'identification des besoins et les scénarii de méthodes de planification dans un second temps. Comme prévu également par l'accord de Gouvernement, une évaluation doit être menée rapidement afin de tenir compte des besoins objectifs intégrant les offres de soins, les caractéristiques des populations et des territoires.
- Demander au KCE une revue de la littérature internationale en la matière pour nourrir les travaux de la cellule inter-administrative. Dans ce cadre, sachant que selon les dernières statistiques annuelles du SPF (2020), il y a aujourd'hui 10.000 équivalents temps plein et 13.323 médecins généralistes ayant une activité attestée¹, et cela pour 11,5 millions de citoyens, cela signifie que chaque MG a en moyenne entre 1.000 et 1.200 patients à gérer. Afin que la charge de travail soit conciliable avec un bon équilibre vie professionnelle - vie privée (tel que les jeunes générations et les moins jeunes le souhaitent avec raison), il faudrait arriver à ce que chaque MG ait maximum 1.000 patients à gérer en augmentant les sous-quotas de MG en conséquence (et en tenant compte du fait qu'il faut remplacer, à temps, chaque MG agréé qui quitte le système par 1,5 nouvel arrivant). Et ce d'autant plus que la définition du paquet de tâches et responsabilités dévolues au MG évoluera rapidement dans les années à venir.
- Vu la grande pénurie de médecins généralistes, le lissage négatif dû par la Communauté française ne peut limiter la production de médecins généralistes : seuls les quotas de spécialités en pléthore doivent être mis à contribution. [compétence des Communautés]
- Maintien d'un examen d'entrée, avec majoration du quota global, en relevant également les sous-quotas des spécialités en pénurie. Instauration d'un concours de médecine générale, pour que le choix d'une spécialité quelle qu'elle soit, soit un choix positif et volontaire. [compétence des Communautés]
- Mettre en place une politique d'installation avec attribution de numéros INAMI supplémentaires pour ceux qui s'installent dans les zones en forte pénurie, avec priorité pour ces derniers de bénéficier de l'aide d'infirmiers de pratique avancée (IPA), d'infirmiers cliniciens spécialisés (ISC) et/ou d'assistants de pratique.
- Augmenter la prime d'attractivité pour les médecins généralistes ainsi que leurs honoraires, à l'acte comme au forfait. Dans ce cadre, il faut pouvoir garantir un revenu équitable, notamment via une part forfaitaire plus importante, à chaque MG dans un souci de rééquilibrage des revenus entre les différentes professions médicales, car rien ne justifie les disparités actuelles de revenus entre les différentes spécialités. Il faut augmenter les fonctions médicales en pénurie et leur attractivité financière.

¹ [Tableau 3 - Nombre de praticiens de soins avec une pratique attestée par profession et par spécialité - Evolution 2010-2019](#)

2. RÉPONSE À COURT, MOYEN ET LONG TERME À LA SURCHARGE DE TRAVAIL EN MG

- Permettre aux généralistes, au niveau de leur pratique, de bénéficier plus facilement et de manière structurelle de l'aide d'infirmiers de pratique avancée de première ligne (IPA) et/ou, d'infirmiers communautaires, et/ou d'assistants de pratique (projets à débattre).
- Prévoir un financement pour gérer et attribuer ces fonctions de support sinon au niveau micro (pratique du médecin), au moins au niveau méso (syndicats, cercles, RML...). [compétence des Communautés pour partie, ou alors on ne parle que des syndicats et cela devient fédéral]
- Toujours au niveau méso (syndicats, cercles, RML...), prévoir un financement pour diverses fonctions, telles que chargé de com (publications, vulgarisation, mailing, outils de partage d'info, campagnes locales de santé...), soutien logistique (gestion des stock, gestion des flux, gestion informatique), gestion de projets (prévention, veille sanitaire...), etc. [compétence des Communautés pour partie, ou alors on ne parle que des syndicats et cela devient fédéral]
- Accélérer le processus de mise en œuvre de Mult-eMediatt (certificat unifié polyvalent).
- Mettre en place un cadre de concertation ad hoc pour débattre des certificats d'incapacité de travail, ou d'incapacité et/ou d'aptitude qui ne devraient plus être demandés aux médecins généralistes.

3. MISE EN PLACE D'UN CADRE LÉGAL À LA PHONO- ET VIDÉO-CONSULTATION

- Fixer une date limite pour faire valider par le CTM et l'INAMI la nomenclature pour les phono- et vidéo-consultations.
- Inscrire ces nouveaux dispositifs dans l'accord médico-mut.
- Réserver les téléconsultations en médecine générale aux médecins ayant un lien thérapeutique (idéalement détenteurs du DMG, via l'attribution semi-automatique, du patient, à défaut/ou dans une première étape via une notification du patient qui déclare le lien thérapeutique et transmet des éléments du dossier au médecin consulté.

4. ÉLABORATION IMMÉDIATE D'UN PLAN FÉDÉRAL INTÉGRÉ DE RIPOSTE EN CAS D'ÉPIDÉMIE ET/OU DE CATASTROPHE SANITAIRE

- Mise en place immédiate d'une taskforce interministérielle dédiée à cette élaboration, ainsi que d'un Commissaire de crise.
- Concertation d'emblée avec les prestataires de soins dédiée à cette élaboration.

5. SOUTIEN OPÉRATIONNEL ET SCIENTIFIQUE SPÉCIFIQUE AUX SOINS PRIMAIRES

- Incitants à la recherche pluridisciplinaire en santé, en particulier socio-anthropologique mais aussi avec les infirmiers, les ergothérapeutes et kinésithérapeutes (revalidation – maladies chroniques) au sein des programmes existants (KCE...).
- Soutien à l'implémentation de la qualité et l'évaluation des soins (PAQS ambulatoire) et financement de séances de GLEM interdisciplinaires.
- Financement d'un réseau de veille sanitaire plus développé que les médecins vigies.
- Soutien de la collaboration entre professions : médecins, pharmaciens, psychologues, kinésithérapeutes..., par exemple via les RML.

6. ÉLABORATION RAPIDE D'UN PLAN D'ORGANISATION DES SOINS BASÉ SUR LE PRINCIPE DE SUBSIDIARITÉ ET DE L'ÉCHELONNEMENT

- Organisation d'une grande conférence des métiers de santé avec les syndicats, les mutualités, les pouvoirs publics, les universités (et en particulier les écoles de santé publique), des experts étrangers aux fins d'optimiser la répartition des tâches entre les métiers et mise en œuvre de cette nouvelle répartition au sein de l'Art de guérir (en acceptant un taux modéré de recouvrement et des mesures intermédiaires pour amortir les chocs du changements). In fine, si pas de consensus entre les parties, les pouvoirs publics décident mais doivent motiver leurs éventuels écarts par rapport aux recommandations de santé publique.

7. PLAN DE GARDES

- Restaurer la concertation en réactivant le GT Gardes en MG (où se retrouveront des représentants du terrain (les syndicats et les cercles), des représentants de l'INAMI et des représentants du SPF Santé publique ».
- Postposer la date d'entrée en vigueur des coopérations fonctionnelles : alors que les MG sont débordés par les conséquences de la pandémie Covid, mais aussi par d'innombrables tâches administratives chronophages qui ne cessent d'augmenter, ce n'est vraiment pas le moment de demander aux MG de consacrer du temps à rédiger des statuts et créer des ASBL pour créer ces coopérations fonctionnelles.
- Revoir le cadre prévu pour les coopérations fonctionnelles en vue d'éviter d'ébranler tout le système actuel de la garde, avec toutes les conséquences que cela provoquera pour la population qui demande juste à être bien prise en charge en cas d'urgence.

8. AMÉLIORATION DE LA PROTECTION SOCIALE DES ASSISTANTS

- Affecter d'urgence, cette année encore, les 10 millions euros prévus l'accord médico-mutualiste, à la revalorisation du statut social (INAMI) des assistants.
- Mieux soutenir la formation à l'examen clinique et à la relation médicale des médecins généralistes en formation.
- Concrétiser rapidement un plan d'amélioration de la protection (de sécurité) sociale des assistants en améliorant l'actuel statut « sui generis » par l'octroi de nouveaux avantages sociaux.

9. E-SANTÉ : CADRE D'ÉVOLUTION

- La gouvernance, la standardisation et le management de l'e-Santé doivent impérativement être revus pour être simplifiés, centralisés et professionnalisés.
- Pour la mise en œuvre de ce chantier, il faut faire réaliser un audit/consultance de toute l'architecture e-Santé et ce, par une société indépendante qui a l'expertise et la capacité pour un tel projet (cf. exemple de l'INAMI qui a fait appel à la société INETUM-Real Dolmen pour son informatique interne) : étude de faisabilité : plan financier, plan d'architecture & technologique et plan opérationnel.
- Restructurer tous les projets actuels autour d'un unique dossier multidisciplinaire partagé standard (DMP), lequel doit être acquis par marché public sous contrat Service Level Agreement (SLA)² en vue de diminuer le risque, le temps et les coûts.
- Créer le service informatique pour les fonctions de gestion de la qualité³ prévues dans le dernier accord médico-mut et le plan multi-annuel de l'INAMI, sous la gouvernance d'un Institut « quality based practice » (QBP), géré par les utilisateurs/syndicats (à la manière de Recip-e).
- Créer un Comité d'Architecture et de Standardisation National : les différentes projets et organisations actuelles qui s'occupent de la standardisation doivent être fusionnés au sein d'un unique organisme (au niveau de l'INAMI ou d'eHealth) qui devra être professionnel et financé correctement.
- Concevoir un véritable système d'information sanitaire intégré avec une partie fédérale et une partie régionale dans les sets d'indicateurs monitorés en continu, avec toutes les garanties de protection des données à caractère personnel, tant au niveau du patient que des prestataires de soin.

² Le service level agreement ou « accord de niveau de service » est un document qui définit la qualité de service, prestation prescrite entre un fournisseur de service et un client.

³ Aide à la décision pour la prescription des antibiotiques, de biologie et de radiologie.

Accréditation 2.0 = ne dépendra plus uniquement à la formation continue mais sera liée à des objectifs qualitatifs mesurées par des indicateurs.

10. GARANTIE DE PROTECTION DES DONNÉES DE SANTÉ ET DE LA VIE PRIVÉE

- Suppression définitive de toutes les doubles casquettes (aucun contrôlé ne peut également être contrôleur).
- Suppression du CSI (Comité de sécurité de l'information, doublon avec l'APD) qui n'est pas indépendant du pouvoir fédéral ce qui n'est pas conforme au RGPD. En effet, toutes les décisions qui touchent à des données de santé gérées par eHealth doivent être prises de manière indépendante des autres secteurs fédéraux (ONEM, ONSS, Justice...). Nous utilisons certes une clé unique, le NISS, mais les décisions concernant la gestion et le croisement de données de santé doivent rester indépendantes de toute pression potentielle extérieure au secteur de la santé.