

Initiative pour une médecine d'avenir.



Novembre 2005

Sommaire

La revalorisation Financière du médecin	1
Par l'honoraire à l'acte :	1
Par le Forfait Global :	1
Par une prime à l'installation dans des zones pénuriques :	1
La restructuration de la chaîne des soins en Belgique :	1
Le dossier médical Global :	1
Le dossier médical informatisé partagé :	1
L'échelonnement incitatif :	1
La théorie des cercles de compétence :	1
La recherche en médecine générale :	1
L'amélioration des conditions d'exercice :	1
La visite à domicile :	1
Les gardes de continuité de soins :	1
La formation continuée / l'information du médecin :	1
Les tâches administratives :	1
La responsabilisation du Médecin :	1
L'image du Médecin Intellectuel :	1
Spécificités du médecin spécialiste intellectuel :	1
Le syndicalisme médical :	1
la représentativité	1
le financement des syndicats	1
le poids de la représentation :	1
le rôle des experts auprès de l'état :	1
le devoir syndical	1

Introduction

Cette somme de la réflexion médicale est destinée à devenir le programme d'un syndicat idéal : Domino.

Domino est un syndicat qui défend et promeut l'acte médical intellectuel.

En cela, il s'adresse directement aux médecins généralistes, ainsi qu'à tous les médecins spécialistes qui pratiquent essentiellement une médecine intellectuelle.

L'un des objectifs de Domino est de rassembler le plus grand nombre possible de médecins autour d'un projet commun qui dessinera la médecine générale de demain, redéfinira ses rapports avec la médecine spécialisée, et ce de part et d'autre de la frontière linguistique.

Nous offrons dans ces lignes une alternative réaliste et crédible au système hospitalo-centriste actuel qui a largement démontré ses limites tant en terme de budget que de santé publique.

Notre syndicat veut créer des liens avec tous ceux, syndicats et associations scientifiques, qui s'attachent à ce que l'exercice médical redevienne attrayant et satisfaisant.

En résumé, Domino prône :

- une promotion de l'acte médical intellectuel par une juste revalorisation financière ;
- une restructuration des relations entre le médecin généraliste, ses confrères spécialistes et les autres acteurs des soins de santé ;
- le maintien de la fédéralisation du système de soins de santé et des remboursements ;
- une amélioration des conditions de travail du médecin, de son confort et de son statut social ;
- une amélioration de l'image du médecin intellectuel avec à la clé une meilleure considération sociale ;
- le financement du syndicalisme médical.

La revalorisation Financière du médecin

Par l'honoraire à l'acte :

Domino demande une revalorisation de l'acte médical intellectuel qui ne soit plus l'enjeu de discussions en commission médico-mutuelliste. Cet honoraire doit être indexé systématiquement chaque année et ne peut être conditionné à des comportements de prescription décidés par le gouvernement.

Pour le médecin généraliste traitant agréé :

Lorsqu'une personne fait appel à un médecin pour un problème de santé, il est normal qu'elle le rémunère pour l'acte réalisé au cours de la consultation. De même si elle demande à celui-ci d'être son médecin traitant ou référent, il est aussi normal qu'elle le rémunère périodiquement pour la tenue de son dossier médical.

Nous demandons que cet honoraire à l'acte et au dossier tienne compte de plusieurs critères : la formation universitaire de base, la formation continue, la responsabilité de la prise en charge et des interventions, le temps nécessaire à ceux-ci. En effet, la spécificité du médecin traitant est de traiter le ou les problèmes posés dans le contexte global du patient (c-à-d dans toutes ses composantes organique, psychique et sociale).

Jusqu'à présent, le montant de ces honoraires est réévalué ou non lors de négociations en commission médico-mutuelliste, réunie selon des périodicités non définies strictement. La décision d'indexer ou d'augmenter les honoraires a suivi l'habitude d'être liée à la masse budgétaire résiduelle, après distribution de la plus grande partie aux examens techniques et aux centres hospitaliers.

Nous demandons qu'une part de ce budget, bien définie, soit accordée obligatoirement à l'acte médical intellectuel. Nous demandons que ce quota budgétaire soit systématiquement indexé au 1er janvier de chaque année. Qu'il ne soit plus lié à des conditions déshonorantes, telles que que l'absence de dépassements budgétaires dans d'autres domaines que celui des contacts-patients. Nous pensons qu'il existe pour l'autorité publique d'autres moyens de freiner certaines dépenses si elles sont jugées abusives ou intenables dans le budget.

Nous avons adopté l'équation de l'acte médical intellectuel (du groupe Pro-AMI), où chaque élément de la nomenclature est lié à l'acte de base par un pourcentage.

Nous définissons un honoraire pour l'acte de base qui est la consultation simple du médecin généraliste traitant. Lorsque celui-ci est indexé au 1er janvier de chaque année, les autres actes de la nomenclature qui lui sont liés augmentent d'autant.

La valeur de cet AMI ne doit plus être discutée en Convention Médicomutualiste puisqu'elle constitue la base de rétribution des honoraires médicaux.

Il en va de même pour l'indexation de l'AMI qui doit être automatique, et liée, au minimum, à la variation de l'indice santé.

Acte médical intellectuel de base = consultation au cabinet du médecin généraliste aux heures habituelles de travail.

L' AMI est évalué à 25€(base de 25€ au 1.1.2006 selon les critères énumérés plus haut).



Actes liés :

- Consultation de garde demandée de 18 à 21h00 : +30%
- Consultation de garde demandée de 21h00 à 8h00 : +100%
- Consultation de WE et de jour férié : + 50%
- Consultation complexe (*) : + 100%

- Visite à domicile de jour : + 10 €, soit 35€ (en milieu rural, l'indemnité kilométrique actuelle est ajoutée au forfait de base)
- Visite à domicile de garde demandée entre 18 et 21h00 : 35€ + 30%
- Visite à domicile de garde demandée entre 21 et 8h00 : 35€ + 100%
- Visite de week-end et de jour férié : 35 € + 50%

Quant aux médecins honorés à l'heure de travail (ONE, PSE, ...) :
300% de l'AMI par heure, soit 75€/heure.



(*) Nous entendons par consultation complexe un contact avec le patient qui nécessite un temps plus long :

- consultation de prévention (qui devrait être systématique une fois par an et remboursée intégralement pour chaque patient ayant un DMG : examen de prévention et dépistage, cardiovasculaire, pulmonaire, pédiatrique, selon l'âge et les facteurs de risque)
- examens périodiques de certaines pathologies (diabète, BPCO, ...) nécessitant un temps d'examen plus long ou la rédaction d'un rapport d'envoi détaillé vers un autre médecin ;

Les honoraires de l'acte médical intellectuel du spécialiste :

Nous demandons à ce qu'il soit égal à la consultation complexe du généraliste.

Fondamentalement, nous considérons que les honoraires des médecins doivent échapper à la ponction des gestionnaires hospitaliers. L'Article 140 de la loi doit être modifié afin d'interdire toute ponction sur les honoraires intellectuels, ces derniers doivent rester l'entière propriété du médecin.

Dans le cadre de l'activité hospitalière, le forfait engendré par la pratique devrait permettre d'organiser l'entièreté de la pratique, et d'assumer tous les frais inhérents à cette pratique. L'article 140 doit être réaménagé afin de permettre le partage de cet honoraire de fonctionnement entre le médecin et le gestionnaire hospitalier.

L'article 140 doit être modifié afin d'interdire toute ponction d'autorité des honoraires sans accord préalable à la fois du médecin concerné et du conseil médical de l'institution.

Au vu de l'in vraisemblable diversité actuelle, nous demandons l'uniformisation immédiate des pourcentages de reversement des honoraires. Ce processus doit se faire lors d'une négociation nationale et publique qui impliquera tous les acteurs de santé institutionnels.

les autres honoraires à l'acte :

Nous considérons aussi comme honoraire à l'acte :

- celui versé par le patient à son médecin traitant pour tenir son dossier médical (voir plus loin)
- celui versé par l'autorité publique pour la disponibilité du médecin durant ses heures de garde ; nous demandons à ce que celui-ci soit étendu aux autres prestations de gardes de soirées et de nuits ; nous demandons que cet honoraire devienne financièrement une réelle incitation, à la hauteur de la mission de service public avec la notion de travail pénible, pour que le médecin soit incité à prester des gardes (voir plus loin la problématique des gardes)

Par le Forfait Global :

Domino n'est pas opposé à la forfaitarisation de certains de nos revenus, car il tombe sous le sens que le paiement à l'acte au contact du patient ne peut permettre d'atteindre le revenu décent auquel a droit un médecin moderne. Par contre, Domino est opposé à la multiplication de petits forfaits payés continuellement en retard. Nous demandons donc que tous les forfaits actuels et d'autres soient regroupés en un seul forfait payé à date fixe, indexé sans condition à date fixe aussi.

Année après année, l'autorité publique et la profession se sont rendue compte que l'honoraire à l'acte, en rapport direct avec le soin apporté au patient, ne pouvait couvrir l'entièreté des frais à charge du médecin généraliste.



Ce qui existe :

Dans un but de sollicitation, l'autorité publique a donc octroyé diverses sommes forfaitaires annuelles pour :

- le statut social, sorte de rente annuelle qui pourra être utilisée le moment de la retraite venue et octroyée en cas de respect de l'honoraire conventionnel.
- Le forfait d'accréditation ou somme allouée sensée couvrir les frais de formation continue (assistances à des symposiums ou réunions scientifiques, GLEM, lectures, abonnements internet, ...) ; cette somme est symbolique face à l'investissement en temps (24h au minimum de présences), au coût des déplacements, aux frais réels de cotisations aux associations scientifiques ou au coût des revues de formation indépendantes.
- l'aide à l'informatisation (matériel et logiciel), car les techniques informatiques ne peuvent plus être ignorées et laissées pour compte par les médecins, tant pour la tenue de leurs dossiers médicaux, que pour le partage des dossiers (voir plus loin), la réception d'informations ou la formation continue. Très rapidement, sans doute stimulés par les exigences de la labellisation, le faible nombre de médecins, et la hauteur de la prime, les vendeurs de logiciels ont élevé leurs exigences financières à un niveau bien supérieur à la prime annuelle délivrée par l'état.
- le forfait de garde : forfait octroyé lors de la prestation d'une garde de continuité des soins. Le forfait de 125€ actuel ne couvre que lessamedi, dimanche et jours fériés. Aucune indemnisation n'est due pour le vendredi soir, ni les nuits de semaine. Son montant ne couvre pas les frais engendrés par l'activité (ou l'inactivité) ni l'investissement engagé par le praticien.

Ce qui n'est pas pris en charge actuellement :

Actuellement, ne sont pas réellement financés par l'honoraire à l'acte :

A. Le coût de l'outil :

Préambule : Le médecin généraliste traitant n'est pas un véritable indépendant. Un indépendant investirait dans un outil qui lui paraîtrait le plus performant ou le plus rentable pour sa profession. Il en déduirait ensuite un coût qu'il répercuterait sur les factures de ses clients. Plus la qualité du service rendu est importante, notamment par l'outil utilisé, plus le coût sera élevé. Des demandes particulières peuvent justifier une facturation supérieure. Ce cas d'école est impossible à appliquer dans notre exercice.

- Un équipement de base peut être exigé pour chaque pratique libérale. Le rôle de santé publique du médecin peut justifier l'achat et l'entretien d'un certain nombre de matériels plus ou moins rentables. La valeur des honoraires actuels ne permet pas le renouvellement courant ou l'achat d'un cabinet à la hauteur des exigences modernes. Faute d'attractivité du cabinet de médecine générale (et spécialisée dans de nombreux cas), ce facteur étant peut être une incitation au recours aux soins hospitaliers, la première ligne et l'état doivent le prendre en compte.
- Le coût de l'équipement de base pourrait donc être compris dans un forfait individuel (local, petit matériel de base, ECG, spiromètre, téléphonie, ordinateurs, secrétariat,...)

B. Le statut de retraite :

Le médecin généraliste, faux indépendant, a droit aux revenus de retraite minimum des indépendants. Le fait d'avoir respecté les honoraires de la convention médico-mutuelliste lui permet un petit supplément en fin de carrière. Au total, qu'il soit conventionné ou non, la pension légale et le statut social ne permettent pas de financer une retraite décente, équivalente par exemple à celle d'un médecin-conseil de mutuelle ou de l'INAMI, qui, en outre peut jouir de nombreux avantages sociaux (congés payés, congés de maladies, etc...). Or, les diplômes de base sont identiques, les responsabilités moins élevées et le confort de vie nettement meilleur pour ces fonctionnaires.

Il est patent de constater que les médecins peinent à se constituer une retraite complémentaire. Le fait est d'autant plus fréquent et grave que le médecin est jeune.

C. Le Revenu Garanti :

Le problème se pose de la même façon mais avec une fréquence accrue par rapport à la retraite complémentaire.

D. La charge administrative :

Les exigences administratives diverses des derniers gouvernements et des administrations ont engendré une charge administrative énorme sans rapport avec la démarche de soins. Cette charge a un coût, qui doit être évalué et financé.

E. Les assurances soins de Santé :

Les médecins, acteurs essentiels des soins de Santé en Belgique, ne bénéficient que du minimum de couverture sociale.

L'ensemble des belges a vu sa protection sociale s'accroître ces dernières décennies, et si le problème ne se posait pas tant que l'ensemble des professionnels des revenus élevés, aujourd'hui le médecin est le parent pauvre de la sécurité sociale.

La solution est à chercher :

- du côté du régime général en demandant à bénéficier de l'ensemble des avantages de la population belge, de par le simple statut médical ;
- par un accroissement suffisant des revenus afin de pouvoir intégrer ces nouvelles assurances et ces nouveaux coûts induits par les changements dans la société belge (voir Forfait Global)

F. Les nouvelles exigences :

Les différents gouvernements ont imposés des charges diverses.

Ce gouvernement imposera l'informatisation de tous les médecins par le biais du projet de télématique BeHealth. Le coût de l'outil informatique est laissé à la charge des médecins, tout comme l'informatisation elle-même, bien supérieure au coût d'achat d'un PC. Cette charge a un coût, qui doit être évalué et financé.

Il est pertinent d'exiger aujourd'hui l'intervention de l'état dans cette révolution du système de santé belge. Il serait injustifié que la profession seule assume ce choix politique dont la population elle-même n'a même pas été informée et dont elle ne peut même appréhender la révolution en matière de gestion des soins et de l'information médicale.

De nouvelles exigences se font aussi valoir par l'évolution de la société : les médecins ne peuvent les assumer et voient ainsi les patients se diriger vers les filières hospitalières.

Il est donc nécessaire pour l'attractivité de la première ligne que les revenus permettent cette adaptation continue à une demande légitime des patients.

Discussion :

Les forfaits actuels sont-ils une solution acceptable pour le médecin ?

Ils permettent de ne pas répercuter sur le patient un ensemble de coûts qui ne peuvent entrer dans la rémunération à l'acte, qu'ils soient imposés par l'état ou inhérents à la pratique. Il est clair que les honoraires ne peuvent croître à l'infini.

Par contre, éclatés comme ils le sont aujourd'hui, honorés avec une ou plusieurs années de retard, et nécessitant de multiples démarches ...administratives, parfois non fructueuses, qualifiés de forfaits sucettes par certains, ils apparaissent intolérables au commun des médecins.

Propositions :

C'est pourquoi, nous demandons un regroupement de tous ces forfaits sucettes en un seul forfait unique, versé à tous les médecins en janvier de chaque année, indexé sans condition chaque année (index santé mais hors indice pivot).

En ce qui concerne la médecine générale, la base de départ du forfait peut être constituée par la somme de tous les forfaits de DMG de la population belge, à laquelle est ajoutée l'ensemble des forfaits dus à la pratique de médecine générale.

Nous proposons aussi le principe du Forfait Médical Global.

Il est déterminé par la pratique et a l'ambition de financer et d'entretenir l'ensemble de l'exercice professionnel et de ses exigences, à la hauteur attendue par la société et la profession, alourdi du financement de toutes les charges administratives et de toute charge supplémentaire en général.

Nous y entendons l'ensemble des charges matérielles (achat et amortissement, personnel si nécessaire à l'usage) et des frais de fonctionnement (locaux, secrétariat performant et adapté, assurances en responsabilité civile, santé, revenu garanti, retraite,..).

L'ensemble des frais doit être estimé à sa juste hauteur, selon chaque catégorie de pratique (Médecine Générale, cardiologue, oncologue de ville, pédiatre, orl, ophtalmo, biologie...), et de condition d'exercice (ville, maison médicale, institution hospitalière privée ou publique) révisé à la hausse si de nouvelles exigences (médicales ou sociétales) voient le jour, et indexé automatiquement chaque année en fonction, au minimum, de l'indice santé (hors indice pivot).

Nous demandons un audit économique indépendant qui fixera la valeur réelle du forfait global pour chaque spécialité médicale dans les conditions décrites ci-dessus

Sur la base de cet audit, nous demandons l'ouverture de négociations entre l'ensemble des syndicats, la commission Médico-Mutuelliste et le gouvernement.

Ce forfait idéal devrait être atteint dans un délai raisonnable, au plus tard au 31 décembre 2008 en fonction des budgets.

Directement, il s'agit d'un soutien à la première ligne de soins.

Il s'agit aussi d'un refinancement de l'activité médicale spécialisée non hospitalière puisque le financement de son activité spécialisée est ici assuré hors de toute notion de rentabilité ou de course à l'examen.

Nous demandons à l'ensemble des syndicats et à la commission médico-mutuelliste de négocier le nombre des pratiques spécialisées pleinement subsidiées en pratique de ville ou d'institution, au juste regard des besoins en matière de Santé Publique.

L'AMI est parfaitement remis en exergue par ce signal fort.

La combinaison de l'honoraire intellectuel de l'AMI et le forfait différencié à la pratique permet de financer la totalité de l'exercice médical.

Implicitement, cette nouvelle approche permet de s'affranchir peu à peu de la technicité pour rendre sa noblesse à l'acte intellectuel et son honoraire. La forfaitarisation de l'aspect technique brisant la chaîne de la nécessaire rentabilité engendrée par le coût du matériel.

Nous pensons rendre pleinement leur rôle aux syndicats afin de négocier au plus juste la grandeur des différents forfaits : l'état assumant ainsi politiquement et financièrement le coût d'une médecine de qualité.

Par une prime à l'installation dans des zones pénuriques :

Les zones de pénurie médicale doivent être définies sur base d'un cadastre des pratiques en médecine générale, établi de façon fiable et remis à jour régulièrement auquel collaborent les cercles de médecine générale.

Cette incitation doit être prise dans l'urgence actuelle où la pléthore des villes permet encore des changements d'installation. Vu le déficit actuel en installation de jeunes généralistes, aucune solution ne sera bientôt plus possible en milieu rural.

Cette prime à l'installation doit aussi pouvoir être une prime au changement d'installation destinée au médecin généraliste qui accepterait de s'installer dans une zone pénurique. Les cercles peuvent désigner les secteurs en demande de médecin et indiquer au Ministère de la Santé publique que le nouvel installant remplit les critères d'attribution de la prime.

La restructuration de la chaîne des soins en Belgique :

Domino pense que le médecin généraliste traitant doit occuper une place centrale dans la chaîne de santé. Il doit être, auprès du patient, son premier conseiller et son gestionnaire de soins. C'est pourquoi il doit être le détenteur du dossier médical global, au mieux informatisé, que tous les autres acteurs de la santé alimentent. Il est le centre des relations qui s'échafaudent autour du patient et de ses problèmes, relations avec les acteurs paramédicaux et avec les médecins spécialistes, relations avec les sociétés scientifiques et les universités (pour la formation continue et pour la recherche en médecine générale). Ce type de relations nécessite des parcours de soins, aussi appelés échelonnement incitatifs, qui améliorent la qualité des soins administrés et respectent les contraintes budgétaires dispensées par les pouvoirs publics.

Il est communément établi que le médecin généraliste traitant est, et doit être le pivot du système de santé. Les événements de 2002 l'ont rappelé, ce qui a abouti à une augmentation de certains honoraires de 30%, considérés comme un simple rattrapage dans la comparaison avec nos confrères français. Mais aucune comparaison n'a été faite

avec les pays de même niveau socio-économique que le nôtre. Le médecin belge reste donc encore un des plus mal payés d'Europe. Nous ne reviendrons pas sur l'aspect financier de cette revalorisation qui n'est donc qu'un simple rattrapage d'honoraires.

Nous appelons à une reconnaissance et une promotion du rôle du médecin généraliste traitant dans le système de santé belge. Et non pas à un développement, terme maladroit qui laisse supposer un sous-développement pour ce personnage qui reste un des mieux formés du monde dans une médecine générale qui nous est enviée aussi. Et pourtant, rien n'est fait pour asseoir ce rôle du MG, pour lui redonner l'image qu'il avait auparavant, avant la technicisation à outrance qui a déplacé l'intérêt du patient à préférer la technique au colloque singulier.

Au centre du système de santé, il y a le problème de santé du patient.

Le prestataire de santé qui lui est le plus proche est le médecin traitant qu'il s'est choisi. A celui-ci d'appréhender tous les aspects de son patient, les composantes organique, psychique, mentale et sociale. Et de prendre en charge et traiter le ou les problèmes dans ce contexte de globalité. Souvent, ce médecin soigne aussi les autres membres de la famille. Et la fidélité du patient, à travers une relation de confiance mutuelle, permet ainsi une perpétuation dans le temps qui voit parfois un médecin traiter une même famille durant toute sa carrière.

Le dossier médical Global :

Cette prise en charge globale du patient, la connaissance des divers événements pathologiques ou autres qui émaillent son existence sont repris dans son dossier médical, outil incontournable pour optimiser le travail du médecin, à la plus grande satisfaction de celui-ci et de son patient.

Nous considérons que ce dossier est l'outil par excellence du médecin généraliste et qu'il doit en garder la maîtrise tout au long des processus de soins.

L'ouverture d'un dossier médical, sa mise à jour au fur-et-à-mesure des contacts, des événements pris en charge par le médecin traitant, ses remplaçants ou divers spécialistes, sa restructuration périodique nécessitent énormément de temps.

Nous considérons que l'honoraire annuel actuel de 20 € ne correspond pas à cette réalité. D'autant plus que cet outil, s'il est utilisé de manière optimale, peut être source



d'économie (répétition inutile d'examens techniques).

Nous considérons aussi que le système actuel de renouvellement du DMG n'est pas satisfaisant.

Une procédure annuelle de déclaration du médecin traitant par le patient directement auprès de son organisme assureur permettrait un renouvellement plus efficace du DMG. Domino imagine que l'organisme assureur pourrait solliciter chaque citoyen par courrier (journal mutuelliste), lors de tout contact et en l'absence de contact par un rappel direct. Les DMG pourraient alors être versés aux médecins et l'indemniser pour la charge assumée.

Dans une globalité du financement des honoraires des médecins, nous proposons une alternative à ce DMG indemnisé au cas par cas (voir forfait global).

Le dossier médical informatisé partagé :

Les progrès de l'informatique permettent :

- la tenue du dossier médical sur ordinateur,
- l'échange de données médicales par la voie télématique avec d'autres confrères ayant le patient en charge,
- une collecte des données dans un but scientifique,
- moyennant une sécurisation et une anonymisation des données transférées.

Plusieurs systèmes sont actuellement à l'étude, dont certains n'obtiennent pas l'approbation de la profession. C'en est ainsi du projet Be-health gouvernemental dans sa version première.

Nous demandons, pour atteindre de tels buts :

- une aide forfaitaire (à inclure dans le forfait global) pour chaque médecin informatisé, non seulement pour l'achat d'un logiciel labellisé et ses mises à jour, mais également pour le matériel hardware
- une formation organisée par les sociétés scientifiques, indemnisée par les pouvoirs publics, afin que chaque médecin puisse accéder aux différentes potentialités de ces techniques, selon son niveau : apprentissage des notions de base, apprentissage d'un logiciel labellisé, apprentissage de l'utilisation de dossiers structurés avec items codifiés, apprentissage de l'outil internet - cette formation doit aussi être donnée à l'université pendant le cursus de base
- la mise sur pied par une association des sociétés scientifiques d'un serveur unique, sécurisé, avec données anonymisées (respect du secret médical), subsidié par les pouvoirs publics, géré par les médecins eux-mêmes, qui ne soit pas un outil de contrôle par ces mêmes pouvoirs publics, mais un outil d'amélioration de la pratique

L'échelonnement incitatif :

Il n'y a pas de place centrale du médecin dans sa relation de proximité avec le patient, si la liberté complète et absolue laisse à celui-ci le loisir de choisir son parcours de soins, de considérer la médecine comme un produit de consommation ordinaire avec la possibilité d'aller consulter où bon lui semble et de demander examens et traitements qui lui conviennent.

Son médecin traitant est le mieux à-même de le conseiller dans sa quête de santé.

Il faut donc inciter le patient à consulter en premier lieu le médecin qu'il a choisi pour tenir son dossier. Celui-ci, en fonction de ses compétences (des limites de celles-ci) et des connaissances des possibilités qui s'offrent au patient, le conseillera au mieux.

Dans le but de recourir au MG en premier recours, en incitant au meilleur usage des filières de soins, notamment en ce qui concerne l'orientation du patient chez un autre praticien en cas de nécessité, une modulation des tickets modérateurs favorisera ces parcours de soins pour quelque pathologie que ce soit :

- diminution ou absence de ticket modérateur lors de la consultation du spécialiste chez qui le médecin traitant l'a envoyé
- honoraire plus élevé pour celui-ci dans les cas où un patient lui est envoyé par son médecin traitant, à la condition qu'il rédige un rapport de sa mise au point

- le renvoi au médecin traitant est nécessaire et souhaité, avec une éventuelle annulation du ticket modérateur chez celui-ci, avant tout envoi de ce même patient chez un autre spécialiste si le premier le juge nécessaire pour continuer la mise au point.

Chaque fois, le médecin traitant doit rester au centre du réseau de soins.

Toutefois ce système ne doit pas être exclusif, le patient gardant le choix de consulter qui il désire, mais il y perdra l'avantage financier qu'il aurait pu en obtenir et surtout la sauvegarde des nouvelles données de santé qui risquent de ne pas être colligées dans son dossier médical.



La théorie des cercles de compétence :

Nous réfutons l'idée que le médecin traitant soit un simple secrétaire de dossiers médicaux ou qu'il soit un simple dispatcher de soins (gate-keeper) comme c'est le cas dans d'autres pays où le temps consacré à chaque patient est très court, puisque la véritable prise en charge des problèmes un peu plus complexes se fait au niveau d'une seconde ligne.

Nous refusons l'approche actuelle selon laquelle le médecin généraliste est forcément moins compétent par nature qu'un médecin spécialiste. Poussée à son extrême, cette forme de pensée oblitère toute raison d'être à la médecine générale. Il est patent que le généraliste vaut plus en matière de santé publique que la simple somme de ses capacités en chaque spécialité médicale. La médecine générale est une spécialité à valeur ajoutée.

Le médecin généraliste est fort d'une formation universitaire de neuf ans et d'une formation continue qui prend cours dès sa sortie d'études pour se terminer lors de sa retraite. Son bagage scientifique doit lui permettre, comme cela a toujours été le cas par le passé, d'aborder non seulement les « petites » pathologies aiguës, mais également les pathologies chroniques et les pathologies plus complexes, ainsi que les rôles de prévention, de dépistage et d'éducation à la santé.

C'est pourquoi nous considérons que si le patient avec son ou ses problèmes se trouve au centre de la problématique de santé, il est également au centre d'un cercle de compétences que détient son médecin traitant qui cohabite avec lui dans ce cercle.

Dans ce premier cercle, on peut également inclure ceux qui partagent, avec le médecin traitant, et sous la responsabilité de celui-ci, d'autres acteurs de la santé comme les infirmiers, les kinésithérapeutes, les logopèdes, les diététiciens, etc.

Si bon nombre de spécialistes s'insèrent également, aux côtés des généralistes, dans ce cercle, leurs compétences spécifiques, celles qui échappent aux généralistes, participent d'un second cercle concentrique au premier. Chaque spécialité pouvant être représentée par un triangle dont la pointe occupe en partie le cercle central, mais dont la base prédomine dans le second cercle.

Le niveau universitaire pouvant être comparé à un troisième cercle concentrique.

On le comprend, pour obtenir un comportement harmonieux, sans concurrence déloyale qui aboutirait aussi à des abus sur le plan économique, il faut que tous ces acteurs travaillent en bonne coordination, en confiance mutuelle avec le respect des uns et des autres, avec la reconnaissance et le respect des compétences de l'autre.

Ce thème est éthique. Il nécessite donc, à travers les cercles, des chartes de relations de confiance mutuelle, arbitrées par l'ordre des médecins et favorisées par les pouvoirs publics.

Ces derniers doivent pouvoir mettre un frein aux tentatives hégémoniques de certains centres hospitaliers et surtout d'établissements à la mode qui s'intitulent « clinique de

telle ou telle spécialité » qui sous des aspects de pseudo-scientifisme poly-disciplinaire sont des appâts pour multiplier de façon abusive des consultations et des examens techniques qu'un généraliste ou un interniste général pourrait gérer à lui seul.

Le passage du patient d'un cercle de compétence à un autre devrait se faire sous le mode de l'échelonnement incitatif et du partage de dossiers.

La recherche en médecine générale :

Le médecin généraliste est faiblement considéré en tant qu'expert médical, alors qu'il recueille le plus haut niveau de satisfaction en tant que soignant.

Ce déficit de considération se répercute dans tous les niveaux décisionnels importants.

Pourtant son niveau d'universitaire est présent, bien que faiblement exploité.

Coïncé entre les super-infirmiers aux compétences élargies et le spécialiste, plus expert par essence, il vit une situation professionnelle oscillant entre la sur-compétence et la sous-compétence.

Expert en première ligne, expert en gestion des situations de soins et des filières de soins, il ne peut se résumer à la somme de ses capacités dans les spécialités médicales ni dans les soins quotidiens. Il existe une réelle valeur ajoutée de la médecine générale.

Son poids doit encore être investigué.

L'exercice de la médecine générale est confronté à de nombreuses questions encore non abordées ou élucidées dans la littérature.



La recherche en médecine générale est l'outil qui donnera ses lettres de noblesse au MG, justifiera sa présence aux yeux des autorités, autrement que par l'estimation d'un coût induit et, enfin, fournira des réponses essentielles à l'exercice des soins.

Nous pourrions distinguer la recherche pure, à laquelle peuvent participer les généralistes, de la recherche appliquée, qui nous concerne au premier chef. Nous pourrions encore distinguer la recherche sur la médecine de première ligne et la recherche de la première ligne, ce sont autant de champs d'application utiles et diversifiés.

Les avantages de la Belgique pour ce genre de travaux sont énormes : l'informatisation généralisée des médecins, de nombreuses sociétés scientifiques de bon niveau pour chapeauter ou initier les projets, des cercles pour organiser et soutenir les professionnels, des étudiants pour mener les études sur le terrain.

Une volonté suffit derrière tout cela.

Si chaque année, chaque cercle soutenait un étudiant dans une recherche, aidé scientifiquement (SSMG, WWVH) et statistiquement (partenariat avec les universités), la médecine générale ferait de grands pas en Belgique et pour la Belgique chaque année.

L'étape de la subsidiation des Sociétés scientifiques est essentielle et préliminaire, nous y reviendrons plus loin.

L'amélioration des conditions d'exercice :

Domino est soucieuse des conditions de travail des médecins. Un métier aussi passionnant que celui d'un médecin, généraliste ou spécialiste, aussi fondamental pour le bien-être de notre société, ne peut se concevoir qu'avec un minimum de confort. Doivent donc être revus certains concepts qui ont fait leur temps et qui empoisonnent l'existence actuelle du médecin : l'obligation de la visite à domicile,

l'obligation de continuation des soins en dehors des heures habituelles de travail, l'accès facile et instantané à une information scientifique rigoureuse, une responsabilisation des comportements de travail qui ne soit plus une épée de Damoclès constamment pendue au-dessus de nos têtes, une simplification des tâches administratives qui détournent trop le médecin de son art.

La visite à domicile :

La visite à domicile a toujours tenu une part importante de l'activité du MG dans notre pays. Elle permet à celui-ci de comprendre les réalités psycho-socio-familiales du patient et de son environnement. Son rôle doit être maintenu dans le paysage médical belge, et en cela les facilités de déplacement et de parking en milieu urbain doivent être recherchées. Retenons que le médecin belge est l'un des rares médecins au monde à accepter encore de se déplacer et à le faire avec une telle fréquence.

La Visite Médicale à domicile comporte de nombreux inconvénients :

- de moins bonnes conditions de travail au domicile du patient en comparaison avec le cabinet ;
- un coût supplémentaire en temps de déplacements, surtout en zones urbaines et semi-urbaines et en coût de déplacement ;
- des difficultés de plus en plus importantes de parking, résolues très partiellement dans certaines villes ou régions, et ne tenant qu'à la bonne volonté de certaines personnes, sans cadre législatif précis ;
- une grande difficulté à assumer les exigences professionnelles actuelles durant la visite à domicile ; ce surcroît de travail étant assumé par la suite, en dehors du contact de soins auprès du patient, sans être indemnisé de surcroît;
- un coût humain payé à l'insécurité croissante récemment apparue dans notre pays et qui fait violemment irruption dans notre exercice.

Nous demandons donc :

- de favoriser par une incitation positive (sur le remboursement) la consultation ;
- de défavoriser la visite à domicile pour les personnes capables de se déplacer ;
- d'abolir l'obligation d'usage de déplacement sur simple exigence du patient ; nous demandons aux partenaires de santé de contribuer au bon usage des soins sur ce point ;
- une réflexion publique sur l'aide urgente au médecin en situation de danger dans le cadre de l'exercice commun de sa profession ou de son rôle de santé publique lors de la garde de ville.

Vu les difficultés constantes pour trouver des accommodements avec les autorités locales et vu les missions de service public assumées par le médecin en déplacement (en urgence prétextée ou réelle, ou en déplacement imposé par le patient),

- nous demandons à accéder aux mêmes tolérances que les simples ambulances ou les services de police ; à savoir une tolérance quant aux stationnements non gênants durant l'exercice de notre activité (voir définition du SINGE) ;
- secondairement, une tolérance, responsable, lors d'infraction au code de la route durant l'exercice professionnel avec la possibilité pour le médecin de justifier l'infraction auprès de l'autorité, sans passer obligatoirement devant la justice. Les parquets pourraient toujours instruire l'infraction en cas d'insuffisance de justification. Non soumis à l'urgence, d'autres professionnels de santé devraient pouvoir bénéficier de telles tolérances de parking durant leur propre exercice.

Les gardes de continuité de soins :

Depuis très longtemps, les médecins ont considéré qu'ils devaient assurer eux-mêmes la continuité des soins, de jour, de nuit et de week-end. L'état était alors totalement déficient. Depuis quelques années, les conditions ont changé. Des problèmes d'insécurité sont apparus.

La profession est devenue plus contraignante, exigeante : avec les tâches administratives qui nous incombent de plus en plus, avec la formation continue obligatoire, avec les dossiers à tenir et le courrier à gérer, avec les groupes d'auto-évaluation. Le nombre d'heures de prestation a augmenté, les diverses exigences sont devenues contraintes stressantes. A contrario, les revenus issus de ces astreintes ont diminué.

Le nombre des volontaires pour assurer les gardes ne fait que décroître.

L'état a progressivement investi dans l'aide médicale urgente.

D'abord par le financement des services d'urgence des Hôpitaux, ainsi que par le récent financement des SMUR. Les urgences vitales sont actuellement couvertes par le système. La médecine générale n'assurant plus que les déficiences locales.

Aujourd'hui, l'obligation de garde nocturne en médecine générale n'a plus de sens.

Le débat, lancé par MGAction, a culminé en septembre 2005 lors de l'organisation par le FAG d'une réunion de consensus. Le FAG recommande la fin de l'obligation de la garde en médecine générale et le recours au volontariat pour l'organisation de la permanence des soins les jours fériés et le week-end en journée.

La nuit pose d'abord le questionnement sur la réelle nécessité d'une permanence des soins en médecine générale.

Aujourd'hui, demander à un médecin généraliste, quel que soit son âge, d'assurer malgré tout cette continuation de soins, c'est-à-dire de pouvoir assurer des gardes de nuit après une journée de 10 à 14h00, ou encore un week-end après une semaine de 60 à 80 heures de travail, et même encore de pouvoir dès le lendemain assurer un travail de qualité tient de l'inhumain. Aucun syndicat d'ouvrier ou d'employé n'accepterait cela de ses salariés.

C'est pourtant une exigence qui est considérée normale pour les médecins.

Cette exigence légale qui tient de la santé publique s'applique à des indépendants. L'état reconnaît depuis peu cette anomalie puisqu'il subsidie depuis peu la garde à la hauteur de 125€ par 24 h de week-end. Les permanences de semaine et du vendredi soir ne sont toujours pas prises en compte.

Le problème de cette obligation légale faite à un indépendant n'est toujours pas prise en compte, et il ne peut être pris en considération qu'en levant cette obligation pour en faire un réel volontariat.

Nous demandons donc que les gardes, en dehors des heures normales de travail, soient organisées et financées par les services publics :

- sur base volontaire et non obligatoire ;
- avec une rémunération à la hauteur du service rendu et finançant :
 - tout l'outil nécessaire pour assumer la charge de la garde (matériel de réa, amortissement du véhicule, téléphonie,...),
 - les risques de la garde y compris une couverture maladie, accident ou décès lors de l'exercice ;

- la couverture risque professionnel lors de la garde ;
- le repos compensatoire suivant la garde ;
- sous formes de solutions alternatives, pouvant varier selon le type de régions et avec l'accord de la profession : maisons de gardes, regroupement de secteurs, abolition de l'obligation de se déplacer, relai par les SAMU aux heures extrêmes et creuses (23-7h00), coordination de type centre 15, etc...
- en collaboration obligatoire avec les services d'urgences de la région (co-organisation impliquant obligatoirement les MG par le biais des cercles et les responsables des services d'urgence, de SAMU, etc...)

La formation continuée / l'information du médecin :

La formation médicale continue est une obligation médicale déontologique, scientifique et bientôt légale de par la force du Ministre.

La Belgique peut se targuer d'un nombre impressionnant de Sociétés de Médecine, à l'origine de nombreuses formations ou réunions de tout niveau.

L'accréditation a imposé une administration et un suivi comptable de ces formations sans aucun rapport avec l'activité précédente.

Le bénévolat de nos sociétés s'est donc alourdi d'une tâche spécifique source de problèmes sans cesse renouvelés.

Ce qui était autrefois devoir confraternel s'est mué en obligation légale, mais non financée à ce jour. Les sociétés ont donc reportés sur leurs adhérents le poids financier de ces charges, mais sans commune mesure encore avec le coût réel.

Le partenariat avec l'industrie est donc la seule solution adoptée, face à la déficience de l'état.

L'industrie quant à elle, fait un effort d'information ou de promotion sans commune mesure avec les sommes dépensées par les médecins eux mêmes.

Une loi récente qui suivait une tentative de l'industrie (PHARMA.BE), a esquissé un début de réponse.

Il est faux de penser que les seuls transferts d'argent sont responsables d'un changement de comportement des prescripteurs. Ce serait considérer que le corps professionnel dans sa globalité est corrompu, ce que nul n'imagine.

Il est vrai par contre que des campagnes d'information et de présentation peuvent induire des modifications de prescription à titre individuel et de groupe.

La subsidiation d'activités ou de travaux dans un secteur peut orienter le secteur dans un sens favorable au mécénat.

Seule la critique permanente et la modération active lors de toute réunion ou de toute activité peuvent redresser valablement et durablement l'information à destination des médecins.

Nous proposons dès lors une modification à la loi Demotte sous la forme de 3 amendements (voir infra) : les buts poursuivis étant,

- un financement des sociétés scientifiques reconnues par la profession, leur permettant d'assurer leurs missions en toute indépendance et en tout professionnalisme ;

- ce financement est apporté par l'industrie grâce à la délivrance d'un visa scientifique et la présence d'une modération réelle lors de toute réunion ; le coût peut être assez faible pour ne pas diminuer le nombre d'activités mais suffisant pour accroître la rentabilité scientifique de la présentation ;
- la modération obligatoire de toute présentation : rentable en terme de discours scientifique, et d'orientation générale d'un thème ou d'un produit.

Le texte proposé par le Dr Olivier Vanduille est le suivant :

Projet de loi relative à la lutte contre la promotion des médicaments.

Art 10 §2 b) 1° la manifestation a un caractère essentiellement scientifique, cadrant notamment avec les sciences médicales et pharmaceutiques ; la manifestation doit bénéficier du soutien et de la modération d'une société de médecine belge reconnue par la profession et agréée par l'Inami comme société organisatrice de formation continue dans le cadre de l'accréditation. Les participants à la réunion scientifique doivent recevoir in extenso, sans annotation avantageuse ou trompeuse, les études scientifiques qui sont exposées lors de la manifestation.

§3 Le visa ne peut être attribué que si la manifestation nationale ou internationale a reçu le soutien d'une société de médecine belge reconnue par la profession et agréée par l'Inami comme société organisatrice de formation continue dans le cadre de l'accréditation. La société de médecine doit soutenir le contenu du programme et le choix des orateurs de la manifestation.

§3 4° chaque organe doit comporter parmi ses membres une ou plusieurs sociétés de médecine belge reconnue par la profession et agréée par l'Inami comme société organisatrice de formation continue dans le cadre de l'accréditation. Au cas où cette (ces) société(s) de médecine seraient uniquement composé(s) de médecins spécialistes, la collaboration d'une société de médecine mixte (généralistes et spécialistes) est indispensable au fonctionnement de l'organe.

Nous demandons donc que les pouvoirs publics mettent à la disposition des sociétés scientifiques suffisamment de moyens pour mieux organiser encore la formation et



l'information.

Afin de favoriser l'information indépendante, nous demandons la déductibilité complète des abonnements aux revues scientifiques indépendantes ; nous sollicitons aussi le parrainage de l'industrie pour l'abonnement aux dites revues sous la forme d'un chèque parrainage afin de ne pas créer un effet pervers de subsidiation des dites revues et donc involontairement un effet de subordination.

Nous demandons à l'autorité publique de participer à l'information médicale de plusieurs façons :

- la diffusion large des recommandations de bonne pratique ou le support de cette diffusion par les sociétés de médecine ;
- la diffusion large des travaux issus de ses organes : Folia Pharmaceutica, réunions de consensus INAMI entre autres ;
- la diffusion des études permettant d'ouvrir le droit à la distribution ou les motivations de remboursements de médicaments sur le marché belge ;

Un site géré par la santé Publique pourrait permettre ce genre de publication et leur centralisation. Une cogestion avec la profession est souhaitable sur un plan pratique et scientifique.

Les tâches administratives :



Pierre d'achoppement des médecins, tâche la plus ingrate dans son travail journalier, lui faisant perdre un temps précieux qui pourrait être consacré à son patient, le travail administratif règne en maître : certificats de toute sorte, dossiers d'invalidité, demandes au médecin-conseil de remboursement de médicaments, de matériel et de kinésithérapie, etc...

Les demandes d'intervention administrative du médecin se sont multipliées, et pour le même type d'intervention, les formulaires eux-mêmes se sont diversifiés et multipliés. Il faut que tout cela soit simplifié. Nous proposons donc :

- Un seul type de certificat d'arrêt de travail, quelle que soit la profession ou le statut du patient.
- Un seul type de certificat de bonne santé ou d'aptitude à tel sport ou à telle activité.
- Une simplification des dossiers d'invalidité et des demandes de matériel. Une copie ou un résumé de dossier devrait suffire (l'accès étant facilité avec l'informatisation). L'invalidité devant être jugée et discutée directement entre le patient et le médecin-contrôleur.
- L'abolition du système du Bf est à nouveau exigée, dans le cadre d'une clarification de l'information du médecin sur le geste économique qu'il pose dans sa prescription. La loi sur la responsabilisation individuelle du médecin permet en effet de supprimer ce barrage administratif coûteux et inutile dans un système de santé moderne et performant.
- une simplification et une plus grande célérité dans les procédures de remboursement des tiers payant. Le médecin assumant actuellement les lourdeurs des procédures, leurs lenteurs et les impayés qui en découlent. Rappelons que le médecin ne dispose d'aucune indemnité pour ce service offert à une partie de la population, il est donc normal qu'il ne puisse être une victime économique du système.

La responsabilisation du Médecin :

Le Ministre VandenBroecke a fait légiférer en cette matière en 2002.

Il est acceptable que tout médecin, dans ses contacts, dans ses prescriptions d'examens et de traitements, tienne compte des budgets de la santé. Même si l'on peut juger ceux-ci insuffisants par rapport aux besoins, le médecin peut faire ici un devoir de citoyen et d'évitement des abus. Charge à l'état de dégager des budgets suffisants et d'être à l'écoute de la profession lors des choix importants.

Nous rappellerons ici l'importance des budgets de remboursement des médicaments ou des choix en matière de filière ou d'accès de soins.

Nos ministres se sont donc donnés les moyens de punir économiquement ceux-ci par un ensemble de lois. En son temps, ils furent mal acceptés par l'ensemble de la profession.

Le Dr David Simon a présenté dès 2002 des amendements indispensables qui, aujourd'hui n'ont toujours pas été pris en compte.

Vu l'urgence de l'application de la Loi, nous exigeons que cela soit le cas dans les délais les plus brefs.

Nous les rappelons avec force :

1. Que l'audition du médecin suspecté de surconsommation soit systématique.

La loi prévoit que le médecin soupçonné d'abus peut être déclaré coupable sans audition.

« Le Service invite ces dispensateurs à se justifier par écrit dans un délai de deux mois. En l'absence de justification suffisante le Comité désigne en son sein deux auditeurs (...) chargés d'entendre l'intéressé s'il le souhaite, (...) »

Cette audition doit être systématique.

2. Que l'instruction se fasse sur ses dossiers médicaux au cabinet du médecin accusé.

La loi prévoit que les indicateurs se basent sur des recommandations de bonne pratique.

«Le caractère inutilement onéreux ou superflu de ces prestations s'évalue (...) sur base d'un ou plusieurs indicateurs de déviation manifeste définis par le Conseil national de la promotion de la qualité par rapport à des recommandations de bonne pratique médicale. »

Or, une recommandation de bonne pratique est la définition de l'attitude qu'un médecin doit adopter face à une maladie, c'est à dire en réponse à un diagnostic.

Comment en l'absence du médecin et sans consulter ses dossiers médicaux le Service d'évaluation et de contrôle peut-il obtenir ces diagnostics ?

Ceci annonce des contrôles à distance par un réseau télématique, au travers duquel les médecins seraient contraints de mettre le dossier médical de leurs patients à disposition du réseau, en vue de ce contrôle, avec le risque majeur de violation de la vie privée des citoyens.

L' instruction doit se baser sur les dossiers médicaux du médecin dans son cabinet.

3. Qu'une copie de toutes les pièces du dossier soit fournie au médecin accusé

Les « indicateurs de déviation manifeste » ne sont que le reflet informatisé des documents originaux avec le risque de surcharge des originaux et d'erreurs d'encodage.

Il faut que l'accusé puisse disposer d'une copie des pièces qui l'accusent : les ordonnances, les demandes d'examen et les certificats suspectés d'être "injustifiés".

4. Que le droit à la présomption d'innocence soit respecté

Ce qui est révolutionnaire dans la Loi de responsabilisation, c'est que le médecin soupçonné d'abus est désormais présumé coupable, car il peut être condamné à payer de lourdes amendes sur base de seuils statistiques prédéfinis à deux endroits du texte, il est prévu que :

Le monitoring consiste en une évaluation de la pratique de prescription et d'exécution d'un dispensateur sur base d'indicateurs visés à l'article °73, § 2, ou à défaut, par comparaison avec la pratique dans des circonstances similaires de dispensateurs normalement prudents et diligents.

...

§ 4. A défaut d'indicateurs de déviation manifeste visés au § 2, la pratique est comparée selon la procédure prévue à l'article 141, § 3, avec la pratique de dispensateurs normalement prudents et diligents placés dans des circonstances similaires.

Dans ce cas, ce n'est plus le Service d'Évaluation et de Contrôle qui doit démontrer que le médecin soupçonné est coupable d'un abus, c'est-à-dire apporter la preuve du caractère injustifié de ses prescriptions, mais au médecin soupçonné de démontrer son innocence en prouvant que celles-ci étaient justifiées : c'est l'inversion de la charge de la preuve.

Seuls les indicateurs basés sur des recommandations de bonne pratique médicale doivent être utilisés pour juger un abus.

A défaut d'indicateur, c'est au service d'évaluation et de contrôle d'apporter la preuve que le dépassement de ce seuil est une attitude inadéquate.

5. Que le droit à être assisté d'un conseil soit respecté

La loi sur la responsabilisation des prestataires prévoit qu'au terme du monitoring de deux mois de la pratique le médecin peut être assisté de conseils (juriste ou expert) : Cependant, en première instance, cette disposition importante n'est pas prévue. La Loi précise en effet que le médecin peut être condamné en première instance sans avoir eu le droit d'être assisté des conseils qu'il aurait choisis. La loi précise en effet que :

« Qu'il y ait mise sous monitoring ou pas, le Comité peut infliger une amende administrative égale au minimum à 1.000 euros et au maximum à 5.000 euros. »

Le médecin suspecté d'abus doit être assisté des conseils de son choix à toutes les



auditions, dès la première instance.

De plus, il est anormal que des mesures de rétorsion soient prises pour l'ensemble de la profession (sautes d'index, non-augmentation de certains actes de la nomenclature) alors que les abus en matière de prescription ne sont commis que par une minorité, qu'il est

facile actuellement de débusquer et que leur correction n'aurait en réalité que peu d'impact budgétaire.

C'est une des raisons qui nous pousse à formuler que l'indexation des actes médicaux intellectuels (pour lesquels il est prouvé qu'il n'y a pas d'abus) pour leur ensemble ne soit plus désormais conditionnée par les abus de certains dans d'autres domaines. Nous ne pouvons supporter ce chantage malsain.

L'image du Médecin Intellectuel :

Il faut que, dès demain, le médecin «intellectuel» fasse «jeu égal» avec le «médecin technicien». Des campagnes d'informatisation grand public doivent être organisées



dans ce sens.

En ce monde de haute technicité (gadget ou de réelle valeur), en ce domaine célébré par des feuilletons TV à succès, l'image du «petit médecin» dans son «petit cabinet» peu appareillé, meublé surtout de livres et de dossiers, n'a plus aucun succès.

Or, c'est là, dans le calme et dans une certaine intimité que le patient peut faire découvrir à son thérapeute sa globalité, l'intrication de ses pathologies avec son vécu. C'est là tout l'art de l'acte médical intellectuel, à l'insu des médias et du cinéma, non répercuté dans le public attiré par les hautes technicités des cliniques et polycliniques.

Il est urgent que les médecins, avec l'aide des sociétés scientifiques et des pouvoirs publics, réinventent l'image du médecin intellectuel, par des campagnes de presse dans les médias et dans la proximité des salles d'attente, misant sur les avantages de ce colloque singulier : communication, globalisation, économie de la santé, éducation à la santé, etc.

Domino rappellera à tous les intervenants la nécessité de préserver l'image de compétence et d'intégrité du médecin en toute circonstance.

Domino demandera aux autorités de mener des campagnes de promotion de la médecine générale et du bon usage des soins. Le rôle premier du médecin généraliste doit y être rappelé sans ambiguïté, de même que la nécessaire collaboration entre médecins dans le cadre des filières de soins.

Domino interpellera les autorités quant au détournement des structures de soins et des budgets des soins en faveur d'initiatives à visée commerciale.

Spécificités du médecin spécialiste intellectuel :

Le médecin spécialiste, vivant de l'acte intellectuel, peut se retrouver dans la plupart des



points discutés plus haut.

Le médecin spécialiste dont l'activité est principalement extra-hospitalière se retrouve en effet dans les mêmes difficultés d'exercice que tout médecin généraliste, défavorisé dans son activité au profit du tout hospitalier organisé depuis de nombreuses années.

Le forfait de la pratique doit ici aussi permettre au médecin d'équiper et de maintenir la structure matérielle nécessaire à son exercice.

En intra-hospitalier, des problèmes se posent aussi. Les honoraires de ses actes intellectuels, ponctionnés en partie par le gestionnaire hospitalier grâce à l'usage de l'article 140, sont devenus largement insuffisants. Ils doivent être réévalués pour permettre d'accéder à des revenus décentes qui ne dépendent plus du bon vouloir des autres confrères hospitaliers.

L'adoption du système des actes médicaux intellectuels couplé avec le forfait global de la pratique, associé à une juste adaptation du forfait journalier d'hospitalisation doit permettre une saine refonte de notre financement hospitalier.

Le syndicalisme médical :

La représentation du médecin se fait, par obligation légale, via le filtre de la représentation syndicale. Il est évident de constater le désintérêt actuel global des médecins pour la chose syndicale. Cela ne peut que nuire aux intérêts de toute la profession.

la représentativité

Les intérêts économiques divergents des médecins ou de l'institution où ils exercent rendent périlleux, pour ne pas dire incompatibles dans un budget de santé, la satisfaction des intérêts et des besoins de chaque discipline.

Le monde hospitalier s'oppose à la satisfaction des intérêts de la première ligne, simplement en imposant la satisfaction des siens propres.

Le lobbying hospitalier n'a aucun équivalent en terme de diversité ni de puissance syndicale ou politique.

Sur le plan médical, cela a conduit à privilégier budgétairement l'acte technique au détriment de l'acte intellectuel, les honoraires des spécialistes au détriment de ceux des généralistes.

Il est nécessaire pour les médecins et pour chacune des catégories d'avoir une



représentativité syndicale satisfaisante.

Nous pensons que l'actuelle obligation légale de représentativité mixte (généraliste et spécialiste) et de bilinguisme oblitère toute possibilité de réelle représentation de la médecine générale.

Nous rappelons qu'aucune profession n'est affublée d'une législation aussi contraignante, et nous considérons qu'elle contrevient au droit du citoyen médecin à se faire représenter valablement par un syndicat de son choix.

Nous demandons la modification de la loi sur la représentativité d'un syndicat médical afin de rendre légal :

- un syndicat unilingue,
- Monodisciplinaire,
- fort d'un nombre suffisant de cotisants (1000 cotisants ou 10 % de représentation d'une catégorie).

le financement des syndicats

Il est impossible pour un syndicat de remplir son rôle sans financement adéquat et libre. Trois sources nous semblent intéressantes pour remplir cet objectif :

1. un forfait INAMI annuel, indexé automatiquement chaque année, non négociable en commission médico-mutuelliste, de hauteur équivalente à 3 Temps-pleins de secrétariat pour la charge du secrétariat, nécessaire systématiquement plus la location du local et les frais fixes.
2. Des cotisations à une hauteur acceptable et fournissant le financement de l'activité proprement dite des médecins syndicalistes : il n'est plus acceptable que le représentant élu d'une profession sacrifie son avenir et celui de sa famille au profit du bien commun. Cet aspect de capitation ne peut que pousser un syndicat à recueillir le maximum d'adhésion et donc à représenter le plus grand nombre.
3. Les jetons de présence aux diverses réunions avec l'autorité : nous proposons la base de l'indemnisation de 2 heures pour une heure de réunion proprement dite (1h présence = 1 h de préparation). La base serait celle d'une heure de salaire d'un médecin conseil avec reconnaissance de l'ancienneté et avec actualisation annuelle.

Ce triptyque du financement syndical permettrait un fonctionnement plus en rapport avec la représentation attendue.

le poids de la représentation :

Nous voulons lancer un débat sur la nécessaire représentation des différentes disciplines lors des travaux en commission ou lors des décisions à portée budgétaire.

Il semble évident que l'absence complète de tout spécialiste dans le corps des représentants syndicaux pourrait nuire à ses intérêts économiques lors des décisions budgétaires ; l'absence de sensibilité du médecin généraliste a pourtant pesé sur les décisions budgétaires pendant de nombreuses années.

Il est essentiel que cette sensibilité ait un poids lors des votes.

Un pourcentage des votes en terme de médecine spécialisée, médecine de première ligne peut être recherché dans les différents domaines et le poids politique que l'on veut lui donner.

Ainsi, si le tout hospitalier est la politique globale d'un gouvernement, le poids du vote des MG serait de 0%, celui des médecins spécialistes serait de 100%.

Dans un pays doté d'une politique de Santé Publique, le poids de la première ligne en Médicomut devrait dépasser les 50% des votes médicaux.

le rôle des experts auprès de l'état :

La présence et la participation de nombreux médecins sont exigées pour le bon déroulement des nombreuses commissions tant à l'INAMI qu'à la Santé publique ou à la Commission Médico-Mutualiste.

La représentativité des médecins en tant qu'experts auprès des commissions ou du gouvernement doit être financée tout aussi correctement :

- Nous demandons la même adaptation des jetons de présence mais avec le principe de 3 heures indemnisées pour une heure de présence,
- ainsi qu'un défraiement au nombre de pages de document à examiner ou à fournir à titre d'expert. Ce principe adopté en matière de justice, peut s'approcher d'une

indemnisation juste en regard du travail fourni. Le taux de production à la page appliqué par le ministère de la justice peut servir de base.

- En alternative, la rémunération à hauteur minimale d'un mi-temps, au même barème de médecin conseil, peut être proposée à l'expert.

le devoir syndical

Tout représentant d'une profession se doit de rendre des comptes au groupe dans son entier.

L'éthique et la déontologie la plus pure veulent que le syndicat représente l'ensemble des médecins et non un groupe aux intérêts ou à la pensée particuliers.

Nous recommandons que toutes les actions, interventions, représentations et publications du syndicat soient consultables par chaque médecin par le moyen d'un site internet mis à jour en continu.

Domino, pourtant un syndicat à part entière, multi-disciplinaire et bilingue pour des raisons purement légales, mais pourquoi pas aussi éthique, opte pour qu'au travers des syndicats (mais aussi les autres sociétés représentatives de la médecine), l'avenir de la médecine intellectuelle, tout particulièrement de la médecine de famille et de ses relations avec les spécialités, soit l'objet d'un large consensus qui transcende les particularismes stériles et les conflits linguistiques, et soit le sujet d'un consensus qui crée LA médecine d'excellence dans la plus grande satisfaction du patient belge, du médecin belge et de leurs représentants politiques, afin que ces derniers prennent à la fois en compte le bien-être du patient, la satisfaction du second et son propre souci économique-budgétaire, celui-ci ne devant jamais prendre le pas sur les premiers aspects cités.

Ce programme, mieux, cet acte d'espoir, fut rédigé à partir de discussions et réflexions écrites sur les forums Action-Santé, Pro-AMI et MG-Action.

Les manifestes de ces deux derniers groupes nous ont fortement inspirés.

Nous espérons qu'il fasse oeuvre utile.