



Valoriser la médecine générale  
pour améliorer la santé de tous

**Ont collaboré à la rédaction  
de ce document**

Anne Gillet, Paul De Munck,  
Pierre Drielsma, Marcel Bauval,  
Paul Vollemaere, Valentine Gevers  
et Françoise Verschaeve

**Avec la participation**  
d'Anne-Marie Impe, journaliste

**Graphisme**  
Isabelle André

**Secrétariat**  
T. : 02 538 73 65  
Fax : 02 538 51 05  
secretariat@le-gbo.be  
www.le-gbo.be  
BE51 0000 1968 7562

**Éditrice responsable**  
Anne Gillet  
Rue Solleveld 68  
B-1200 Bruxelles

**Dépôt légal**  
D/2014/13.427/1





Valoriser la médecine générale  
pour améliorer la santé de tous

# Sommaire

Le mot de la présidente	<b>6</b>
Flash sur la vision, la mission et les valeurs du GBO	<b>8</b>
Le chemin parcouru	<b>9</b>
Nos 10 priorités pour les 5 ans à venir	<b>14</b>
Nos objectifs, de A à Z	<b>18-55</b>
Accessibilité financière	<b>18</b>
Accréditation (voir « Formations en MG »)	<b>18</b>
Agrément	<b>18</b>
Attractivité	<b>20</b>
Bureaucratie (voir « Surcharge administrative »)	<b>21</b>
Burnout ou Syndrome d'épuisement professionnel	<b>21</b>
Case Manager	<b>22</b>
Cercles	<b>22</b>
Conseil Technique Médical	<b>23</b>
Contingentement et numerus clausus	<b>24</b>
Conventionnement	<b>25</b>
Dossier Médical Global, DMG+	<b>27</b>
Dossier Médical Partagé	<b>28</b>
Échelonnement	<b>30</b>
Financements en MG	<b>32</b>
Les financements individuels	<b>32</b>
Description des financements mixtes : les « 5 P »	<b>32</b>
Les financements collectifs	<b>36</b>
Formations en MG	<b>37</b>
Gardes	<b>39</b>



Hôpital	<b>40</b>
Impulseo (voir « Financements des pratiques »)	<b>40</b>
Informatisation (voir « Dossier Médical Partagé »)	<b>40</b>
Jeunes	<b>41</b>
Liberté de prescription médicamenteuse	<b>42</b>
Maladies chroniques, Maladies complexes, Trajets De Soins	<b>43</b>
Médicaments (voir « Liberté de prescription médicamenteuse »)	<b>44</b>
Nomenclature (voir rubrique « Financements »)	<b>44</b>
Numerus clausus (voir « Contingentement et numerus clausus »)	<b>44</b>
Organisation de la 1 <sup>ère</sup> ligne de soins : multidisciplinarité, RML, SISD...	<b>45</b>
Participation des citoyens et des patients	<b>46</b>
Pension – fin de carrière	<b>46</b>
Prévention	<b>47</b>
Promotion de la santé	<b>47</b>
Qualité de vie des MG	<b>48</b>
Recherche en MG	<b>48</b>
Représentation de la profession	<b>48</b>
Responsabilité	<b>52</b>
Sécurité	<b>53</b>
Surcharge administrative	<b>53</b>
Trajets De Soins (voir « Maladies chroniques, Maladies complexes »)	<b>54</b>
Transferts des compétences dans le cadre de la 6 <sup>e</sup> réforme de l'Etat	<b>54</b>
Transparence	<b>55</b>
Vie privée (voir « Dossier Médical Partagé »)	<b>55</b>
Visites à domicile	<b>55</b>
Liste d'abréviations	<b>56</b>
Bibliographie	<b>58</b>
Liste des membres du Conseil National	<b>59</b>



## Le GBO aura 50 ans en 2015 !



*Dr Anne Gillet,  
Présidente du GBO*

**D**epuis la création du GBO, en 1965, le métier de médecin généraliste et le paysage des soins de santé ont bien changé ! La défense de cette profession et de celles et ceux qui l'exercent n'a jamais faibli. Il faut rendre hommage aux militants qui, depuis tant d'années, se sont investis dans cette noble tâche, parfois sous les feux des projecteurs mais le plus souvent dans l'ombre des commissions de l'INAMI, du Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement et partout ailleurs.

Défendre les intérêts de la médecine générale et des médecins généralistes, dans une perspective de saine organisation des soins de santé, réclame de l'énergie et du temps. Beaucoup de temps. En plus de celui consacré à ses patients et à toutes les facettes de l'exercice de son métier.

Aujourd'hui, en tant qu'union professionnelle, le GBO s'est doté de nouveaux moyens pour répondre encore mieux à de nouveaux besoins - les vôtres - et à ceux d'une population attachée plus que jamais à la fonction du médecin généraliste, pierre angulaire des soins de première ligne.

Pendant 40 ans, la parole a été cadenassée par une représentation syndicale définie de façon arbitraire, qui soutenait essentiellement la valorisation de la technicité, et de l'hôpital comme lieu privilégié des soins. Dès les premières élections syndicales de 1998, qui ont enfin donné la parole à la majorité des MG, et surtout depuis le début des années 2000, les actions du GBO ont commencé à donner pleinement leurs fruits.

Nous avons 4 ans devant nous pour renforcer les acquis et mener de nouveaux combats ! Au cœur d'une première ligne de soins forte, la



médecine générale est enfin reconnue comme un élément essentiel dans l'offre des soins de santé, et ce tant par les pouvoirs politiques que par la littérature scientifique. Mais entre les discours louant les bienfaits de la MG pour la société et les moyens qui sont mis à sa disposition, le fossé reste béant. La médecine générale est encore trop peu considérée, malgré son rôle essentiel en santé publique. Aujourd'hui, elle est surtout utilisée comme un instrument d'économies budgétaires.

Depuis quelques années, nombreux sont les médecins généralistes qui se sont mobilisés pour défendre leur métier et les conditions de son exercice. Le Forum des Associations de Généralistes, la Société Scientifique de Médecine Générale, les Cercles de médecins, les Départements Universitaires de Médecine Générale participent de plus en plus activement aux différents débats qui animent la profession. Nous apprécions vivement cette effervescence encourageante.

Le GBO souhaite profiter de cette dynamique pour porter, plus que jamais, la voix des médecins généralistes partout où il le faudra. Nous sommes déterminés à poursuivre notre action avec toutes les forces vives de la médecine générale qui continueront à nous faire confiance.

Pour être plus fort, le GBO s'est organisé en Cartel, avec l'ASGB (Algemeen Syndicaat der Geneeskundigen van België) et plus récemment en 2013 avec le MoDeS (le Monde Des Spécialistes), aile francophone des médecins spécialistes qui partage notre vision. Depuis les dernières élections, en 2010, ce Cartel occupe 4 sièges sur 12 à la Commission médico-mutualiste, dont 3 en MG (sur 6) et 1 (sur 6) en MS. Au comité de l'assurance, organe de décision de l'INAMI, il n'occupe aujourd'hui que 2 sièges sur 5.

En 2014, les médecins seront à nouveau appelés à exprimer leur suffrage. Voter utile pour la promotion de la médecine générale, c'est voter GBO-Cartel ! Nous avons besoin de vous pour gagner un siège de plus à la Commission médico-mutualiste et peser davantage dans les débats.

Votre avenir est notre raison d'être !

“

**Voter utile pour  
la promotion  
de la médecine  
générale,  
c'est voter GBO !  
Votre avenir  
est notre raison  
d'être !**

”





# Flash sur la vision, la mission et les valeurs du GBO

“

**Les meilleurs  
soins, accessibles  
à tous, au  
meilleur endroit,  
par le prestataire  
le plus adéquat,  
au moment le  
plus opportun,  
et au juste prix.**

”

## **Notre vision du système de santé**

Les meilleurs soins, accessibles à tous, au meilleur endroit, par le prestataire le plus adéquat, au moment le plus opportun, et au juste prix.

## **Notre mission**

Relayer et défendre, au niveau des organes de concertation et de décision, les intérêts, attentes et avis des médecins généralistes francophones. Leur assurer une qualité de vie préservant l'indispensable équilibre entre vie professionnelle et privée, pour leur permettre de mieux jouer leur rôle clé dans le système de santé publique.

## **Nos valeurs**

« *Science, conscience, bon sens* »  
Dr Paul Pierret, ancien président du GBO.





# Le chemin parcouru

**N**otre système de soins a négligé, durant de trop nombreuses années, la spécificité de sa première ligne. En particulier, celle de la médecine générale. Il a, au contraire, survalorisé l'usage de la technologie et de l'hôpital comme lieu privilégié de soins. La formation hospitalo-universitaire est encore trop influencée par un courant dominant spécialisé qui ne reconnaît pas de manière suffisante le rôle essentiel de la MG. Au sein des facultés de médecine, un savoir très parcellisé, dont on ne conteste certes pas la pertinence, a longtemps prévalu, au détriment d'une vue transversale, globale, et de santé publique, nécessaire aux soins primaires (*de primary = essentiel*).

Mais les choses ont changé ! Les élections syndicales et le financement des groupements professionnels représentatifs ont permis la revalorisation de la MG. Saluons les efforts remarquables des départements universitaires de médecine générale et de la SSMG, qui font la promotion de l'excellence dans la formation des MG. L'importance de la MG au sein du système de soins belge est de plus en plus reconnue, tant par les pouvoirs politiques que par les citoyens qui se disent satisfaits (95%) à très satisfaits (70%) de leur MG.

Toutefois, s'il nous faut reconnaître des avancées substantielles, les discours officiels ne sont pas toujours suivis d'effets. Qu'ont fait, par exemple, les pouvoirs publics pour anticiper la pénurie de médecins généralistes ? Pourquoi ont-ils permis que 75% des étudiants optent pour la MS, alors que le ratio officiel est fixé à 57% de MS ?

“

***Là où il y a des difficultés dans l'exercice de la MG, la solution passe par la reconquête de la dimension collective de l'exercice professionnel<sup>(1)</sup>***

”



## Une profession qui s'adapte à un monde qui change

Le médecin généraliste doit s'adapter à une société qui évolue. Et donc répondre à des besoins grandissants, liés notamment aux conséquences du vieillissement de la population et à un de ses corollaires, l'augmentation du pourcentage de patients atteints de maladies chroniques et/ou de problèmes de santé complexes. Le travail préventif sera d'autant plus impérieux qu'un des enjeux majeurs de ces prochaines années sera le vieillissement en bonne santé.

Mais le métier change aussi de visage : les femmes ont investi massivement les auditoires de médecine. Elles seront demain très largement majoritaires dans les rangs de la médecine générale. En outre, la jeune génération, hommes et femmes confondus, ne souhaite plus exercer le métier comme la plupart de leurs aînés, en sacrifiant leur vie privée au bénéfice de l'exercice d'un art qui ne laissait pas beaucoup de temps et d'espace à la vie de famille et aux loisirs, avec les conséquences que l'on connaît comme le burnout dont la prévalence est de plus en plus inquiétante. Enfin, le regard de la société sur la médecine évolue, lui aussi. Mais ce qui reste constant, c'est l'attachement des citoyens à la fonction de médecin généraliste qu'ils jugent essentielle.

## Quelles sont les avancées de ces dernières années?

### **1 Une revalorisation individuelle, par une majoration des honoraires des actes et la création de financements forfaitaires**

Dès 1998, outre la revalorisation de l'honoraire des actes, le GBO a revendiqué, à contre courant de l'autre syndicat, le principe des financements mixtes en MG et la fin du principe de l'indexation linéaire qui prévalait en CNMM, avantageant systématiquement la technicité. Aujourd'hui, l'intérêt de ces financements mixtes est confirmé par la plupart des économistes de la santé ! Au nombre de



ceux-ci, notons:

- le paiement à la Prestation ;
- le paiement par Patient (à la capitation), dont le plus remarquable est lié au Dossier Médical Global (DMG), symbole du rôle central du MG ;
- le paiement par Prestataire, « à la fonction » : forfait annuel lié à l'accréditation ou au Dossier Médical Informatisé (DMI), honoraires de disponibilité, allocation de pratique, revalorisation du statut social ;
- le paiement à la Pratique : les Impulseo.

## 2 Une revalorisation collective de la profession qui soutient la structuration du métier de MG

### **Le système de garde est mieux organisé**

Le GBO s'est fortement investi dans le groupe de travail de la CNMM pour la mise au point des postes de gardes, l'harmonisation de leurs financements et l'encouragement à l'initiative créatrice pour la résolution du problème de la charge de la garde.

Le GBO soutient les projets d'études des DUMG à ce sujet.

Le GBO encourage aussi la profession à développer des projets collectifs pour résoudre le problème de la pénurie de MG dans certains Cercles et pour certaines tâches. Un financement idoine doit être dégagé pour les soutenir. Le GBO se fait fort de promouvoir ces projets dans le groupe de travail « garde » de la CNMM.

Grâce à une collaboration des plus fructueuses avec les Cercles de MG et certains hôpitaux, 50 Postes de Garde en MG ont été créés (4 pour Bruxelles, 23 pour la Flandre et 23 pour la Wallonie). C'est une avancée considérable pour le bien-être des MG et de la population. Un budget de 17 millions € a été attribué à la création de ces postes de garde en 2013, dont 6 millions € à partir de notre index ! Sous la pression syndicale et du terrain généraliste, Madame Onkelinx, ministre de la Santé publique, s'est engagée

“

**Grâce à une collaboration des plus fructueuses avec les Cercles de MG et certains hôpitaux, 50 Postes de Garde en MG ont été créés (4 pour Bruxelles, 23 pour la Flandre et 23 pour la Wallonie). C'est une avancée considérable pour le bien-être des MG et de la population.**

”



dans son « Plan Garde » à investir, durant ces 3 prochaines années, dans la réorganisation de la garde sur tout le territoire belge.

Un numéro de téléphone unique, le 1733, sera mis en place sous la responsabilité de l'Etat. Il permettra le tri des appels, avec un corollaire essentiel : l'Abolition du Caractère Inconditionnel de l'Obligation de Déplacement.

### **Les Cercles sont reconnus et financés**

Le GBO a fortement soutenu le principe de la reconnaissance et du financement des Cercles, obtenus en 2002. Depuis lors, ils ont connu un essor considérable. A ce jour, on en dénombre 195 dans le pays, dont 62 en fédération Wallonie-Bruxelles. Depuis l'AR de 2002, le Conseil Fédéral des Cercles de MG (CFCMG), instance créée au sein du SPF Santé Publique, œuvre pour développer les Cercles. Leur rôle et leur implication dans le débat et les processus de décision sont en constante augmentation : gardes, alertes sanitaires, burnout, etc. Le GBO voit en eux des partenaires indispensables pour la promotion et l'organisation de la MG.

### **La pratique de la MG, au sein de la première ligne de soins, est mieux organisée**

De nombreuses initiatives intéressantes se sont développées : Services Intégrés de Soins à Domicile (SISD), Réseaux Multidisciplinaires Locaux (RML), Centre de Coordination des Services et Soins à Domicile (CCSSD) : CSD, ASD, Soins Chez Soi et formations indépendantes comme ACCCOORD.

Malgré ces avancées, certains problèmes subsistent, notamment en matière de coordination et d'intégration. Le transfert de compétences aux Communautés et Régions pourrait être l'occasion de mieux organiser les soins de première ligne. (Voir rubrique « Organisation des soins », dans « nos objectifs de A à Z »).

### **L'excellence est promue dans la formation universitaire et continue**

(voir « Formation », dans « nos objectifs de A à Z »).



### 3 Un développement de l'informatique

L'informatisation est sans nul doute une des plus grandes révolutions dans l'exercice de la médecine générale. Le GBO a activement participé à l'élaboration de son développement.

Comme le souligne le Dr Marc Jamouille : *« L'informatique est au MG ce que l'outil technique est au MS, à la fois une source d'action et un pouvoir d'action. »*

Le recueil systématique des données et leur partage numérique devraient permettre un pilotage extrêmement fin des pathologies chroniques, et donc un suivi de haute qualité. La télémédecine est aussi un instrument extraordinaire, notamment pour les MG travaillant en régions appauvries en prestataires de soins. Le recueil des données permettra de surcroît aux praticiens d'apprécier la qualité de la prise en charge de leurs patients. (Voir bref historique dans « Informatisation »)

### Conclusion

On le voit, les acquis, tant individuels que collectifs, sont nombreux : le financement de la médecine générale a augmenté; les MG sont de plus en plus présents dans les instances de concertation et de formulation d'avis ; la pratique de la MG au sein de la première ligne de soins et la garde sont mieux organisés; et le rôle essentiel de la MG en santé publique est enfin mieux reconnu !

Il reste, évidemment, encore bien du chemin à parcourir dans tous ces domaines pour rendre ce métier plus attractif ! C'est pourquoi, le GBO s'est fixé un programme clair et ambitieux pour les quatre prochaines années.

“

**« L'informatique est au MG ce que l'outil technique est au MS, à la fois une source d'action et un pouvoir d'action. »**  
**Dr Marc Jamouille**

”



# Nos 10 priorités pour les 5 ans à venir



PUR  
POUR

14

**A**u cours de son prochain mandat, le GBO-Cartel soutiendra toutes initiatives des pouvoirs publics et autres instances appropriées visant à :

**1 Pérenniser le financement des soins de santé**  
tout en veillant à assurer, d'une part, la couverture sociale la plus large possible. Et, d'autre part, une médecine de haute qualité scientifique, fondée sur la liberté thérapeutique et ses deux corollaires : la responsabilité et la solidarité.

Le GBO sera particulièrement attentif à l'accessibilité aux soins pour tous, menacée par la privatisation et la marchandisation des services, qui portent notamment en elles le germe de la sélection des risques et du rationnement inéquitable.

**2 Planifier l'offre du personnel soignant**  
en se basant sur les réalités du terrain et en restaurant l'équilibre entre MG et MS.



### 3 Renforcer le rôle du MG en matière de santé publique

en élaborant un plan de développement sanitaire. Ce dernier tiendra compte de l'évolution des besoins de la population et sera particulièrement attentif à :

- la promotion du vieillissement en bonne santé et du maintien à domicile, comme alternative prioritaire au placement en institution ;
- l'accompagnement des personnes en déficit d'autonomie, notamment les aînés ;
- l'accompagnement adéquat des malades atteints de maladies chroniques et/ou complexes ;
- la réduction des inégalités en santé : la précarité, par exemple, ne se décline pas de façon identique en milieu urbain et rural, où l'isolement de la population et des prestataires de soins est plus grand ;
- l'amélioration de l'offre de soins en santé mentale ;
- l'accompagnement des exclus du système d'assurance maladie.

### 4 Conforter la médecine générale dans sa fonction de pierre angulaire du système de soins

- La promotion du rôle de clinicien-conseil de 1<sup>er</sup> recours, dont la science et la compétence sont au service du patient dans son contexte de vie. L'approche du MG ne se limite pas aux seuls soins, mais envisage la santé dans sa globalité ;
- La réaffirmation de la place centrale du MG dans la coordination des soins, en particulier concernant les patients âgés et/ou atteints de maladies chroniques et/ou complexes ;
- L'instauration d'un Dossier Médical Global pour tous les citoyens chez un médecin généraliste attitré ;
- L'implication dans des actions de santé communautaire.





# RE D O P

## 5 Assurer aux MG une meilleure qualité de vie grâce à :

- La poursuite de la réforme de la garde ;
- La sécurisation de la pratique ;
- La promotion de l'exercice en groupe, réseau ou équipe pluridisciplinaire ;
- La facilitation de la diversification de la pratique, avec un temps partiel exercé en médecine générale et un autre en planning familial, médecine scolaire, etc. ;
- L'allègement des formalités et tracasseries administratives qui cadennassent la pratique au quotidien et entravent la rencontre avec le patient ;
- Le développement de l'outil informatique au service du patient et du médecin généraliste.

## 6 Augmenter l'attrait intellectuel et financier de la MG

- L'enseignement théorique et pratique de cette discipline doit occuper une part accrue dans la formation académique de base et bien au-delà, dans le débat sur les soins de santé ;
- La recherche scientifique concernant la première ligne (recherche-action, conventionnelle et opérationnelle) doit être développée et l'implication des MG dans l'épidémiologie, encouragée ;
- De nouveaux financements alternatifs doivent être développés.

## 7 Soutenir l'effort de réorganisation des deuxième et troisième lignes de soins

Le GBO est très attentif aux propositions des spécialistes au sein du Cartel visant à améliorer leur qualité de vie professionnelle. Par ailleurs la médecine spécialisée doit voir confirmé son rôle d'expertise en soutien de la première ligne.





## 8 Promouvoir une meilleure collaboration entre généralistes, spécialistes et hôpitaux

et établir entre eux une complémentarité sans concurrence, au service des patients. Cette démarche passe notamment par :

- le développement des systèmes locaux de santé (SYLOS), projets de recherche-action visant à améliorer la coordination entre hôpitaux et médecins généralistes, ainsi que la qualité des soins ;
- l'amélioration du partage des données du patient, notamment par un Dossier Médical Partagé, géré par le médecin généraliste, dans le respect le plus strict de la protection de la vie privée ;
- l'organisation de GLEM mixte entre généralistes et spécialistes.

## 9 Favoriser la coopération au sein de la première ligne

entre les médecins, kinésithérapeutes, logopèdes, infirmiers à domicile... , mais aussi avec les instances qui représentent les médecins : Cercles, FAG, SSMG, DUMG.

- Une meilleure définition de la répartition des tâches et compétences de chacun constituerait un grand pas en avant ;
- Un meilleur financement des DUMG, SSMG et Cercles leur permettrait de mieux remplir leurs missions, en toute indépendance.

## 10 Accroître la concertation avec les pouvoirs publics et les mutuelles

notamment dans le cadre des transferts de compétences aux Communautés et Régions.



# Nos objectifs, de A à Z

## A

### Accessibilité financière

Il faut simplifier et renforcer la collaboration entre CPAS et médecins généralistes pour optimiser la prise en charge des patients sans protection sociale suffisante. Malheureusement, le projet actuel MEDIPRIMA ne s'applique dans un premier temps qu'aux hôpitaux. L'attribution de la « carte santé », délivrée par le CPAS, offre donc potentiellement un libre accès aux services hospitaliers sans passer par la médecine générale. On revient 20 ans en arrière, lorsque l'accès aux soins pour les plus démunis était conditionné par le passage à l'hôpital. Dans plusieurs communes de Bruxelles, un accord avait été trouvé avec les CPAS pour que la consultation d'un généraliste soit une condition préalable au passage à l'hôpital, sauf en cas d'urgence. La plupart des patients s'en étaient trouvés beaucoup mieux soignés ! La précarité est source de beaucoup de problèmes de santé, complexes et intriqués. Toutefois, la médecine spécialisée est très mal outillée pour répondre à ce type de question « globale ».

Les études prouvent d'ailleurs que, sans accès privilégié à la première ligne de soins, les coûts explosent en seconde ligne. Les patients passent, en effet, d'un service à l'autre sans être satisfaits ou évoluent vers un état critique faute de soins de proximité.

Faciliter l'accessibilité financière est une des mesures essentielles dans un processus d'échelonnement des soins.  
(voir «Echelonnement»).

### LES PROPOSITIONS DU GBO

Nous soutiendrons toute initiative des pouvoirs publics ou des organismes assureurs, visant à augmenter l'accessibilité financière en médecine générale. Exemples ? Une facilitation non obligatoire du tiers payant pour tout patient et une réduction accrue du ticket modérateur au profit de ceux qui :

- ont un Dossier Médical Global (DMG) ;
- consultent prioritairement leur médecin généraliste avant de se rendre chez un spécialiste ;
- et/ou jouissent du statut de « patient nécessitant des soins chroniques et/ou complexes ».



### Accréditation

(voir « Formations en MG »)

### Agrément

Le SPF Santé publique <sup>1</sup> s'est lancé depuis début 2010 sur les traces des confrères qui ont obtenu un agrément avant le 1er janvier 2010 et qui ne satisferaient plus aux critères suivants pour le maintien de leur agrément <sup>II</sup> :

I. Pour des facilités de lecture, lorsqu'il sera fait mention du Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, il sera fait mention du « SPF Santé publique »

II. Arrêté Ministériel fixant les critères d'agrément des médecins généralistes. SPF Santé publique, du 04/03/2010 article 10, 7°



1. *Tenir à jour les dossiers médicaux de leurs patients, DMG ou simples dossiers ;*
2. *Participer à la garde de médecine générale*  
Il faut prouver son inscription au rôle de garde d'un Cercle de MG agréé ;
3. *Au minimum une fois sur une période de cinq années consécutives, totaliser individuellement au moins 500 contacts patients par an.*  
Pour les pratiques au sein desquelles les MG ne délivrent pas d'attestations de soins individuelles à chaque patient (exemple des pratiques de groupe au forfait), le responsable de l'institution doit attester que le MG totalise le nombre de contacts demandé ;
4. *Entretenir et développer régulièrement ses connaissances, sa compétence et sa performance médicale, de manière à pouvoir dispenser des soins de qualité en médecine générale. La formation continue peut être suivie au sein du système de l'accréditation ou en dehors.*

Après cinq années consécutives où l'un de ces critères ne serait pas rempli, la commission d'agrément du SPF Santé publique priera le MG de s'expliquer. Deux ans lui seront accordés pour se conformer aux exigences légales.

Au-delà, le ministre de la santé pourra décider un retrait de l'agrément. Le couperet économique ne se fera pas attendre : l'intéressé n'aura plus accès à la nomenclature spécifique de médecine générale et en particulier à ses financements forfaitaires. Les premiers effets de cette mesure ne seront toutefois effectifs qu'à partir de 2017.

Il faut noter que ces MG qui perdront leur agrément auront cependant toujours le droit de recevoir des patients en consultation et de rédiger des prescriptions médicamenteuses ou d'examen complémentaires. Ils pourront aussi prêter les actes dont la nomenclature stipule qu'ils peuvent être exercés par un médecin, quelle que soit sa

qualification. Il en va de même pour les prestations que le Ministre de la Santé publique les aura habilités à effectuer.

Ce projet d'AR prévoit 4 types de médecins : « Médecin Généraliste, Médecin Généraliste sur base des droits acquis, Médecin et Spécialiste »

Parmi les médecins concernés par la menace de perte d'agrément, il y a deux catégories à distinguer :

- ceux qui travaillent véritablement en première ligne ;
- ceux qui travaillent en deuxième ligne.

Dans la première catégorie figurent, entre autres, les médecins qui travaillent dans les centres de planning familial ou d'aide aux personnes dépendantes et ceux qui prestent dans le cadre des consultations de l'ONE, de la médecine scolaire, des soins aux malades sans domicile fixe, etc. Ces pratiques offrent sans aucun doute un certain nombre de réponses en première ligne à des besoins de première ligne, curatifs et/ou préventifs. Il faut reconnaître ces pratiques et trouver la meilleure articulation possible entre elles et la médecine générale omnipraticienne.

Dans la deuxième catégorie, on trouve des médecins généralistes actifs dans les hôpitaux. Pour combler des fonctions qui devraient être occupées par des internistes généraux ou des urgentistes, les hôpitaux font régulièrement appel à des MG. Des conditions d'exercice confortables ou une rémunération intéressante constituent des attraits qui incitent les MG à abandonner leur activité de médecine générale. La création d'un groupe de « médecins hospitaliers » est un des plus gros facteurs d'appauvrissement de la première ligne de soins. Les velléités actuelles de créer des MG « gériatres » et des MG « psychiatres » vont dans le même sens. Le GBO refuse l'organisation structurelle de cette hémorragie qui touche l'offre en MG et exige que ce groupe de médecins hospitaliers relève du quota des spécialistes. Par ailleurs restaurer la spécialité de l'interniste général doit être une priorité.





## LES PROPOSITIONS DU GBO

Pour ces médecins de première ligne menacés de perte d'agrément, il faudrait :

1. Préserver leur titre de MG, qui serait inaliénable. Un regroupement de tous ces médecins généralistes pourrait se faire sous le vocable de « médecins de prévention et /ou d'institutions » ;
2. Maintenir leur accès à un code de consultation dont le montant ne serait pas diminué ;
3. Si les pouvoirs publics souhaitent les différencier des MG agréés « omnipraticiens » sur base des codes de compétences Inami, créer un nouveau code pour cette catégorie de médecins. Cela permettrait de les distinguer des MG agréés « omnipraticiens », ce qui est nécessaire pour l'établissement d'un cadastre de ce qui existe réellement en termes d'offre en MG « omnipraticienne » ;
4. En cas de perte d'agrément, instaurer une procédure de récupération sur simple demande pour tout médecin ayant cessé toute activité omnipraticienne pendant moins de cinq ans. Si l'arrêt a duré plus longtemps, la procédure de récupération par une formation théorique et pratique supervisée ne devrait pas durer plus de 3 à 6 mois. Les termes et la procédure de « ré-agrément » doivent être rendus officiels et opérationnels dans les plus brefs délais ;
5. Pour des raisons d'équité et de sécurité juridique (afin d'éviter les recours pour discrimination), étendre la mesure aux médecins spécialistes. Cette modalité présenterait aussi l'avantage de répartir plus équitablement la charge des gardes en Msp ;
6. Promouvoir la mixité de leurs activités pour réintégrer ces médecins au sein de la MG.



## Attractivité

Même si la MG a gagné ses titres de noblesse au sein des opinions politiques et publiques et dans certains cénacles universitaires, le courant dominant reste fondé sur le paradigme biomédical qui valorise la technologie et l'hospitalocentrisme. Au détriment d'une approche centrée sur le patient, pris dans sa globalité, et d'une organisation des soins de première ligne plus forte. Tout le monde s'accorde pour dire qu'il faut rendre le métier plus attractif.

Mais comment procéder?

## LES PROPOSITIONS DU GBO

- Mieux valoriser l'image de la MG au sein des facultés de médecine qui doivent renforcer leur enseignement et rendre les stages en MG obligatoires pour tous, afin d'éviter que la MG ne constitue un deuxième choix ;
- Demander aux MS enseignants de donner une meilleure image de la MG. Elle n'est pas un métier « par défaut », dans lequel on « tombe » lorsqu'on n'a pas réussi le concours en spécialité !
- Stimuler la recherche et nommer des professeurs de MG en faculté de médecine (atteindre minimum 30% du corps professoral) ;
- Poursuivre tout ce qui est entrepris par les pouvoirs publics pour donner à la MG une place centrale dans l'organisation des soins. L'échelonnement incitatif en est un des principaux leviers ;
- Développer la réforme des gardes, vécues comme trop pénibles ;
- Déployer le dispositif Impulseo, qui apporte de nouveaux types de soutien aux généralistes : Impulseo IV





(réseau informatique) et Impulseo V (Assisteo). voir rubrique « Financements en MG » ;

- Prendre les mesures permettant aux MG des pratiques mixtes (omnipratiques et pratiques plus spécifiques, occupant quelques niches en première ligne comme les soins aux toxicomanes, les activités en planning familial, etc.) ;
- Equilibrer la rémunération des différents prestataires de soins, pour que l'attrait financier trop écrasant de certaines spécialités ne prive pas les autres carrières de leurs amateurs, à commencer par la MG.

## B

### **Bureaucratie**

(voir « Surcharge administrative »)

### **Burnout ou Syndrome d'épuisement professionnel**

Les MG sont particulièrement exposés au syndrome d'épuisement professionnel. Son retentissement sur leur vie personnelle et sur la qualité des soins mérite que les syndicats s'en préoccupent.

En 2011, le KCE a publié une étude sur le burnout des médecins généralistes <sup>(2)</sup>, qui formule des recommandations en termes de prévention et de prise en charge. Le GBO y a participé très activement. Il s'est ensuite fortement investi dans les travaux de la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG), de Domus Medica et de la Task Force <sup>(3)</sup>, chargés d'étudier la concrétisation de ces recommandations, de présenter les actions prioritaires à mettre en

œuvre, d'évaluer leur coût et de proposer un calendrier pour leur implémentation.

Trois priorités ont été avancées par les experts de la Task Force:

- la prévention du burnout du médecin généraliste ;
- la mise en place d'un dispositif facilement accessible pour le dépistage du burnout du MG ;
- l'encouragement au choix d'un médecin traitant par chaque médecin généraliste.

Un budget d'un million d'euros a été proposé pour 2014, en CNMM.

### **LES PROPOSITIONS DU GBO**

- Vu l'urgence, confier rapidement à la SSMG et à Domus Medica la mise en route progressive des recommandations de la Task Force<sup>(3)</sup> ;
- A moyen terme, mettre en place une coupole plus représentative ;
- Poursuivre la réflexion sur les pistes de solutions pour assurer aux médecins en arrêt de travail prolongé un revenu garanti ;
- Mener une étude épidémiologique sur l'ampleur du phénomène ;
- Réfléchir comment intégrer les Cercles dans un processus d'aide personnalisée au médecin en burnout, notamment pour organiser une solidarité qui permette la fermeture momentanée de son cabinet pendant son incapacité de travail.





## C

### Case Manager

Dans le cadre de l'organisation coordonnée, multidisciplinaire et intégrée des soins et services à domicile, destinés aux patients souffrant de maladies chroniques et/ou complexes, il est parfois nécessaire de recourir aux services d'un « gestionnaire de cas » ou « case manager ».

Il est toutefois nécessaire de distinguer deux types de fonctions : le « case manager » des soins, qui doit être le médecin généraliste, et le « case manager » des services. En effet, le **médecin généraliste** assume la **responsabilité des soins et de leur bonne coordination**, ce qui ne signifie pas qu'il doive en assumer l'organisation pratique. Les autres professionnels de santé, y compris le gestionnaire de cas, jouent tous un rôle spécifique et irremplaçable, mais toujours sous la supervision du médecin généraliste choisi par le malade. Il est tout aussi essentiel que le patient et son entourage gardent la liberté de faire appel ou non à un « gestionnaire de cas ».

### **LES PROPOSITIONS DU GBO**

- Garder le patient au centre des soins, en respectant sa liberté de choix ;
- Positionner le MG, « case manager des soins », au centre de l'organisation et de la coordination des soins ;
- Confier la tâche de la coordination et de la gestion de cas à un professionnel de santé, sans créer un nouveau métier ;
- Intégrer les différentes initiatives de coordination mises en place dans une seule structure bien identifiable, pluraliste, apolitique, transparente et gérée paritairement avec les représentants du Cercle local de médecins généralistes.



### Cercles

Après avoir activement participé à la création du Forum des Associations des Généralistes, le GBO a été à l'initiative de la reconnaissance et du financement des Cercles. Il en a fait une condition sine qua non de l'acceptation par la MG du concept des SISD proposé, en 2002, par Madame Alvoet, alors ministre de la Santé publique.

### **LES PROPOSITIONS DU GBO**

Le syndicat poursuivra son soutien au plan stratégique du CFCMG et sa collaboration étroite avec les Cercles. Il les défendra au niveau des commissions d'avis, afin qu'ils continuent à disposer des moyens leur permettant de remplir leur mission telle que définie par le SPF Santé publique, à savoir :

- organiser le service de garde dans le territoire d'activité du Cercle ;
- représenter les MG de leur zone ;
- être le point local de contact pour les médecins généralistes, la politique de santé locale et la gestion des alertes sanitaires ;
- promouvoir les soins de santé de première ligne au niveau local et le travail des médecins généralistes en particulier ;
- renforcer une collaboration multidisciplinaire entre les prestataires de soins de première ligne ;
- conclure dans le respect mutuel des accords de coopération avec le ou les hôpitaux, en vue de garantir la continuité des soins au patient ;
- optimiser l'accessibilité à la médecine générale pour tous les patients, en promouvant l'émergence de pratiques novatrices.



Voir aussi la rubrique « Gardes »



## Conseil Technique Médical

Actuellement, chaque spécialité propose au CTM une série d'actes (techniques) qu'il juge bon de mettre en œuvre et de voir remboursés par la collectivité.

Le fonctionnement du CTM permet aux groupes professionnels qui disposent de plus de temps et d'expertise d'imposer un grand nombre de leurs demandes et d'absorber de facto un maximum de fonds publics. Sans qu'aucune évaluation ne soit effectuée sur l'utilité absolue et relative des nouvelles méthodes proposées (health technology assessment). Les investissements peuvent dès lors être très lourds et peu rentables. Inversement les disciplines les moins bien financées, comme la MG, auront du mal à mettre en place de telles propositions et proposeront trop peu, trop tard.

### LES PROPOSITIONS DU GBO

- Inscrire le fonctionnement du CTM dans le cadre d'un processus basé sur la santé publique. Déterminer les besoins prioritaires de santé et les réponses les plus efficaces à y apporter et ensuite déterminer le remboursement des soins, choisi selon ces critères.



Chaque intervention médicale, tant préventive que curative, doit ainsi être évaluée en termes de gain de **Quality-Adjusted Life Year**. Ensuite il faut tenir compte de l'efficacité des interventions médicales, c'est-à-dire du **coût par QALY**. Certaines recherches ont montré un net avantage pour deux disciplines médicales : la neurochirurgie traumatique et la médecine générale<sup>(4)</sup> : on peut émettre l'hypothèse que c'est un effet d'extrémité. En effet, les interventions de MG sont peu rentables en QALY absolue mais très bon marché dans les faits, donc leur produit reste avantageux. Inversement, la neurochirurgie traumatique coûte fort cher, mais son efficacité brute est très grande en termes de vie sauvée.

- Déterminer le paiement des prestataires selon le type de soin ou d'intervention pour mettre en œuvre les priorités de la façon la plus adéquate. Le paiement doit être un incitant à bien travailler, en évitant les sur-prestations et les sous-prestations.

Quelques exemples de financement de la MG à promouvoir:

A l'acte

- intervention sous prestée : le fond d'œil par la MG ;
- intervention peu attractive : la visite de nuit.

A la capitation ou à l'épisode

- paiement à la capitation pour les interventions représentant un suivi longitudinal, comme le passeport diabète et le trajet de soins ;
- paiement à l'épisode pour les interventions qui nécessitent un suivi intensif mais limité dans le temps, comme les soins palliatifs.

A la fonction

- paiement à la fonction pour l'infrastructure indispensable à une bonne pratique (informatisation, appareils de stérilisation, négatoscope, téléphonie...).

La question de l'adéquation des paiements au soutien de la performance de la MG surgit ici : certains paiements sont définis par le CTM (capitation et actes) et d'autres pas (financement à la fonction, garde, Cercles, RML, financement d'infrastructure). Cette diversité des sources de financement de la MG oblige à revoir le mécanisme de prise de décision : la CNMM serait-elle capable de définir des priorités en santé publique pour ensuite adapter les paiements ? Ou faut-il réunir un plus grand cénacle qui comprend tous les groupes qui s'occupent de la rémunération de la profession pour établir les priorités ? Et ventiler ensuite en CNMM ?





Une réflexion doit avoir lieu rapidement. En effet, nous ne pouvons actuellement que déplorer la perte de temps subie par le CTM-MG. La CNMM fait avancer des dossiers sans qu'un travail de détermination des priorités en santé publique n'ait eu suffisamment lieu. Et dans cette dynamique, la MG est presque à chaque coup perdante.

## **Contingentement et numerus clausus**

Avant de supprimer ou modifier les quotas qui limitent l'accès à la profession de médecin, il faudrait établir le nombre de praticiens nécessaire. Celui-ci dépendra bien sûr de plusieurs facteurs, liés aux besoins, d'une part, et à l'offre, d'autre part.

Concernant **les besoins**, nous savons que ceux-ci vont croître, en raison du vieillissement de la population et des pressions migratoires intenses que nous connaissons aujourd'hui. Les patients plus âgés, plus malades, plus pauvres nécessiteront davantage de soins. Et donc un nombre supérieur de MG.

Concernant **l'offre**, il faudra définir la répartition des rôles entre les deux lignes de soins, mais aussi au sein même de la première ligne. Du côté francophone, où nous souffrons d'une pléthore de spécialistes (cardiologues, gastro-entérologues, gynécologues), de nombreuses activités devraient redescendre en première ligne (suivi d'HTA, petite gynécologie, colon irritable). Les cardiologues devraient abandonner les tâches préventives qui ne nécessitent pas d'appareillage. Inversement, les « Assisteo », les infirmières, les « case manager », les diététiciens pourraient suppléer les MG dans les activités latérales.

En Belgique, nous disposons actuellement **d'un MG pour environ 1.100 habitants**. Ce chiffre va baisser et tendre vers le taux d'encadrement néerlandais, soit un MG pour 2000 personnes.

Il y a d'autres facteurs d'offre qui influent sur le nombre optimal de médecins : le temps de travail, la disponibilité et le développement du temps partiel en MG. Au total, l'équation est très complexe et nécessite des enquêtes auprès des patients et des soignants pour connaître les tendances lourdes. Il est toutefois certain que **la combinaison du vieillissement, de l'accroissement des maladies chroniques et de l'allègement du temps de travail nécessitera un nombre plus élevé de praticiens que ce qui se dessine actuellement sur base des nouveaux promus**.

En 2013, la répartition des numéros INAMI entre jeunes diplômés a été d'environ 30% pour les médecins généralistes et 70% pour les spécialistes. Si le quota officiel, qui prévoit 43% de MG par cohorte annuelle de diplômés, semble acceptable, force est de constater qu'il n'est toujours pas appliqué. Il ne pourra être atteint que si :

1. on augmente l'attractivité en MG (voir « attractivité ») ;
2. les universités respectent un nombre limité d'entrées en stage de spécialisation pour les spécialités probablement pléthoriques comme la cardiologie, la gastro-entérologie ou la gynécologie<sup>III</sup>.

Le GBO est très intéressé par la réorganisation de la médecine spécialisée : quels MS ? Combien ? Pour quelles missions ? Quelle articulation entre l'ambulatoire spécialisé et l'hospitalier ? Quelle collaboration avec les MG ? Actuellement la « référence horizontale » entre MS est un véritable fléau qui nie l'apport spécifique des MG dans une structuration optimale des soins. La MG souffre aussi très directement de la désorganisation actuelle de la MS : pour compenser les pénuries de certaines professions spécialisées, des MG sont attirés vers la médecine hospitalière.

Le GBO pense qu'il est difficile aujourd'hui de concilier à la fois :

- la meilleure adéquation possible entre l'offre de médecins et les besoins en santé publique ;
- **un principe de liberté** qui veut que tout jeune belge qui souhaite

III. La densité de ses spécialités est largement plus élevée en Fédération Wallonie-Bruxelles qu'en Flandre. Comme il n'y a pas de pénurie de spécialistes connue en Flandre, on peut en inférer que l'offre en Fédération Wallonie-Bruxelles est excédentaire





devenir médecin ait la possibilité d'avoir accès à l'exercice de la profession dans le cadre de l'INAMI, selon les quotas de répartition entre MG et MS ; et la directive européenne qui veut que tout médecin diplômé issu de l'espace européen ou d'un pays étranger avec reconnaissance de diplôme puisse avoir accès à l'exercice de la profession, entrant de facto en compétition avec les futurs médecins belges.

Concernant le **numerus clausus**, les procédures préconisées aujourd'hui sont différentes au Nord et au Sud du pays.

- En Flandre, un examen d'entrée limite l'accès en amont ;
- En communauté française, l'examen se déroule au bout d'un an d'études, en fin de premier baccalauréat. Le souci est ici de permettre aux étudiants provenant de filières moins favorisées, d'acquérir les connaissances nécessaires à la poursuite de leurs études.

Avant de se prononcer sur le choix d'une procédure d'examen ou sur la suppression du numerus clausus, le GBO souhaite obtenir des réponses à toutes les questions qui restent en suspens, y compris en matière d'éthique et de solidarité, non seulement dans le cadre belge, mais aussi dans le cadre européen et international.

## **Conventionnement**

Le système conventionnel permet des négociations entre partenaires mutuellistes et prestataires sur des **objectifs en matière de santé**, sur leurs financements, sur la **fixation de leurs coûts** et de leurs **remboursements**.

Il est placé sous la responsabilité finale du Gouvernement et du Parlement qui tracent les grandes orientations, avalisent les conventions signées, arbitrent et tranchent en cas de blocage.

Il vise à garantir l'accessibilité des soins. Cependant, il faut savoir que l'absence d'un tel contrat n'implique pas forcément une totale liberté des tarifs. Le gouvernement est toujours en droit d'imposer des hono-

raires maximaux aux médecins en cas d'échec de la convention. D'un certain point de vue, nous pouvons dire que les médecins conventionnés donnent l'autorisation aux autres de dépasser leurs honoraires !

Les Médecins conventionnés reçoivent un financement différé pour l'établissement de leur pension et/ou d'une assurance « revenu garanti ». Cette somme a constamment été réévaluée ces dernières années, sous la pression du GBO. C'est le « statut social ».

Le système de la convention garantit

- **aux patients**
  - la sécurité tarifaire, une transparence dans la fixation des coûts et des remboursements et une stabilité dans le temps de l'offre des soins médicaux.
- **aux médecins**
  - une croissance raisonnable du montant des honoraires, et donc des revenus;
  - un évitement de la concurrence débridée entre médecins et/ou groupes de médecins ;
  - une stabilité de revenus et donc la possibilité de planifier sa carrière ;
  - une certaine orientation de la politique de santé ;
  - une sécurité sociale en contrepartie de leur respect des honoraires négociés.
- **au Gouvernement et aux partenaires sociaux**
  - l'assurance de la qualité des soins à un coût raisonnable.

Le système de concertation au sein de l'INAMI est le seul endroit où les médecins ont un pouvoir de décision. Refuser la poursuite d'un partenariat à ce niveau risque de donner encore plus de pouvoir aux instances publiques, aux financiers (patrons et syndicats interprofessionnels), aux organismes assureurs et aux divers groupes de pression non soumis à la légitimation démocratique.

La CNMM est bien le seul endroit où les énormes disparités de revenus entre différentes disciplines pourraient être, en partie, nivelées. Une ébauche de solidarité entre tous les prestataires, peu importe leur discipline et l'ampleur de leur pratique, peut y être engagée.





## LES PROPOSITIONS DU GBO



### 1. Une négociation médico-mutuelliste en deux temps

1ère phase : les représentants des médecins généralistes et spécialistes négocient le budget global des honoraires et se partagent équitablement le budget et la masse d'indexation. La clé de répartition de la masse d'indexation devra tourner autour de 60 % pour les spécialistes et 40 % pour les généralistes, afin d'assurer la nécessaire revalorisation des actes intellectuels des médecins généralistes.

2ème phase : spécialistes et généralistes disposent librement de leur «budget» pour l'affecter aux prestations de leur groupe.

3ème phase : un budget spécial devra être prévu pour les accords de coopération transligne

### 2. Des accords attractifs

- Pour les médecins, le GBO souhaite une pension du même niveau que celle des médecins-inspecteurs de l'INAMI ;
- Le « statut social » doit être largement majoré et réservé aux médecins totalement conventionnés qui ont une activité clinique répondant aux objectifs d'accessibilité financière des soins ;
- Le « statut social » pour les assistants doit être doublé, en compensation de leur statut incomplet de salarié (sui generis) ;
- Un revenu doit être garanti pour les pathologies non prises en comptes par les assurances (psychiques, burnout...)

- Pour les congés de maternité, le GBO propose la création d'une allocation supplémentaire qui soit équivalente à celle déjà payée par les mutuelles. Une mesure qui permettra de doubler le temps du congé de maternité des médecins, le faisant passer de 6 à 12 semaines. Une nécessité en santé publique !
- En France on observe une tendance au choix du salariat chez les jeunes MG. Cette éventualité devrait faire partie du panel des solutions pour améliorer l'attractivité.

### 3. Une intensification de la remise en question du système d'indexation linéaire, pour favoriser l'utilisation des ressources selon un programme de revalorisation sélective des actes intellectuels.

Le système d'économie linéaire doit, lui aussi, être combattu pour imprimer une politique de santé adaptée aux réalités.

### 4. Un renforcement de l'implication des médecins dans l'acceptation de la convention : le mécanisme « qui ne dit mot consent ! » devrait être aménagé. Des sondages électroniques via e-health pourraient ainsi être organisés auprès des médecins généralistes (et spécialistes ?) afin de connaître le degré d'adhésion réelle des médecins au système. Il faudrait également enquêter pour recueillir les propositions de modifications qui viennent du terrain. Ce sondage serait aussi l'occasion de mieux informer les médecins sur les enjeux de la convention et de la logique du statut social.



## D

### Dossier Médical Global, DMG+

Le dossier médical global (DMG) a été obtenu après bien des résistances. Il s'agit de l'attribution claire au médecin généraliste des fonctions de synthèse et de suivi qui garantissent une meilleure qualité des soins.

Le DMG est l'outil qui consacre le lien privilégié entre un patient et son médecin généraliste de référence.

Sous l'impulsion du GBO et de l'ASGB, son allié au sein du Cartel, le DMG-module de prévention (DMG+) a vu le jour pour répondre au rôle essentiel du MG en prévention.

#### LES PROPOSITIONS DU GBO

Un DMG qui couvre tous les patients du MG :

*« Du plus jeune au plus âgé et... du plus fragile ou isolé au plus entouré ! »*



- L'ouverture du DMG doit se faire à l'acte, après accord du patient et du MG, ou par attribution semi-automatique, via les statistiques de consommation. En effet, le GBO revendique une inscription systématique de tous les patients et la possibilité d'un renouvellement automatique par trimestre (sans contact/an obligatoire), tout en garantissant la liberté pour le patient et pour le prestataire de dénoncer le contrat.
- MyCaret permettra la notification rapide du changement de MG et dès lors l'envoi du DMG au nouveau MG choisi.
- Signalons que le renouvellement manuel actuel, avec l'obligation d'un contact/an fait perdre au MG 20 % des DMG/an.

- L'émergence du statut de « patient nécessitant des soins complexes » dont le but est d'obtenir une meilleure prise en charge des patients, via un meilleur remboursement, l'accès à certains dispositifs (appareil de mesure ambulatoire), via une prise en charge plus globale au sein de la première ligne elle-même et enfin une collaboration structurée avec la deuxième ligne quand celle-ci est nécessaire.— doit déboucher sur une revalorisation du forfait annuel global du DMG.
- la valorisation importante du DMG pour les malades atteints de maladies chroniques et/ou complexes permet de rencontrer la problématique, exprimée sur le terrain, de la valorisation de l'ancienneté. Les MG plus âgés gèrent en effet plus de patients chroniques. Et à cause de ce travail chronophage, ils gagnent parfois moins bien leur vie que les jeunes MG gérant des cas plus aigus. Le modèle RFM des mutualités ajusté pour la MG permettrait de rencontrer cet objectif
- D'autres formes de DMG+ doivent voir le jour : DMG+ pour patients de plus de 75ans pour évaluer leur degré de fragilité (Initiative de la SSMG).
- Le DMG+ doit être très fortement valorisé pour honorer correctement les quatre formes de prévention (voir « Prévention »)
- Il faut des stimuli financiers importants pour transformer les DMG en DMI.
- Mettre en place des modules informatiques d'aide à la décision diagnostique et thérapeutique est indispensable.





## **Dossier Médical Partagé**<sup>IV</sup>

Le DMG contient l'ensemble des données du patient, dont certaines résultent des rapports envoyés par les MS consultés. Le MG doit bien sûr en rester le garant et le gestionnaire unique.

On distingue :

- les données **sensibles**, comme le champ psychosocial, les comportements à risque, les traditions et coutumes, le régime particulier, les opinions, des informations non-médicales ou concernant des tiers...
- les données **confidentielles et interdites de partage** parce que, par exemple, le patient ne souhaite communiquer ces données à personne d'autre qu'à son MG ou parce que le MG estime en toute conscience que ces informations ne peuvent être partagées en raison d'un risque potentiel pour le patient. **Les notes personnelles du médecin**, élément de sa réflexion, de ses hypothèses et observations concernant le patient, en font également partie et sont insaisissables.

### **LES PROPOSITIONS DU GBO**

La création d'un Dossier Médical Partagé (DMP), organisant l'ouverture à des prestataires de soins bien précis d'un certain nombre d'informations bien précises concernant un patient, à partir de son DMG. Le DMP sera conçu comme un lien dynamique multilatéral entre les divers intervenants. Le MG gestionnaire du DMG devra en rester le chef d'orchestre, c'est-à-dire le seul à valider toutes modifications ou ajouts des autres intervenants, particulièrement en matière de problèmes actifs et d'actualisation du traitement.



À l'heure de l'informatisation il faut, plus que jamais, assurer une gestion des données sensibles et confidentielles qui garantisse le respect de la vie privée. Il faut aussi déterminer une hiérarchisation des intervenants pour savoir qui aura accès à quelles informations.

Le SUMEHR (Summarized Electronic Health Record) actuel est le « dossier santé résumé » informatisé qui est censé permettre l'échange de données du patient entre prestataires de soins à partir du Dossier Médical Informatisé (DMI) du MG et des dossiers informatisés d'autres prestataires de soins. Ce Dossier Médical Résumé contient, pour chaque patient, le descriptif de ses problèmes, ses antécédents, ses examens antérieurs, ses traitements, ses allergies, ses intolérances et ses vaccins... Le SUMEHR n'est qu'un cliché photographique du DMI à un moment précis, mis à la disposition des autres médecins consultés par le patient, sur base du lien thérapeutique, sans hiérarchisation des accès. C'est donc quelque chose de plus statique, même s'il est mis à jour régulièrement. Il constitue un stade transitoire, en attendant le développement et l'aboutissement du DMP.

Le DMP permettrait l'alimentation du DMI du MG par d'autres prestataires de soins, grâce à l'envoi électronique de données contenues dans un résumé informatisé de leur rapport sous forme d'un « Short Health Message » (SHM) que le MG décidera d'intégrer comme tel dans son DMI.

À terme, il serait bon que seul un DMP unique subsiste, qui contienne toutes les informations. Il permettra, au moyen de systèmes experts, une interaction entre toutes les informations qu'il contient et des bases de données

IV. Cette rubrique s'inspire largement des réflexions de notre confrère le Dr David Simon



de connaissances. Il facilitera dès lors le développement d'une aide automatique à la décision, indispensable à l'optimisation de la qualité des soins, au bénéfice direct de la santé publique.

Le pharmacien pourrait y consulter les traitements actifs, les allergies et intolérances, et aussi y laisser un SHM lors de la survenue d'un effet secondaire ou d'une allergie à un médicament. L'infirmier et le kinésithérapeute pourraient encoder les mesures biométriques qu'ils réalisent ainsi qu'un SHM des observations qu'il leur semblerait important de communiquer. Et même, permettre au patient lui-même d'encoder des mesures biométriques ou observations.

Aucun non-soignant (médecin-conseil, expert, médecin du travail, chercheur ...) n'aura accès au DMP. Ils devront demander au MG gestionnaire du DMG les informations utiles à leur mission.

D'une manière générale, il manque un dialogue de confiance entre prestataires, patients, mutuelles et pouvoirs publics sur base d'un « gagnant-gagnant » concernant tout ce qui est développé en matière d'informatisation et de partage de données en MG.

Il faut mettre des moyens à la disposition des sociétés scientifiques de MG. Il serait également utile de disposer d'un audit des outils informatiques développés et proposés aux prestataires comme aux patients. Il examinerait les fonctionnalités, les buts, l'efficacité et le contrôle de la qualité et du respect de la vie privée en termes de santé publique.

Capital pour la protection de ces données sensibles : leur lieu d'hébergement et les méthodes de cryptage doivent rester clairement entre les mains de la profession. Le RSW et Abrumet, gérés par les médecins, les

Cercles et les institutions hospitalières, dans leur espace Intramed, sont clairement le lieu désigné.

#### Quelques définitions pour s'en sortir

- Dossiers médicaux : ils doivent être tenus par le médecin dans le cadre de son agrément, n'étant plus hébergé dans sa mémoire, mais bien sur un support pérenne, qu'il soit papier ou informatique. Un dossier médical peut être un DMG, un DMG+, un DMI ou un DMP ;
- DMG : le Dossier Médical Global est rémunéré sur un mode annuel. Son contenu est défini par la loi. Et comme il implique un paiement, son existence doit être vérifiable, et peut être vérifiée ;
- DMG+ : il est le volet préventif adjoint au précédent. Son contenu est également fixé par la loi et sa tenue implique aussi un paiement. Son existence doit aussi pouvoir être vérifiée.

C'est bien leur existence qui doit être vérifiée, pas leur contenu !

- DMI : Dossier Médical Informatisé : il correspond à l'utilisation d'un logiciel labellisé. Une prime est versée annuellement au médecin pour son usage. Son usage doit donc pouvoir être vérifiable, mais évidemment pas son contenu !

Un DMG, un DMG+ sont à coup sûr des dossiers médicaux, mais ne sont pas obligatoirement un DMI.

Un DMI est à coup sûr un dossier médical, mais pas automatiquement un DMG ou un DMG+.

DMP et SUMEHR ont été décrits ci-avant.





## E

### Échelonnement

L'échelonnement *incitatif* est défini comme une organisation des soins qui favorise économiquement le patient se rendant d'abord en première ligne, auprès de son médecin généraliste, pour les soins *sans urgence ni gravité*. Seuls les patients nécessitant a priori des soins urgents en milieu hospitalier sont fondés à court-circuiter les lignes en se rendant directement aux urgences hospitalières. Il en va de même pour les appels de nuit profonde, ce qui évite de mobiliser deux médecins là où un seul suffit ! Le flux de patients est très faible en nuit profonde.<sup>[5]</sup>

Selon la littérature scientifique, qui décrit abondamment les avantages de l'échelonnement, il s'agit du système le plus équitable et le plus efficient. Barbara Starfield souligne ainsi qu' « *Un système de soins basé sur les soins primaires se trouve directement lié à de faibles coûts, un sentiment de satisfaction accru de la population, une meilleure qualité des soins, un usage plus modéré des médicaments, un taux inférieur d'interventions superflues* »<sup>[6]</sup>. De nombreuses études démontrent également une plus grande efficacité des soins échelonnés plutôt que l'accès direct aux spécialités.<sup>[7, 8, 9]</sup>

#### LES PROPOSITIONS DU GBO

Le patient doit donc être invité - et incité - à consulter prioritairement son médecin généraliste pour tout problème de santé.



- Pour celui qui présente des *pathologies courantes*, limitées dans le temps, et qui est capable de se prendre en charge, il faut jouer sur la modulation des tickets modérateurs: il sera mieux remboursé de sa consultation spécialisée s'il est passé au préalable chez son médecin généraliste, gestionnaire de son DMG. Il faut aussi prévoir la possibilité d'*incitants* pour qu'il retourne chez son médecin généraliste après une

consultation chez le spécialiste. Il faudra fixer des périodicités rationnelles. Une visite trimestrielle pour le diabète, par exemple.

- Les patients présentant des *pathologies complexes*, de longue durée, ou fragilisés par leur maladie peuvent, la plupart du temps, être soignés en première ligne. Lorsque ce n'est pas le cas, il faut renforcer la collaboration entre le médecin généraliste gestionnaire du DMG et le spécialiste référent. C'est pourquoi, il est nécessaire de créer le statut de « *patient nécessitant des soins complexes* ».

C'est le médecin généraliste, et lui seul, qui sera à la base de l'attribution de ce statut à ses patients, avec un contrôle possible par le Service d'Évaluation et de Contrôle Médicaux ou les mutuelles.

- Ce statut sera valable durant 2 ou 3 ans et ne sera renouvelé que si le médecin généraliste continue à suivre son patient ;
- Il ne devra exister qu'un seul statut de "patient nécessitant des soins complexes", englobant toutes les pathologies compliquées : diabète, oncologie, BPCO, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, etc.

Dès ce moment :

- a) le patient bénéficiera de meilleurs remboursements pour certaines prestations médicales ou paramédicales et de meilleures conditions financières pour accéder à certains matériels (exemple : tigarettes, prothèses ...)
- b) le médecin spécialiste référent jouira d'une prime pour la prise en charge *partagée* du patient
- c) la prestation (consultation ou visite à domicile) du médecin généraliste sera mieux honorée et le forfait



annuel global du DMG sera nettement revalorisé.

On créera ainsi un système polyvalent, simple d'utilisation, valable pour tous les patients nécessitant des soins complexes.

Certains centres spécialisés dans les maladies rares ont très certainement une place dans l'organisation des soins, mais ils doivent tous fonctionner en « troisième ligne », c'est-à-dire jouer le rôle de centres de référence pour le généraliste et le spécialiste. Par contre, les centres spécialisés s'adressant à des pathologies courantes, à l'exemple des centres de la migraine ou de la ménopause, n'ont, en principe, aucune place dans le système de soins de santé.



## EXEMPLE

### **Comment passer de la concurrence à la coopération entre MG et MS ?**

En France, les diabétiques doivent parfois patienter de longs mois avant de passer un examen du fond d'œil. En Bourgogne, les autorités publiques ont dès lors organisé un pré-dépistage novateur de la rétinopathie. Un service itinérant réalise des photographies des fonds d'œil, qui sont ensuite envoyées par voie électronique à un service d'ophtalmologie universitaire. Les photos y sont lues et triées. Si l'une d'elles semble suspecte, le patient est convoqué pour une mise au point.

Ce système s'est révélé très efficace pour faire fondre les files d'attente. Actuellement, il est toutefois limité aux services universitaires, car il n'existe pas de modèle économique à l'acte pour les spécialistes. C'est évidemment à ce niveau qu'il faut agir. Les groupes de MG pourraient disposer de l'appareil photo ad hoc et se charger de cet examen : après avoir dilaté la pupille des patients, ils prendraient des photos et les enverraient aux spécialistes. L'ophtalmologue serait alors rémunéré non seulement pour les patients vus classiquement en face à face, mais aussi par photo visionnée et « protocolée » (comme ce qui se fait en radiologie).



## F

### Financements en MG

#### FINANCEMENTS INDIVIDUELS

Tout en défendant des revenus décents et garantis pour les MG, le GBO reconnaît la nécessité d'une certaine **rationalisation** du système, pour éviter le risque, à terme, du **rationnement** des soins.

Parce que 40 ans de médico-mut « à l'acte » ne sont pas arrivés à assurer la revalorisation légitime de la MG ; parce que les opérations comptables dans ce secteur ont systématiquement privilégié l'indexation linéaire des actes, en organisant l'évolution divergente entre les actes intellectuels et les actes techniques, à l'avantage de ces derniers ; et parce que la CNMM a systématiquement entériné les estimations du «trend» en enfonçant la MG, sans états d'âme, **le GBO a résolument voulu être créatif pour trouver des moyens alternatifs aux paiements à l'acte, en s'inscrivant dans un projet de Santé publique.** Pour convaincre ses partenaires de négociation du bien fondé de ses revendications financières, le GBO a dû démontrer qu'investir dans la MG et mieux rémunérer ses praticiens apportait une réelle plus-value aux soins de santé. DMG, garde publique, informatisation, optimisation des prescriptions, associations, formation continue... constituent bien d'indéniables plus-values.

C'est donc dès 1998, **à contre-courant**, que le GBO a élaboré le principe des financements mixtes (voir ci-dessous), dont l'intérêt est aujourd'hui confirmé par la plupart des économistes de la santé ! Par ailleurs, le GBO revendique la garantie d'un **équilibre dans la rémunération** des différents prestataires de soins pour éviter l'attractivité financière trop importante de certaines spécialités au détriment d'autres, ce qui favorise de facto une pénurie dans ces professions mal aimées. Le revenu du MG doit atteindre la médiane des revenus des spécialistes.

#### FINANCEMENTS MIXTES : LES « 5 P »

##### 1. Le paiement à la Prestation

C'est le classique paiement à l'acte. En 2014, il représente 80% du financement de la MG.

Certains actes techniques ont tendance à être sous-prestés. Alors qu'un meilleur financement de ceux-ci est indispensable, l'INAMI a réduit ou supprimé leur remboursement : infiltration articulaire, doppler, ablation de tumeurs sous-cutanées, ophtalmoscopie, spirométrie, etc. Ces suppressions n'ont suivi aucune logique autre qu'économique.

Pour la visite de nuit, l'incitant financier doit être maximal, tant cet acte est devenu impopulaire. Le GBO prône dès lors un honoraire de disponibilité nocturne valorisé.

Compte tenu de l'évolution de notre métier, il est indispensable d'envisager le financement de la **consultation de longue durée**, sans critères restrictifs.

##### 2. Le paiement par Patient

C'est ce qu'on appelle le « paiement à la **capitation** », par patient inscrit, intégré dans une démarche de suivi longitudinal et préventif. On en compte actuellement trois :

- Le **Dossier Médical Global (DMG)** et le **DMG +** (volet prévention), symbolisent le rôle central du MG, qu'il a été difficile d'imposer. La plupart des études internationales montrent que la capitation garantit des soins préventifs de meilleure qualité <sup>(10-12)</sup>.
- Le **passport diabète, trop peu facturé aujourd'hui**<sup>v</sup>
- Les **Trajets de Soins (TDS)** pour le diabète et l'insuffisance rénale. Contrairement au projet déposé par le GBO, leur organisation actuelle nie le rôle central du MG, en mettant

V. En Belgique, moins d'un patient diabétique sur dix, environ, bénéficie aujourd'hui d'un passeport diabète.





toutes les lignes de soins au même niveau. Elle néglige aussi l'approche globale généraliste en renforçant celle par pathologie, spécifique à la MS (voir explications détaillées dans « Maladies chroniques »).

### LES PROPOSITIONS DU GBO

- Reconnaître le patient atteint de problèmes de santé complexes et augmenter à 200 euros la valeur de son DMG ;
- Favoriser le travail interdisciplinaire sans recours obligatoire à la MS, si cela n'est pas nécessaire ;
- Un système particulier de paiement par patient : les pratiques au forfait.

Dans le cadre d'un contrat signé entre le patient, sa mutuelle et les prestataires, la mutuelle paie directement aux prestataires, tous les mois et par personne abonnée, une somme fixe : le forfait. Les prestataires peuvent travailler en solo ou en groupe, en maison médicale ou dans une autre structure de soins. Le forfait est individuel et non familial. Il peut concerner trois types de soins si on se trouve dans une maison médicale ou autre structure de première ligne : soins du MG, du kinésithérapeute et soins infirmiers.

Le montant du forfait est indépendant du nombre de représentants par profession présents dans l'institution et du nombre de contacts avec les patients : il est alloué, que les services soient utilisés ou non. Il est dépendant du nombre de patients inscrits et de leur statut d'assuré social. Important : le patient peut chaque mois décider de se désinscrire !



### 3. Le paiement par Prestataire

C'est un mode de paiement « à la fonction », pour honorer les tâches ou missions non financées par les paiements « à la prestation » ou « par patient ».

- forfait annuel lié à l'accréditation ;
- forfait annuel lié au Dossier Médical Informatisé (DMI) ;
- honoraires de disponibilité ;
- allocation annuelle de pratique (1650€), avec supplément (434€) pour les médecins totalement conventionnés. Cette allocation liée à la participation à la garde a permis la ré-adhésion de nombreux MG aux Cercles ;
- statut social : 4325€ pour les médecins totalement conventionnés et 2127€ pour ceux qui le sont partiellement.

### LES PROPOSITIONS DU GBO

1. augmenter l'honoraire de disponibilité, afin qu'il soit suffisant pour permettre au MG de garde de récupérer le jour suivant ;
2. garantir un revenu minimum pour les MG acceptant d'assurer la garde dans les régions les moins peuplées. Cette mesure, qui existe déjà en France, pourrait adéquatement atténuer la concurrence entre les différents Cercles, ruraux et citadins ;
3. assurer une prime au MG acceptant de prendre en charge la patientèle d'un MG en récupération ;
4. en semaine, établir les HD dès 18H (et pas 19H, comme aujourd'hui) ;
5. augmenter la valeur des HD de la nuit profonde ;
6. renforcer le statut social (voir explications détaillées dans « Conventionnement ») ;
7. Valoriser le forfait du DMI selon son utilisation réelle et développer un forfait pour le DMP.





#### 4. Le paiement à la Pratique

Le GBO a œuvré pour que soient libérés des moyens financiers supplémentaires non dépendants des honoraires, afin de soutenir la pratique en MG. Le « Fonds d'impulsion pour la médecine générale » a ainsi vu le jour en 2006, dans le cadre du Fonds de Participation.

- **Impulseo I.a** finance les jeunes médecins pour leur permettre de s'installer dans leur pratique ;
- **Impulseo I.b** encourage l'installation de médecins généralistes dans des zones prioritaires menacées de pénurie ;
- **Impulseo II**, complété en 2012 par **Impulseo III**, prévoit un soutien financier pour l'employé(e) qui assiste tout médecin généraliste (travaillant en solo ou en association) dans l'accueil et la gestion de la pratique. Un soutien financier est également institué pour les frais de télé-secrétariat médical. Le GBO a clairement marqué sa préférence pour la délégation la plus large possible des tâches **administratives**, afin de restituer au MG le temps nécessaire aux seules missions de soins, particulièrement en ces temps de pénurie relative de MG.

#### LES PROPOSITIONS DU GBO



**Impulseo I.a**: nous prôtons sa conservation vu son importance pour la MG.

**Impulseo I.b** : dans le contexte actuel, il est important de réfléchir à un aménagement de ce financement pour en garantir le succès. Nous prôtons l'instauration de financements spécifiques aux maîtres de stage dans les régions en réelle pénurie pour les soutenir dans l'accueil des assistants (logement...). L'instauration de quota d'assistants par régions ou Cercles devrait également être discutée.

**Créer un Impulseo I.c**, soit une prime pour promouvoir l'installation en équipe, mono ou pluridisciplinaire.

**Créer un Impulseo IV** pour soutenir la mise en réseau localement des dossiers médicaux informatisés (ex : MG solistes qui s'associent dans un même village, MG en association dans une même structure...).

**Créer un Impulseo V** ou **Assisteo** pour favoriser la multidisciplinarité et financer la délégation de certaines tâches **médicales** à une aide paramédicale dans les cabinets de MG (en solo ou en association). La réflexion concernant ce projet a été initiée par les départements universitaires de MG, la SSMG et la Fédération des Maisons Médicales.



## 5. Le paiement à la Performance

C'est une rémunération supplémentaire pour les MG (ou les groupes ou les équipes) lorsqu'un objectif de santé publique est atteint dans une population soignée définie.

Ce mode de paiement est loin de faire l'unanimité au sein du GBO, et ce essentiellement pour trois raisons.

1. La première est technique. En effet, les patients peuvent être plus ou moins compliants par rapport aux conseils de santé ou aux traitements proposés ; les médecins risqueraient d'être pénalisés injustement en raison de facteurs liés à la résistance de leurs patients. Un paiement à la performance nécessite un processus mathématique de standardisation des patientèles qui n'est probablement pas encore accessible à ce jour.
2. La deuxième raison est d'ordre éthique. Le médecin risque d'être stimulé (trop ?) à insister lourdement auprès du patient, afin de l'inciter à changer de comportement. A l'instar d'Achille dans l'Iliade qui, devant le choix d'une vie longue mais monotone, ou d'une vie courte mais intense, a choisi la seconde ! Il y a donc risque de sélection des patients, de transformation de la relation thérapeutique, d'une tentation à la normativité, de perte de réelle rencontre avec la personne en souffrance et de « désengagement » du prestataire.
3. La troisième est scientifique. Les connaissances scientifiques d'aujourd'hui seront parfois remises en question demain (ex: traitement hormonal substitutif de la ménopause).

## CONCLUSION

En 2014, malgré tous ces efforts, l'alignement des revenus des généralistes belges sur ceux des pays limitrophes n'est toujours pas établi. De plus, le budget global de la MG n'a pas augmenté dans les mêmes proportions que le budget des spécialistes.

Toutefois, soulignons que seuls les financements alternatifs marquent une tendance nettement positive (« trend »), ce qui montre bien que le choix d'un financement mixte a été le bon et qu'il faut continuer à investir dans cette voie.

### **Les avantages des financements alternatifs :**

- Soutien identique à toutes les pratiques ;
- Solidarité avec les pratiques débutantes (jeunes) et finissantes (fin de carrière) ;
- Prise en compte de la féminisation de la profession et de ses difficultés (grossesses, temps partiels) ;
- Prise en compte du travail non rémunéré par l'acte ;
- Sortie de la dynamique de la « course à l'acte » ;
- Délégation des tâches, re-spécialisation des MG, multidisciplinarité ;
- Mise en place d'une politique de santé (de la population et des MG) et d'installation des pratiques ;
- Encouragement au regroupement des pratiques (lutte contre le burnout) ;
- Revalorisation financière des MG, sans réduire l'accessibilité aux soins de la population ;
- Prise en compte qualitative de l'écoute, du conseil, de la guidance, de la prévention...





## FINANCEMENTS COLLECTIFS

« Là où il y a des difficultés dans l'exercice de la MG, la solution passe par la reconquête de la dimension collective de l'exercice professionnel ». <sup>(1)</sup>

### Les Postes de Garde et systèmes alternatifs

S'il fallait ne citer qu'un seul domaine dans lequel le GBO s'est investi ces dernières années, c'est bien celui des gardes. Grâce à une collaboration des plus fructueuses avec les Cercles de MG, le Forum des Associations de médecins Généralistes (FAG) et certains hôpitaux, 50 Postes de Garde en MG ont été créés (4 pour Bruxelles, 23 pour la Flandre et 23 pour la Wallonie). C'est une avancée considérable pour le bien-être des MG et pour le service rendu à la population. Un budget de 17 millions€ a été attribué à la création de ces Postes de Garde en 2013, dont 6 millions€ à partir de notre index.

## LES PROPOSITIONS DU GBO

Le GBO a prôné avec insistance de réintégrer les montants des honoraires de disponibilité, économisés par la création des postes de garde, dans le budget du Groupe de Travail des Gardes de la Commission Nationale Médico-Mutuelliste (CNMM). Le GBO a aussi proposé de réintégrer dans ce même budget les économies réalisées sur la réduction des visites à domiciles. (Voir « Gardes »)



### Les Cercles

Le GBO a été à la tête de la revendication de la reconnaissance des Cercles et de leur financement, obtenu en 2002. Depuis, leurs rôles et leurs implications dans le débat et les processus de décision sont en constante augmentation : gardes, alertes sanitaires, burnout, ...

Le GBO prône l'intensification de la collaboration avec eux pour solidariser les forces vives au service de la MG, dans le respect des missions de chacun.

## Les Réseaux Multidisciplinaires Locaux

Les réseaux multidisciplinaires locaux ont été créés pour soutenir les trajets de soins « diabète » et « insuffisance rénale ». Il s'agissait d'intégrer, auprès d'une structure faitière, les généralistes, les éducateurs, les podologues, etc. En bref, tous les intervenants de première ligne pertinents pour la réalisation des TDS.

Très rapidement, le GBO a plaidé pour une émancipation des RML vis à vis des trajets de soins, pour qu'ils deviennent une structure au service de la première ligne, étendant leur activité à l'ensemble des pathologies chroniques.

## Responsabilisation collective des MG

Les négociations médico-mutuellistes tentent actuellement de conditionner certains financements de la profession à des économies réalisées collectivement, grâce à :

- l'augmentation de la prescription de génériques. Le GBO peut soutenir cette proposition si elle ne met pas les prestataires en porte-à-faux vis à vis des patients ;
- la diminution du volume de certaines prescriptions. Le GBO ne peut, par contre, accepter cette condition qui handicape les prescripteurs raisonnables : le patient pourrait en effet soupçonner son MG de conflit d'intérêt, lors du refus légitime d'une prescription.



## Formations en MG

1. C'est la **formation initiale** qui, à ce jour, reste la plus problématique. Pour l'essentiel, les jeunes généralistes sont encore toujours formés par des médecins spécialistes qui n'ont aucune ou trop peu d'expérience de la pratique en médecine générale. La plupart d'entre eux ont spontanément tendance à vanter les mérites de leur spécialité - et donc de la spécialisation - au détriment de la pratique de la MG. Les assistants et stagiaires en MG confirment la réalité de ce paysage pédagogique altéré.

Plusieurs réformes sont toutefois en cours pour changer cet état de chose : les étudiants reçoivent une ouverture sur la MG dès les niveaux « bacheliers en médecine » et bénéficient de stages d'observation en MG, quelle que soit leur orientation.

### LES PROPOSITIONS DU GBO

Il est essentiel de développer un corpus scientifique de la première ligne. La MG accuse, en effet, un retard dans son développement académique, alors que la médecine spécialisée occupe tout l'espace. Il faudrait dès lors engager de très nombreux professeurs de MG à la faculté et aussi de nombreux doctorants en MG sur bourses publiques.

De nombreuses disciplines connexes devraient être développées comme la philosophie, la sociologie ou l'anthropologie de la MG.



2. La **formation complémentaire** en MG est de mieux en mieux construite, sur des bases rationnelles et bien assurées, par des départements académiques de médecine générale. Toutefois les enseignants sont trop peu nombreux pour répondre aux problèmes qui se posent aux étudiants. Et malheureusement, certains stages hospitaliers sont encore valorisés dans le cursus.

### LES PROPOSITIONS DU GBO

- Arrêt des stages hospitaliers pour les MG. Par contre, des modules de courte durée en salles d'urgences ou auprès de spécialistes peuvent être envisagés pendant les stages en MG ;
- Augmentation de la qualité des stages. Sans quoi, la formation spécifique en MG ne pourra pas atteindre les résultats attendus ;
- Respect de la loi sur la durée du travail qui protège les assistants. Pour permettre une certaine flexibilité, le GBO a toutefois plaidé et obtenu la possibilité pour ces derniers de prester 12 heures supplémentaires/semaine, bien entendu rémunérées. Ce supplément offre la possibilité de prester 500 heures de garde/an au-delà des 120 heures obligatoires.

Le GBO est très actif au sein du Centre de Coordination Francophone pour la Formation en Médecine Générale (CCFFMG). Il y a participé avec enthousiasme à remettre la pédagogie à l'honneur dans les stages de MG, au service de la qualité des formations. Le GBO a plaidé pour qu'universités et associations professionnelles soient paritaires dans la formation des assistants. Promouvoir l'excellence de la formation est une forme nécessaire de défense professionnelle !





3. La formation continuée (accréditation) devrait être co-organisée par les universités, les sociétés scientifiques et les organisations professionnelles, du moins dans les domaines qui leur sont propres. Il faut que le terrain féconde le terrain, avec un regard surplombant de la recherche et de la critique. Les innovations stratégiques devraient être débattues dans des commissions mixtes, chercheurs/cliniciens. Ce groupe de cliniciens-chercheurs devrait s'étendre pour créer une dynamique professionnelle d'avenir.

L'accréditation devrait être organisée de telle sorte qu'au bout d'un cycle de 3 ans, chaque médecin ait revisité l'ensemble des problématiques de santé qui concerne la MG. Actuellement, chacun fait ce qu'il veut, ce qui ne garantit pas l'objectif de couvrir l'essentiel.

---



## G

### Gardes

Nous savons que l'organisation collective de la garde, mise en place par les plus âgés d'entre nous, a été un élément majeur dans l'amélioration de la qualité de vie des MG. Elle a aussi permis aux femmes d'envisager ce métier. Mais progressivement, même organisée collectivement, la garde est devenue le cauchemar des MG et un élément déterminant dans le manque d'attrait de la profession pour les jeunes générations.

Il nous est dès lors apparu absolument nécessaire de relever le défi de la réforme de la garde, attendue aujourd'hui par les MG, pour qu'elle garantisse une amélioration dans l'équilibre entre la vie privée et professionnelle des prestataires, tout en préservant la qualité des soins 24H/24.

C'est pourquoi, le GBO s'est fortement impliqué dans le groupe de travail (GT) de la CNMM « Postes Médicaux de Garde » (devenu « GT des gardes »), pour y imprimer toute son influence au service de la MG.

#### **POINTS ACQUIS PAR LE GBO**

- l'harmonisation du financement des PMG pour permettre l'équité entre les projets sur tout le territoire et en assurer le financement durable ;
- l'encouragement à l'initiative et à la créativité pour la résolution du problème de la charge de la garde avec élargissement du GT aux alternatives aux PMG ;

- la prise en compte des projets réorganisant la garde des soirées et nuits de semaine, développés actuellement essentiellement en Belgique francophone ;
- l'allègement de la nuit profonde et l'intensification de la collaboration avec les salles d'urgences hospitalières ;
- l'intégration des Cercles dans ce groupe de travail pour y apporter leur expertise.

#### **LES PROPOSITIONS DU GBO**

- la pérennité et l'extension de l'organisation de la garde de semaine ;
- la subvention de projets d'organisation alternative en journée de semaine : regroupement de pratiques pour assumer les cas aigus de la journée, numéro d'appel unique alternatif pour assurer les visites à domicile aigües si le MG titulaire est indisponible. Ces projets sont en cours d'élaboration. Il s'agit là d'initiatives bien venues pour gérer les pénuries relatives sur le terrain ;
- le réinvestissement dans de nouveaux projets de l'argent économisé sur les honoraires de disponibilité et les visites à domiciles, grâce à la réorganisation de la garde ;
- Le financement des temps de récupération après les gardes.





## H

### Hôpital

Les relations, la collaboration et la coordination entre les MG et l'hôpital (et entre la première ligne et la deuxième ligne de soins en général) ne sont toujours pas optimales et ce, au détriment des patients, de leur entourage et des médecins eux-même.

#### LES PROPOSITIONS DU GBO

Passer de la concurrence à la coopération ! Les relations entre l'hôpital et la première ligne doivent être renforcées. Et les deux lignes doivent travailler en bonne intelligence. Cela suppose des relations égalitaires et mutuellement respectueuses.

Il est fondamental de définir une répartition rationnelle des rôles entre la médecine hospitalière et ambulatoire.

A défaut de cette saine coopération, le danger est de laisser place à une concurrence sauvage dont le patient sera la première victime : risque de rétention en première ligne alors que des soins plus intenses sont nécessaires ou de captation induite par les services hospitaliers et spécialisés de patients qui pourraient être mieux traités, à moindre frais, en première ligne.

Dès que la répartition des rôles sera clairement établie, les deux lignes communiqueront et collaboreront pleinement dans un partage continu des données médicales, exclusivement entre soignants.

Aucune recherche ne devrait être effectuée par la deuxième ligne seule, sans une coopération reconnue (co-auteur) de MG.



## I

### Impulseo

(voir « Financements des pratiques »)

### Informatisation

(voir « Dossier Médical Partagé »)

#### BREF HISTORIQUE :

- 2005 : arrivée très progressive de rapports hospitaliers et spécialisés.
- 2008 : transmission des premières images et protocoles radiologiques via *pacsonweb* (service intégré actuellement à e-Health).
- 2010 : lente mise en œuvre de *e-Health*, *RSW*, *Abrumet*, *Vitalink*, aux fonctionnalités et services très peu accessibles.
- 2013 : selon l'Agence Wallonne des Télécommunications, **68% des MG utilisent un DMI**. D'autres services tels que *Medega* (encodage garde et honoraires de disponibilité par les Cercles), *Mylnami* (versement des diverses primes et accréditation) ne fonctionnent toujours pas adéquatement selon les attentes des médecins, trop peu entendus.





## LES PROPOSITIONS DU GBO

L'informatisation, instrument essentiel de gain qualitatif, doit permettre :



- l'échange et le partage de données, la simplification administrative, le respect de la confidentialité entre soignants exclusifs, l'aboutissement à un dossier médical partagé (DMP) à accessibilité variable selon le prestataire. A titre de comparaison, les MG français font du Tiers-Payant électronique depuis 1999 !
- l'accès à un DMP « open source »<sup>VI</sup>, multi-plateforme gratuite pour tout médecin et institution.
- l'aide automatique à la décision interactive avec un dossier unique, plus-value réelle pour la santé publique.

## J

### Jeunes

Malgré la faible attractivité de la MG, les jeunes médecins généralistes sont très motivés. Peut-être ceci explique-t-il cela ? Il apparaît en tout cas clairement que leur pratique sera différente de celle de leurs prédécesseurs ! Et ce au moins à trois niveaux.

Ils souhaitent tout d'abord, réduire leur temps de travail : finies les 60h/semaine des stakhanovistes du passé !

Ensuite, nombre d'entre eux ne veulent plus d'une pratique solitaire et optent pour un travail en équipes mono- ou pluridisciplinaires. Enfin, beaucoup désirent ne pas être confinés dans la pure omni-pratique. Ils choisissent dès lors de partager leur temps de travail entre la médecine générale, d'une part, et l'exercice de leur profession dans un centre pour assuétudes, de planning familial, à l'ONE ou autre institution, d'autre part.

Des modalités d'organisation collective devraient permettre une diversification des pratiques, tout en préservant une offre suffisante de médecine générale de qualité.<sup>(13-15)</sup>

La médecine changera pour mieux s'adapter aux modifications épidémiologiques et sociétales. Mais la relation médecin-malade restera au cœur de la pratique.

Depuis 1998, le GBO fait la promotion de la médecine de groupe. Il apparaît que les jeunes entérinent clairement cette pratique. Le syndicat s'engage à poursuivre dans cette voie.

VI. La désignation *open source*, ou « *code source ouvert* », s'applique aux logiciels dont la licence respecte des critères précisément établis par l'Open Source Initiative, c'est-à-dire les possibilités de libre redistribution, d'accès au code source et de créer des travaux dérivés. (Wikipedia).





## L

### Liberté de prescription médicamenteuse

Les firmes incitent à prescrire plus, les pouvoirs publics à prescrire moins, les MG veulent pouvoir prescrire mieux !

Dans cette optique, le GBO encourage fermement les MG à utiliser des outils indépendants de toute influence des firmes pharmaceutiques. Parmi ceux-ci :

- **Les instruments soutenus par les pouvoirs publics**

- Le **CBIP**: répertoire commenté des médicaments et des résultats des conférences de consensus ;
- **Farmaka** : centre indépendant d'information sur les médicaments, qui envoie des représentants visiter les MG pour mettre en perspective les traitements médicamenteux (exemples de sujets abordés : ostéoporose, contraception, troubles du sommeil, dépression) ;
- **Minerva** : revue d'EBM dont le but est de promouvoir et diffuser une information scientifique indépendante.

- **Les instruments émanant d'initiatives privées**

- **Les publications du GRAS**. Le Groupe de Recherche et d'Action pour la Santé est soucieux de promouvoir le bon usage des médicaments et pratique la « publivigilance ». Il réunit des médecins et des pharmaciens « insensibles à toute pression sauf celle de la raison et du bon sens critique »
- **La revue française « Prescrire »** ...

Par ailleurs, en signalant les effets indésirables des médicaments sur le terrain, les MG participent à un système de pharmacovigilance, mis en place par l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé. Le GBO encourage à parfaire cette veille.

Les MG doivent pouvoir compter sur les universités pour les former à la « libre pensée scientifique » et sur les formations continuées et les sociétés scientifiques de MG pour l'entretenir.

Le GBO revendique un financement adéquat de la part des pouvoirs publics pour assurer le succès de cette mission de formation.

Il demande aussi l'établissement d'une liste des médicaments essentiels et un système qui préserve ceux-ci du risque de disparition, faute de rentabilité.



## M

### **Maladies chroniques, Maladies complexes, Trajets De Soins**

La transition épidémiologique, conséquence de la transition démographique et du contrôle des épidémies dans les pays développés, nécessite un véritable changement de paradigme. Le suivi des maladies chroniques représentera le pain quotidien des généralistes. Et cela d'autant plus que c'est en première ligne que ces affections sont soignées avec le plus d'équité et d'efficacité.

#### **LES TRAJETS DE SOINS (TDS), UNE SOLUTION ?**

Ce n'est pas l'avis du GBO. Il est possible de soigner la plupart des maladies chroniques intégralement en première ligne. Il s'agit d'abord de définir les pathologies et les conditions qui ne nécessitent pas d'interventions spécialisées. Les trajets de soins « trans-ligne » devraient être limités à une fraction bien précise des pathologies chroniques. Exemple ? En Belgique, le trajet de soins « insuffisance rénale » ne pose guère de problème, car il correspond déjà à une collaboration opérante entre généraliste et spécialiste. Le trajet de soins « diabète », par contre, ne suit ni les recommandations du KCE, ni les *guidelines* internationaux. <sup>(16,17,18)</sup>

Début 2014, l'INAMI a donné un signal semi-positif au niveau des TDS, en déclarant qu'ils devaient être poursuivis. Il ne les ouvre toutefois pas à d'autres pathologies chroniques. L'étude Achil<sup>(19)</sup>, 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 indéniablement imputables aux TDS.

Le GBO n'a jamais été un grand amateur de ce concept, qui a émergé en 2009 et ne reflétait pas bien l'esprit d'un rapport antérieur du KCE sur les fondements d'une bonne prise en charge des diabétiques<sup>(17)</sup>. Ledit rapport n'imposait pas de passer obligatoirement par la référence à un spécialiste.

Les MG francophones se sont peu appropriés la formule TDS, mais les spécialistes sont, eux aussi, restés sur la défensive, ne « lâchant » pas leurs patients. Peu de conventions diabète sont converties en trajets. Cette stagnation peut partiellement s'expliquer par le rapport médecins généralistes/médecins spécialistes, à l'œuvre dans la partie francophone du pays. Le fait que les MS sont proportionnellement plus nombreux, ce qui attise la concurrence, ne pousse pas à partager la prise en charge des diabétiques avec les MG.

L'un des reproches classiques adressés aux TDS est de trop peu tenir compte des problèmes de comorbidité. Or, à partir de 65 ans, et surtout au-delà de 80 ans, les patients cumulent une série de pathologies différentes, chroniques et complexes. C'est donc à un modèle de prise en charge globale des patients à problèmes complexes, si possible en 1ère ligne, que le GBO aspire.

Utilisé par le président d'honneur du GBO, Philippe Vandermeeren, le terme « malade complexe », est pertinent, car il regroupe en effet un ensemble de situations cliniques de plus en plus fréquentes. Il s'agit en général d'un patient présentant une ou plusieurs maladies chroniques (co-morbidités) qu'accompagnent souvent des difficultés psychologiques, cognitives ou sociales et qui rendent la prise en charge plus difficile. Il est alors utile de disposer d'un temps supplémentaire et de collaboration extérieure pour optimiser la prise en charge à domicile.



## LES PROPOSITIONS DU GBO



Nous prôtons l'attribution d'un statut de « **patient à problème de santé complexe** » sur déclaration du MG à la mutuelle, avec un bilan standardisé qui démontre que le patient présente un problème de santé complexe. Et surtout, que les soins dont il a besoin sont complexes. Ce statut supprimera ou réduira fortement le Ticket Modérateur en MG, et en MS sur envoi express du MG. Il permettra aussi:

- un remodelage radical des TDS par une **approche plus globale**, qui ne « saucissonne » pas le patient en l'incluant dans autant de trajets qu'on lui dénombre de pathologies ;
- un **pré-trajet** pour le diabète, lié à un passeport diabète, avec majoration des honoraires de celui-ci. L'idée est de faciliter l'accès à « l'éducation » au diabète et à du matériel de soins autonome pour les diabétiques qui ne sont encore qu'à un stade précoce de leur maladie ;
- des soins à domicile par des prestataires connexes : infirmier, kinésithérapeute, aide-soignante, aide familiale, etc. ;
- de l'appareillage ;
- la télémédecine et télésurveillance des paramètres et une « hot line » organisée par les pratiques ou le Cercle pour répondre aux problèmes urgents qui ne nécessitent pas de passage d'un médecin.

Le GBO adhère au concept souple d'une prise en charge précoce, multidisciplinaire et utilisant les ressources spécialisées selon les besoins.

## Médicaments

(voir « Liberté de prescription médicamenteuse »)

## N

### Nomenclature

(voir « Financements »)

### Numerus clausus

(voir « Contingement et numerus clausus »)



## **Organisation de la 1ère ligne de soins : multidisciplinarité, RML, SISD...**

Conformément à ce que nous écrivions à propos des maladies chroniques et complexes, la prise en charge des patients lourds, à domicile, deviendra de plus en plus multidisciplinaire et devra même évoluer vers une approche transdisciplinaire. L'émiettement de la première ligne sera remplacé par une collaboration « au lit du malade ».

Certaines équipes seront à géométrie variable, via une coordination informatique et des prestataires isolés ou en groupe mono-disciplinaire. D'autres seront réunies sous un même toit, ce qui favorise la coordination informelle. Les patients à problèmes de santé complexes bénéficieront d'un plan de soins dans lequel chaque soignant apportera son savoir, son savoir-faire et son savoir-être.

## **LES PROPOSITIONS DU GBO**



- Profiter des transferts de compétences aux entités fédérées, inscrits dans le cadre de la 6e réforme de l'Etat, pour mieux organiser la multidisciplinarité au sein de la première ligne et entre les lignes.
- Penser une organisation de soins sur base d'un découpage plus opérationnel, selon le mode de « Bassins de soins », fonctionnel plutôt que démographique. Les Cercles sont les mieux placés pour imaginer cette réforme, en collaboration avec des experts en santé publique.
- Mettre en place une Coupole neutre pour intégrer les coordinations de soins :
  - o Services Intégrés de Soins à Domicile ;
  - o Réseaux Multidisciplinaires Locaux ;
  - o Centre de Coordination des Services et Soins à Domicile: CSD, ASD, Soins Chez Soi et formations indépendantes comme ACCOORD.
- Organiser la reconnaissance des pratiques au niveau fédéral pour permettre une stimulation de la qualité des prestations et ouvrir des perspectives de prise en charge améliorée de la première ligne par les pouvoirs publics.





## P

### Participation des citoyens et des patients

Depuis la loi de 2002, les patients peuvent se prévaloir d'un texte légal qui définit leurs droits, mais qui ne dit rien sur leur participation au système de soins. Ce dernier sujet est actuellement à l'ordre du jour dans plusieurs cénacles, dont la Fondation Roi Baudouin et Le KCE.

Le GBO, quant à lui, est favorable à une plus grande participation des citoyens et des patients aux débats sur l'organisation des soins. Leur implication doit se décliner aux niveaux micro (comités de patients dans les maisons médicales, par exemple), méso (comités de patients au niveau des hôpitaux) et macro (concertation au SPF Santé publique, à l'INAMI et dans les administrations publiques communautaires et régionales).

#### LES PROPOSITIONS DU GBO

- Poursuivre le chantier de réflexion en cours sur l'implication des citoyens et des patients dans les processus de concertation et de décision, au-delà des débats actuels sur les questions de remboursement des médicaments ;
- Demander aux pouvoirs publics d'inciter et de soutenir le développement de projets de santé communautaire ;
- Promouvoir un large débat citoyen sur la représentation des citoyens, patients et malades au sein du système de santé, selon les niveaux micro, méso et macro. Quel rôle en la matière pour les mutuelles, les syndicats des travailleurs, les employeurs et le gouvernement qui sont déjà représentés au sein du Conseil Général de l'Assurance soins de santé ? Quelle articulation avec les associations de patients, fédérées dans la LUSS ?



### Pension – fin de carrière

1. Au terme d'une carrière complète, le droit à la pension pour ceux qui poursuivent une activité professionnelle se trouve réduit, voire supprimé, en fonction des revenus engendrés par cette activité.

Depuis des années, le GBO revendique l'abrogation de cette mesure socialement injuste et de surcroît - des études documentées le prouvent - délétère pour les finances publiques (Sécurité sociale et Impôts). Une première étape (1er janvier 2014) vient d'être franchie au bénéfice des assujettis de plus de 65 ans qui justifient une activité d'au moins 42 ans. Si cette mesure peut satisfaire nombre de professions, elle se révèle injuste pour les médecins qui entrent tardivement dans la carrière (6 ans d'études + 3 à 6 ans d'assistantat).

Le GBO continuera à combattre cette discrimination : une mesure envisageable serait la valorisation a posteriori des années d'assistantat.

2. D'autre part, dans le contexte prospectif que dessine la pénurie annoncée de MG, le GBO souhaite entamer une réflexion sur la possibilité, pour les praticiens retraités, d'appuyer ponctuellement des groupes de médecins ou de postes de garde en difficulté.

A cet effet, un cadre législatif spécifique devra être élaboré pour assurer tant la qualité des soins que la sécurité juridique (agrément, assurances, etc.) du prestataire.



## Prévention

La prévention constitue une tâche essentielle de la première ligne. Toutefois, la sélection des actions de prévention doit être extrêmement rigoureuse. Les guidelines actuelles, qui prônent l'abandon du dépistage du cancer de la prostate, et les débats complexes autour du dépistage du cancer du sein démontrent la prudence nécessaire avant la mise en œuvre de campagnes.

A contrario, la prévention cardiovasculaire, par exemple, représente un retour sur investissement rentable, garanti par les chutes drastiques d'événements et de mortalité cardiovasculaires dans notre pays.<sup>(4,20)</sup>

Aux trois préventions classiques (primaire, secondaire, tertiaire) nous ajoutons la **prévention quaternaire**, traduction par Marc Jamouille<sup>(21,22)</sup> de la prévention de l'iatrogénicité, du gaspillage et de l'hypermédicalisation<sup>(23,24,25)</sup>. Cette dernière prévention ajoute à la justification du rôle central du MG dans la qualité des soins.

Pour être complet, il faut mentionner, à l'instar de l'OMS, la prévention « primordiale » qu'on traduit le plus souvent par « promotion de la santé » (voir rubrique ci-dessous).

La prévention doit s'intégrer dans le cadre des consultations normales. Il est dès lors capital que le MG ne soit pas pressé par le temps.

## Promotion de la santé

Selon la charte d'Ottawa<sup>(26)</sup>, « La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer **un plus grand contrôle sur leur propre santé**, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la «santé» comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. **La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie**; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être. » Son ambition est le **bien-être complet de l'individu**<sup>VII</sup>.

La médecine générale est évidemment impliquée dans cette recherche d'une meilleure santé pour tous. Voyant chaque année environ 80% de leur population cible, les généralistes sont particulièrement bien placés pour repérer ce qui ne va pas au sein de celle-ci. Ils peuvent relever les déterminants multiples qui empêchent les patients de conserver ou de recouvrer une bonne santé, de même que jouer un rôle d'observatoire de santé et d'interpellation des autorités. Le MG, son équipe et/ou son Cercle peuvent coopérer avec les autorités locales pour améliorer le cadre de vie et les facteurs environnementaux de la santé : sécurisation des voiries, éclairage, espaces verts, plaines de jeux, logement, etc. Ce nouveau rôle permettra au MG de sortir de l'enfermement à deux que représente parfois le colloque singulier. Il ouvrira aussi des perspectives tant pour les praticiens que pour les patients.

VII. Soit la définition de la santé selon l'OMS.



## Q

### Qualité de vie des MG

Quelle que soit la formule d'organisation de son activité, la médecine générale va progressivement devenir un métier comme les autres, tant sur le plan de la charge que des conditions de travail.

L'organisation en groupe et/ou en réseau permettra d'assurer la continuité et la permanence des soins de la meilleure façon possible. L'équipe pluridisciplinaire présente notamment l'avantage de faire connaître au patient les différentes professions avant qu'il n'en ait besoin, ce qui crée une familiarité qui pourra se révéler bien utile par la suite.

#### LES PROPOSITIONS DU GBO

- Poursuivre tout ce qui a déjà été fait en matière d'aide financière à la pratique et développer de nouveaux incitants (voir rubrique « financements ») ;
- Défendre la possibilité pour les MG qui le souhaitent de diversifier leur pratique, tout en gardant un minimum d'activités en MG omnipraticienne selon des critères définis ;
- Poursuivre la réforme des gardes (voir rubrique « Gardes »).



## R

### Recherche en MG

Pour être attractive, la médecine générale doit être intellectuellement reconnue. Cet objectif implique une académisation plus poussée, par la recherche avec publications dans des revues internationales et la carrière académique enseignante. De plus, grâce à l'informatique, la recherche en MG pourra exploiter des bases de données colossales<sup>(27)</sup> qui permettront des études observationnelles et des études d'interventions très intéressantes au plan statistique. Elles permettront également de déceler les effets forts et faibles des mesures instaurées et des nouvelles modalités thérapeutiques.

### Représentation de la profession

Quels rôles pour les Cercles, le CFCMG, la SSMG, le FAG, les DUMG et les Syndicats? A chacun selon ses statuts, missions, compétences et légitimité ! Si nous voulons être efficaces, l'ampleur de la promotion et de la défense de la MG ainsi que la charge de travail qui en découle imposent un partage des tâches.

Selon le principe de la subsidiarité, « *la responsabilité d'une action, lorsqu'elle est nécessaire, doit être allouée à la plus petite entité capable de résoudre le problème d'elle-même.* »<sup>viii</sup> Le Cercle est la plus petite entité qui peut, avec efficacité, réunir les médecins d'une zone géographique donnée et organiser un certain nombre d'activités, dans un cadre de vie local, sous le double signe du consensus et du pragmatisme.





Tels que décrits par le Conseil Fédéral des Cercles de MG (CFC-MG), les quatre axes principaux de la mission des Cercles sont :

1. *le soutien aux pratiques des médecins généralistes ;*
2. *l'organisation globale de la première ligne ;*
3. *la promotion de la médecine générale ;*
4. *l'organisation de la garde et l'interface entre les autorités et le médecin généraliste.*

Selon le FAG<sup>(28)</sup>, les Cercles peuvent prendre des initiatives destinées à :

- *promouvoir les soins de santé de première ligne ;*
- *optimiser une collaboration multidisciplinaire entre les prestataires de soins de première ligne ;*
- *participer à mettre en place une coopération avec l'hôpital (ou les hôpitaux) en vue de garantir la continuité des soins au patient ;*
- *optimiser l'accessibilité à la médecine générale pour tous les patients de la zone.*

Le Conseil Fédéral des Cercles de MG (CFCMG) est la structure faîtière des Cercles au SPF Santé publique. Sa mission est de :

- *donner au ministre un avis concernant :*
  - *les missions des Cercles de médecins généralistes*
  - *les modalités et les critères de leur agrément*
  - *les modalités de leur financement*
  - *le contenu des rapports d'activité*
  - *les zones à prendre en compte dans le cadre de programmes visant à favoriser la nouvelle installation de médecins généralistes (Impulseo II) ;*
- *déterminer la manière dont les Cercles peuvent collaborer à la mise à jour de certaines données de la banque fédérale des professions de la santé et de la liste des Cercles de médecins généralistes ;*
- *déterminer la manière dont les Cercles peuvent collaborer à la mise en œuvre et au suivi du projet de numéro d'appel unique des gardes en médecine générale ;*

- *donner un avis concernant la centralisation des honoraires de disponibilité.*

La Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) s'est fixé quatre missions essentielles :

- *Représenter la profession de la médecine générale et du médecin généraliste.*
- *Poursuivre l'amélioration de la qualité.*
- *Revoir et préciser les missions prioritaires dans le domaine de la médecine générale.*
- *Promouvoir la SSMG et son image de qualité.*

Le Forum des Associations de Généralistes (FAG) rassemble les associations de médecins généralistes francophones de la Région wallonne et de Bruxelles, elles-mêmes regroupées par zones géographiques dont les limites sont définies dans le règlement d'ordre intérieur.

Ses objectifs, tels qu'inscrits dans ses statuts, sont, entre autres :

- *être le porte-parole, coordonner et défendre les intérêts des associations de médecins généralistes ;*
- *être à l'écoute des associations, grouper, uniformiser, représenter et défendre devant le pouvoir régional ou communautaire ou fédéral, les souhaits ainsi que les décisions des diverses associations, en concertation avec les organisations syndicales de médecins, la société scientifique de médecine générale, et les représentants des différents centres universitaires de médecine générale, et ce, dans le respect des intérêts de l'ensemble du corps médical ;*
- *informer, développer et favoriser l'entente et la communication entre les différentes associations de médecins généralistes, dans le cadre de relations de confraternité et de loyauté.*

Les Centres Académiques ou Départements Universitaires de Médecine Générale (DUMG)<sup>IX</sup> ont surtout pour mission l'enseignement de la MG et la recherche en MG.

IX. Centre Académique de Médecine Générale de l'UCL (CAMG), le Département universitaire de Médecine Générale de l'ULB (DMG) et le Département universitaire de Médecine Générale de l'Ulg (DMG)



Les Syndicats médicaux ont pour principale mission de défendre les intérêts professionnels des médecins qu'ils représentent légalement dans les différents organes de l'INAMI et du SPF Santé.

Le GBO veut remplir ce rôle en harmonie avec sa philosophie et avec sa définition claire du type d'organisation de soins qu'il préconise.

**LES SYNDICATS SONT LES REPRÉSENTANTS MANDATÉS DES MÉDECINS. LA TENUE RÉGULIÈRE D'ÉLECTIONS DÉMOCRATIQUES EST LE GARANT DE LEUR LÉGITIMITÉ ET DE LEUR REPRÉSENTATIVITÉ AU NIVEAU DES POUVOIRS PUBLICS ET DES PARTENAIRES SOCIAUX.**

Au Conseil Général de l'INAMI, ils n'ont qu'une voix consultative ; au Comité de l'Assurance, ils siègent à parité avec les Organismes Assureurs ; dans les commissions de convention et d'accords, dont la plus connue est la « Commission Nationale Médico-Mutuelliste », ils occupent 12 sièges, à parité avec les Organismes Assureurs qui en ont également 12. Ils sont aussi présents au Conseil Technique Médical, à la Commission de remboursement des médicaments et au sein de plus de 20 autres groupes de travail, conseils et commissions.

Au SPF Santé, les syndicats siègent dans plus de 10 commissions ou conseils, dont la Commission nationale médecins/hôpitaux, la Commission de planification, le Conseil supérieur des médecins généralistes et des médecins spécialistes.

Les syndicats sont aussi présents au sein du KCE (Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé), du FAG et d'autres organisations.

Assurer la défense des médecins dans plus de trente commissions, conseils ou groupes de travail représente une charge de travail considérable, dont les MG ne sont pas toujours bien conscients.

Notre politique au GBO est cependant d'être les plus présents possible, partout où nous pouvons faire entendre la voix des MG et les défendre dans le cadre d'une certaine vision de l'organisation des soins, inspirée de nos multiples contacts avec les MG, notamment au travers de leurs diverses organisations.

Au niveau des organismes politiques, publics, et des partenaires sociaux, le GBO veut être le porte-parole des médecins généralistes qui adhèrent à sa vision globale des soins et lui apportent leur soutien et leur voix à chaque élection. Il le fait au sein du **Cartel**, composé du **GBO**, du **MoDeS** et de l'**ASGB**.



## LES PROPOSITIONS DU GBO



Comme on le voit, les champs de compétences des différentes organisations qui représentent les MG se recouvrent partiellement. Pour éviter le gaspillage d'énergie, les doublons et controverses, et pour augmenter l'efficacité de la défense professionnelle, nous proposons :

1. d'élaborer une charte de répartition des compétences qui explicitera les champs respectifs des compétences de chaque organisation et qui sera approuvée et signée par les organisations qui s'engageront à la respecter ;
2. de définir des modalités pratiques de coordination entre les organisations pour faciliter le partage d'information et, autant que faire se peut, l'harmonisation des positions des différentes instances ;
3. de mettre sur pied, dans le cadre de la 6<sup>e</sup> réforme de l'Etat, un organisme d'intérêt public (OIP), où se retrouveraient tous les prestataires : infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens, dentistes, médecins et services de coordinations. Une sorte d'INAMI régional en Wallonie (IWAMI) et à Bruxelles (IBAMI) qui se devront d'être décisionnels. Les médecins y méritent

une représentation importante via leurs syndicats, vu leur expertise et leur expérience. Les gouvernements, régional et communautaire, pourront prendre appui sur ses avis et décisions.

Cet organisme gagnerait en efficacité et en rationalité en prenant lui-même appui sur une sorte de Conseil Régional de Promotion de la Qualité (CRPQ), concernant les soins primaires. Y seraient présents, entre autres, la SSMG et les DUMG pour les médecins. Commission scientifique, ce CRPQ proposerait une aide à la réflexion et à la décision.

En aval de l'OIP, nous imaginons une plateforme réunissant les représentants des bassins de soins où seraient présentes toutes les lignes, dont les hôpitaux. Le FAG y serait un partenaire nécessaire pour représenter les Cercles, indispensables pour l'étude des besoins en soins, et leur planification.

Le GBO poursuivra son appui aux DUMG et à la SSMG, afin qu'ils puissent encore mieux remplir leur rôle scientifique et sociétal en bonne complémentarité et coopération.



## **Responsabilité**

Le MG est, avant tout, responsable envers sa patientèle. Le DMG est un signe indubitable de la prise en charge de celle-ci et de son corollaire de responsabilité pour le médecin.

Le MG doit pouvoir identifier globalement les problèmes de santé de ses patients : la prévalence des maladies chroniques, l'âge moyen des malades, leur distribution démographique et géographique, leurs caractéristiques socioculturelles, etc.

Sur cette base, il peut (seul, en groupe ou en équipe) **déterminer les priorités de santé de la population**. Si celle-ci est jeune, elle nécessitera une approche de prévention primaire : conseil, vaccination, nutrition, activités sportives, prévention des assuétudes, etc. Si elle est plus âgée, on s'orientera davantage vers la prise en charge des maladies chroniques et la prévention tertiaire voire quaternaire, surtout chez les grand vieillards.

Idéalement, le MG devrait se fixer des objectifs de santé pour la population dont il a la charge: augmentation de la couverture vaccinale, diminution de la prévalence de l'obésité, normalisation des taux d'hémoglobine glyquée, de la tension artérielle et du cholestérol chez les diabétiques, etc. Chaque année, il pourrait confronter ses objectifs avec les résultats obtenus au sein de sa patientèle. Seul ou avec des pairs, il pourrait définir de nouvelles stratégies pour améliorer encore les résultats (par exemple, dans les Glem ou en groupe mono- ou pluridisciplinaire). Des résultats excellents dans un domaine permettraient de réorienter l'effort vers des zones inexploitées ou de moindre performance. De telles informations agrégées et traitées par des chercheurs en médecine générale et de santé publique participeraient à la crédibilité du métier de MG.

---



## S

### Sécurité

Le GBO s'est fortement investi dans la réalisation de la brochure éditée par le Ministère de l'Intérieur concernant la sécurisation des cabinets médicaux<sup>X</sup>.

Il a également soutenu la réforme de la garde qui prévoit l'accompagnement des MG par un chauffeur et la généralisation des Postes Médicaux de Garde, qui renforcent cette sécurité.

### Surcharge administrative

Les médecins se plaignent, à juste titre, d'une surcharge administrative. Plusieurs solutions ont été avancées par le GBO

#### Concernant les remboursements conditionnels

1. La majorité des médicaments doit rester en Chapitre I.
2. Pour les médicaments les plus coûteux, utilisés en MG, le GBO, à contre-courant, a obtenu que la plupart d'entre eux, hormis hélas l'oxygène, figurent en Chapitre II. Ce Chapitre garantit l'autonomie du médecin généraliste et lui accorde une marge de manœuvre de 20%, hors recommandations administratives. De plus, les contrôles sont exclusivement activés lors d'une surprescription manifeste.

Concernant les certificats et formulaires administratifs, leur informatisation permettra d'en diminuer fortement la charge. Un bon dossier informatisé permet, en effet, de sortir en « un clic » un résumé synthétique des antécédents, pathologies actives, traitements en cours, vaccinations et épisodes préventifs.

La standardisation des certificats permettra leur délivrance informatique, épargnant au MG de devoir courir après le document ad hoc.

La standardisation des formulaires d'invalidité, conçus selon le schéma de l'examen clinique, en partant du segment céphalique vers les extrémités de membres inférieurs, permettra un enregistrement direct en cours d'examen. Tout autre ordre oblige à une gymnastique épuisante.

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

Toutefois, de leur côté, les administrations devront faire un effort pour **NE PLUS JAMAIS demander aux MG de remplir des données qu'elles possèdent déjà**. Les formulaires pré-remplis avec cases (papier ou, mieux encore, informatisés) permettraient aussi de substantielles économies de temps. Finis, dès lors, les absurdes réencodages actuels, comme dans le cas de l'invalidité où, à chaque aggravation, il faut tout recommencer et remplir un nouveau formulaire, reprenant les nom, prénom, et toutes les autres données.

X. Sécurisation pour médecins. Manuel édité par le SPF Intérieur et SPF Santé Publique  
<https://www.besafe.be/sites/besafe.localhost/files/publicaties/Janec/brochureFR.pdf>



## T

### Trajets De Soins

(voir « Maladies chroniques, Maladies complexes »)

### Transferts des compétences dans le cadre de la 6e réforme de l'Etat

Les transferts de compétences dans le cadre de la 6e réforme de l'Etat doivent être vus comme une opportunité pour mieux organiser la première ligne, et non comme une menace.

#### LES PROPOSITIONS DU GBO

- Préserver à tout prix le dialogue avec l'ensemble des acteurs de médecine générale, mais aussi de manière plus large avec les autres acteurs de la première ligne. Une meilleure organisation de la multidisciplinarité au sein de la première ligne et entre les lignes sera le garant d'une plus grande efficacité ;
- Préserver la cohérence entre les entités fédérées et le fédéral ;
- Œuvrer pour diminuer le plus possible la concurrence entre la première et la deuxième ligne de soins ;
- Poursuivre la recherche de la qualité des soins en première ligne ;
- Privilégier les politiques qui permettront à tout citoyen en perte d'autonomie de rester à domicile le plus longtemps possible, s'il le souhaite ;



- intégrer toutes les coordinations de soins (SISD, RML, CCSSD) sous une coupole neutre ;
- Promouvoir des « maisons de santé » pour favoriser la pratique de groupe, répondre aux besoins dans certaines zones menacées de pénurie de personnel soignant ;
- Planifier, qualitativement et quantitativement, l'installation des prestataires de soins pour tâcher de les répartir là où ils seront les plus utiles. Sont également concernés les services à la population (enfance, santé mentale, soins à domicile) ;
- Définir des bassins de soins qui devraient correspondre à un découpage fonctionnel du territoire, plutôt que à un découpage démographique. A cet effet, pourquoi ne pas s'inspirer, par exemple, des zones des Cercles de médecins généralistes, qui constituent un découpage naturel et fonctionnel ? De plus, les MG connaissent « au jour le jour » les besoins de terrain en médecins généralistes et ont également une perception intéressante, à questionner et à entendre, des lacunes et excès en matière d'offre spécialisée ou hospitalière et en matière de services à la population (enfance, santé mentale, soins à domicile etc.). Les RML sont aussi des partenaires de choix concernant ces connaissances : à BXL et à Charleroi, par exemple, le RML a élaboré un cadastre de tous les partenaires de première ligne, disponible rapidement pour les professionnels qui en ont besoin au lit du patient.

(Voir « Représentation de la profession »)



## Transparence

Le GBO est favorable à la mise en application du principe de transparence financière en matière de facturation de coûts de soins qui assure aux patients et aux Organismes Assureurs la totale transparence financière d'un acte presté, mais sans léser les droits fondamentaux des médecins à la confidentialité des données privées.

### LES PROPOSITIONS DU GBO

Le GBO encourage les MG à garantir par un système simple (sans surcharge administrative) la mise en place de quatre transparences financières :



- Vis-à-vis du patient qui doit savoir ce qu'il paye et pour quoi ;
- Vis-à-vis des mutuelles qui doivent savoir ce qu'elles doivent rembourser ;
- Vis-à-vis de l'INAMI qui doit pouvoir contrôler si le médecin respecte la convention qu'il a acceptée ;
- Vis-à-vis du fisc qui doit savoir quel impôt exiger.

Ces 4 transparences ne doivent pas se retrouver dans les mains d'une même institution. A chacun ses compétences et ses missions.

## V

### Vie privée

(voir « Dossier Médical Partagé »)

### Visites à domicile

La **visite à domicile** (VAD) subit une chute vertigineuse depuis plus de trente ans. En 2013, les VAD ne représentaient plus que **24 % des contacts** en MG. Pour les patients de plus de 75 ans et pour les patients Bénéficiaires de l'Intervention Majorée (BIM), par contre, les visites au domicile sont encore privilégiées, dans respectivement 62% et 56% des cas<sup>(29)</sup>.

Globalement, la diminution des VAD est une bonne chose, car beaucoup de visites, par le passé en tous cas, ne justifiaient pas le déplacement : le patient aurait pu se rendre au cabinet. A l'époque où il y avait pléthore de médecins, les logiques de concurrence leur faisaient accepter plus facilement ces « visites de confort » auxquelles certains patients se sont habitués.

On ne peut pas prédire avec précision ce que sera le rapport Consultations/VAD dans le futur, mais il est probable que le nombre des VAD devra être revu à la hausse, en raison du vieillissement de la population. Celui-ci entraînera en effet une prévalence croissante des maladies chroniques ; les soins palliatifs à domicile nécessiteront, eux aussi, des VAD.

Une fois de plus, il faudra estimer plus finement les demandes et besoins et, en fonction de l'âge des patientes et du taux des pathologies en leur sein, le rapport Consultations/VAD pourra être très différent d'un contexte à l'autre. Il faudra alors régénérer les incitants pour garantir ce service indispensable. <sup>(30, 31, 32, 33)</sup>

Il sera aussi nécessaire que la profession s'interroge sur la solidarité à instaurer ou restaurer entre les MG pour répartir la charge des visites à domicile sur le plus grand nombre d'épaules.



# Liste d'abréviations

<b>ACCOORD</b>	Association des Centres de COORDination de soins et de services à Domicile
<b>AR</b>	Arrêté Royal
<b>ASD</b>	Aide et Soins à Domicile
<b>ASGB</b>	Algemeen Syndicaat der Geneeskundigen van België
<b>BIM</b>	Bénéficiaire de l'Intervention Majorée
<b>BPCO</b>	Bronchopathie Pulmonaire Chronique Obstructive
<b>CBIP</b>	Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique
<b>CCFFMG</b>	Centre de Coordination Francophone pour la Formation en Médecine Générale
<b>CCSSD</b>	Centre de Coordination des Services et Soins à Domicile
<b>CFCMG</b>	Conseil Fédéral des Cercles de MG
<b>CNMM</b>	Commission Nationale Médico-Mutualiste
<b>CPAS</b>	Centre Public d'Aide Sociale
<b>CRPQ</b>	Conseil Régional de Promotion de la Qualité
<b>CSD</b>	Centrale de Services à Domicile
<b>DMG</b>	Dossier Médical Global
<b>DMG+</b>	Dossier Médical Global avec volet « prévention »
<b>DMI</b>	Dossier Médical Informatisé
<b>DMP</b>	Dossier Médical Partagé
<b>DUMG</b>	Département Universitaire de Médecine Générale
<b>FAG</b>	Forum des Associations de Généralistes
<b>GBO</b>	Groupement Belge des Omnipraticiens
<b>GLEM</b>	Groupe Local d'Evaluation Médicale
<b>GRAS</b>	Groupe de Recherche et d'Action pour la Santé
<b>HD</b>	Honoraires de Disponibilité
<b>HTA</b>	Hypertension artérielle
<b>INAMI</b>	Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
<b>KCE</b>	Kennis Centrum-Centre d'Expertise





<b>LUSS</b>	Ligue des usagers des services de santé
<b>MG</b>	Médecin Généraliste ou Médecine Générale
<b>MoDeS</b>	Le Monde Des Spécialistes
<b>MRPA</b>	Maison de Repos pour Personnes Agées
<b>MRS</b>	Maison de Repos et de Soins
<b>MS</b>	Médecin Spécialiste ou Médecine Spécialisée
<b>MSP</b>	Maison de Soins Psychiatriques
<b>OA</b>	Organismes Assureurs
<b>OIP</b>	Organisme d'intérêt public
<b>OMS</b>	Organisation Mondial de la Santé
<b>ONE</b>	Office National de la Naissance et de l'Enfance
<b>PMG</b>	Poste Médical de Garde
<b>Qaly</b>	Quality Adjusted Life Year
<b>RML</b>	Réseau Multidisciplinaire Local
<b>RSW</b>	Réseau Santé Wallon
<b>SHM</b>	Short Health Message
<b>SISD</b>	Service Intégré de Soins à Domicile
<b>SPF Santé Publique</b>	Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement
<b>SSMG</b>	Société Scientifique de Médecine Générale
<b>SUMEHR</b>	Summarized Electronic Health Record
<b>SYLOS</b>	Systèmes Locaux de Santé
<b>TDS</b>	Trajets de Soins
<b>VAD</b>	Visites à Domicile

# Bibliographie

1. SMG. les contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI): un recul pour la médecine générale. 2009. Paris, SMG. Ref Type: Online Source
2. Jonckheere P., Stordeur S., Lebeer G., Roland M., De Schampheleire J., De Troyer M. et al.. Le Burnout des médecins généralistes: prévention et prise en charge: KCE reports 165B. 165b. 2011. Ref Type: Report
3. Beke P., Boly J., Boydens E., Delbrouck M., Dez Maeschalck, D'Hooghe L. et al.. TASK FORCE BURNOUT DES MEDECINS GENERALISTES Résumé du rapport: destiné au CNPQ. 2014. Ref Type: Report
4. Drummond MF, O'Brien B., Stoddard G.L., Torrance: Methods for the economic evaluation of health care programmes. Oxford: Oxford University Press; 1997.
5. Duyver C., Leconte S., Lietaer Ch., Thillaye du Boullay D., Beuken G.: La garde en nuit profonde: analyse rétrospective des données d'un Cercle. La Revue de la Médecine générale 2010, 274: 259-262.
6. Starfield B.: Is primary care essential? Lancet 1994, 344: 1129-1133.
7. Schieber GJ, Poullier JP, Greenwald IM: Health system performance in OECD countries, 1980-1992. Organization for Economic Cooperation and Development. Health Aff (Millwood) 1994, 13: 100-112.
8. Schwenkglenks M, Preiswerk G, Lehner R, Weber F, Szucs TD: Economic efficiency of gate-keeping compared with fee for service plans: a Swiss example. J Epidemiol Community Health 2006, 60: 24-30.
9. Velasco Garrido M., Zentner A. Busse R.: The effects of gatekeeping: A systematic review of the literature. Scand J Prim Health Care 2011, 29: 28-38.
10. Van Doorslaer E., Waagstaff A.: Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective. Oxford University Press; 1992.
11. Van Doorslaer E., Masseria C, Koolman X: Inequalities in access to medical care by income in developed countries. CMAJ 2006, 174: 177-183.
12. Starfield B.: Primary care and health, a cross national comparison. JAMA 1991, 266: 2268-2271.
13. Gervas J, Starfield B, Violan C, Minus S: GPs with special interests: unanswered questions. Br J Gen Pract 2007, 57: 912-917.
14. Spurling G, Jackson C: GPs with special interests - benefits to patients, GPs and the community. Aust Fam Physician 2009, 38: 337-339.
15. Moffat MA, Sheikh A, Price D, Peel A, Williams S, Cleland J et al.: Can a GP be a generalist and a specialist? Stakeholders views on a respiratory General Practitioner with a special interest service in the UK. BMC Health Serv Res 2006, 6: 62.
16. Harris S, Yale JF, Dempsey E, Gerstein H: Can family physicians help patients initiate basal insulin therapy successfully?: randomized trial of patient-titrated insulin glargine compared with standard oral therapy: lessons for family practice from the Canadian INSIGHT trial. Can Fam Physician 2008, 54: 550-558.
17. Mathieu C., Nobels F., & al., Peeters G., Van Royen P. Qualité et organisation des soins du diabète de type 2. 2006. KCE. Good Clinical Practice. Ref Type: Report
18. Hirsch IB, Vega CP: Optimal initiation of insulin in type 2 diabetes. MedGenMed 2005, 7: 49.
19. Van Casteren, Bossuyt N., Moreels S., Vanthomme K., Goderis G, De Clercq E.. Trajets de soins diabète sucré de type 2 et insuffisance rénale chronique : impact sur la qualité des soins. 2013-019; . Numéro de dépôt ou ISSN : D/2013/2505/25. 2013. Institut scientifique de la Santé publique (WIV-ISP). Ref Type: Report
20. Berghmans L., & al.. Tableau de bord de la santé en Hainaut. 8. 2013. Province de Hainaut. Ref Type: Report
21. Jamoulle M, Bernstein J., Pizzanelli Baez M., Da Silva A., Wagner H.: Prévention quaternaire: un concept basé sur le temps et la relation 2e partie. Médecine 2014, 75-77.
22. Jamoulle M.: Prévention quaternaire: un concept fondé sur le temps et la relation. 1ère partie. Médecine 2014.
23. Valderas JM, Starfield B, Roland M: Multimorbidity's many challenges: A research priority in the UK. BMJ 2007, 334: 1128.
24. Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M: Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. Ann Fam Med 2009, 7: 357-363.
25. Starfield B, Lemke KW, Herbert R, Pavlovich WD, Anderson G: Comorbidity and the use of primary care and specialist care in the elderly. Ann Fam Med 2005, 3: 215-222.
26. Première conférence internationale de la promotion de la santé, Ottawa: Canada; 1986.
27. Choi B.: La surveillance épidémiologique au 21<sup>em</sup> siècle. Ottawa: Santé canada; 1998.
28. Van Eeckhout Th.. Note d'orientation sur le mode d'organisation de la médecine générale dans les soins de santé primaires. 2013. FAG. Ref Type: Report
29. Meeus P, Van Aubel X.. Performance de la médecine générale, bilan de santé. D/2012/0401/11, 1-74. 2012. INAMI. Health Services Research (HSR). Ref Type: Report
30. Kraize N.: la baisse de la visite à domicile. un problème? 2009.
31. Boerma W: Profiles of General Practice in Europe, an international study of variation in the tasks of general practitioners. 2003.
32. Chan BT: The declining comprehensiveness of primary care. CMAJ 2002, 166: 429-434.
33. Aylin P, Majeed FA, Cook DG: Home visiting by general practitioners in England and Wales. BMJ 1996, 313: 207-210.



# Liste des membres du Conseil National

---

Dr Anne Gillet-Verhaegen, Présidente  
Dr Marcel Bauval, Vice-Président  
Dr Paul Vollemaere, Secrétaire Général  
Dr Pierre Drielsma, Secrétaire Général-Adjoint

Dr Jean-Pierre Christophe  
Dr Tanguy de Thier  
Dr Guy Duhayon  
Dr Hubert Jamart  
Dr Paul Kelchtermans  
Dr François Michel  
Dr Fadi Mouawad  
Dr Elisabeth Nahon  
Dr Paul Pierret  
Dr Francis Renaud  
Dr Jean-Pierre Rochet  
Dr Philippe Vandermeeren  
Dr Michel Vrayenne

---

Équipe des permanents du GBO :

Dr Paul De Munck, attaché à la présidence et la vice-présidence  
Valentine Gevers  
Françoise Verschaeve



GBO-Cartel  
L'EQUIPE

