

# Le Groupement belge des omnipraticiens et l'échelonnement

Anne Gillet-Verhaegen, médecin généraliste, vice-présidente du Groupement belge des omnipraticiens (GBO)

.....

*Contre toute logique, notre système de soins continue à stimuler le recours d'emblée à la médecine spécialisée. Le Groupement belge des omnipraticiens se bat pour un échelonnement incitatif (non contraignant) et une articulation rationnelle entre les lignes de soins, au service du patient. Il met sur la table de négociations des propositions très concrètes en ce sens.*

.....

**Mots clefs :** échelonnement, soins de santé primaires, politique de santé.

Combien de gastroscopies n'avons-nous pas été obligés de prescrire pour raisons administratives, au détriment de la santé publique<sup>1</sup>.

La prescription de vulgaires tiges urinaires pour diabétiques est réservée aux centres de référence multidisciplinaires, accessibles en première ligne... la prescription des semelles orthopédiques aux spécialistes... le nouveau cri en crème dermatologique aux dermatologues... multiples exemples d'échelonnement à l'envers et contraignant, réduisant les missions de la médecine générale à des rôles subalternes : tâches administratives, médecine de dépannage, médecine économique, médecine de pauvre.

A cet échelonnement à l'envers, négation de l'importance des soins primaires, mis en place au fil de conventions médico-mutuellistes favorables à la médecine technique, spécialisée, hospitalière et au détriment de l'acte intellectuel et plus particulièrement généraliste, le Groupement belge des omnipraticiens oppose la revendication d'un échelonnement à l'endroit, non contraignant mais suffisamment incité financièrement pour qu'il se réalise réellement.

La fille d'un patient de 85 ans, hospitalisé pour prise en charge d'une pneumonie, me téléphone pour m'avertir que son père va se faire placer un pacemaker. Etonnée de cette décision prise par le spécialiste sans mon accord ou du moins sans mon avis, je me rends à l'hôpital pour y rencontrer le cardiologue. Après analyse du dossier, il ressort que cet acte n'est pas strictement nécessaire, bien que le patient ait donné son accord pour l'intervention. Ensemble nous entrons dans la chambre du patient qui, avant que je n'ai pu dire quoi que ce soit, s'exclame, soulagé de me voir : « Ah, docteur, c'est bien que vous soyez là... je n'ai pas osé leur dire non ». Ce patient n'a pas été opéré, décision que nous n'avons jamais dû regretter. Ici se révèlent aussi, en filigrane, les difficultés du consentement dit éclairé.

## ..... Le rôle central du généraliste

Cet exemple illustre le combat du Groupement belge des omnipraticiens : faire reconnaître le rôle central du généraliste dans l'organisation des soins de santé dans un souci de santé publique au service des patients situés,

eux, au centre du processus de soins. Ce rôle central suppose une collaboration entre les différents niveaux de soins. Quand elle existe, et parfois de façon remarquable, nous arrivons à une haute qualité des soins (la récente actualisation de l'étude de B. Starfield nous prouve bien qu'une première ligne forte dans un réel échelonnement, mène à une meilleure qualité des soins). Malheureusement nous devons constater encore trop souvent une absence de collaboration, par refus ou négligence ou ignorance de l'apport généraliste. C'est ce refus qui nous amène à vouloir structurer cet échelonnement et à le financer. Evidemment, une urgence grave ophtalmologique ne doit pas passer obligatoirement par le généraliste avant la salle d'urgence, mais pourquoi diable le spécialiste néglige-t-il si souvent de tenir au courant le généraliste pour lui permettre d'assurer la continuité des soins ?

Au niveau de la Commission médico-mutuelliste, le débat concernant cette structuration de la collaboration spécialistes/généralistes s'est longtemps enlisé faute d'une réelle volonté d'accorder aux généralistes le rôle qui leur revient.

Est-ce la crainte de voir apparaître un « contre-pouvoir » efficace à une liberté diagnostique et thérapeutique parfois utilisée abusivement ?

## ..... Quant à la liberté thérapeutique et diagnostique

Nous sommes convaincus que l'indépendance des généralistes, indépendance intellectuelle et financière par rapport à toute structure, est un atout

Enfin, je ne suis plus sûr du tout d'être le plus malade des trois !



JIM PÉ ©

majeur dans l'aide fournie aux patients. Par contre, nous nous inquiétons de la dépendance des spécialistes vis-à-vis de leurs structures hospitalières. Nous voulons en effet être sûrs que l'avis chirurgical demandé est bien motivé par la santé du patient et non par la santé financière de l'institution.

Le Groupement belge des omnipraticiens est farouchement défenseur d'une liberté au service des soins individuels dans un système cohérent où l'apport de chacun des prestataires est reconnu, financé et utilisé parce que complémentaire ; d'une liberté thérapeutique guidée par des recommandations de bonne pratique servant de balises, sans contraintes, aux démarches médicales.

Le Groupement belge des omnipraticiens s'oppose à une liberté affichée vis-à-vis des patients mais confisquée par de multiples intérêts économiques qui sont loin de se soucier du caractère humanitaire des soins. C'est dans ce contexte d'emprise économique sur les soins de santé que nous sommes alors partisans d'un rôle régulateur de l'Etat, qui se doit d'être soucieux de la santé publique... particulièrement en assurant un financement suffisant aux universités, aux sociétés scientifiques de médecine générale, à la recherche indépendante, aux syndicats médicaux... pour réduire au maximum l'influence des intérêts économiques, moins enclins à préserver la liberté de pensée et d'action des prestataires.

•••••

### Propositions concrètes

- Enseigner la complémentarité spécialistes/généralistes dès la

formation de base et pendant toute la formation continue, tant spécialiste que généraliste. Et pourquoi pas un stage obligatoire en médecine générale pour tous les candidats spécialistes afin de prendre pratiquement la mesure de l'apport généraliste ?

- Soutenir les généralistes pour qu'ils initient, eux-mêmes, lors des cas complexes, les recours aux centres multidisciplinaires, reconnaissant l'apport majeur de ces centres. Ces centres doivent constituer un véritable soutien à la médecine générale, en deuxième ligne. Dans cette configuration, il faut rendre accessible aux généralistes le matériel actuellement réservé aux centres.
- Soutenir les généralistes pour qu'ils initient les hospitalisations avec la création d'un dossier de liaison (extension au Dossier médical global). Pendant l'hospitalisation, honorer réellement la communication entre le généraliste et le spécialiste pour améliorer l'ad-

quation des soins hospitaliers. Restaurer la spécialité de médecin interniste général, interlocuteur hospitalier privilégié pour le généraliste, restaurer l'honoraire à l'assistance opératoire dans le cadre du Dossier médical global, honorer une visite hebdomadaire du généraliste à l'hôpital (aussi dans le cadre du Dossier médical global).

- A la sortie de l'hôpital, concertation, honorée, entre le généraliste et le spécialiste par la mise sur pied de « plans de soins » pour favoriser le meilleur retour du patient au meilleur endroit - domicile, maison de soins, maison de repos et de soins - à l'instar du projet gériatrique en cours.
- A domicile, travail privilégié avec les équipes de première ligne et les équipes spécialisées de deuxième ligne dans le respect du travail de première ligne, à l'instar de ce qui se fait en soins palliatifs où la collaboration est généralement satisfaisante.

## • Le Groupement belge des omnipraticiens et l'échelonnement • (suite) • • • • • • • • •

- Développer toute forme de financement qui soutienne les généralistes structurellement dans leur installation et leurs activités non dépendantes du contact-patient proprement dit et donc non honorées par le paiement à l'acte<sup>2</sup>. Le mode de financement actuel, essentiellement à l'acte, ne reconnaît pas les différences dans la pénibilité du travail. C'est une raison pour laquelle nous voyons apparaître la tendance : « à population pauvre, soignants paupérisés ». Nous prônons la création d'une prime à l'installation dans les quartiers désertés parce que difficiles et/ou pauvres.

Le mode de financement à l'acte ne soutient pas non plus le côté qualitatif apporté par l'écoute, l'accompagnement, le *counselling*, la guidance, la prévention, l'éducation à la santé. Comment valoriser ce mode de travail ? Nous plaidons, en plus du paiement à l'acte, pour le développement de trois autres modes de financement : les financements à la patientèle et à la pratique, ainsi que le soutien financier à la pratique de groupe qui permet, entre autres, un partage plus solidaire du temps de travail et des charges familiales entre hommes et femmes tout en préservant la continuité des soins.

Nous sommes convaincus que ces différents modes de financement ne sont pas de nature à coincer les médecins et leur faire perdre leur autonomie. Au contraire, cela les libère en partie du lien contact/paiement qui semble être une cause de surproduction médicale, exemple type de la perte de liberté d'esprit du médecin.

*(1) Le remboursement de nombreux médicaments de l'ulcère de l'estomac et d'autres pathologies du tube digestif n'est accordé que sur autorisation du médecin conseil, obligatoirement sur base des résultats d'une gastroscopie.*

*(2) Les réflexions du D<sup>r</sup> Anne Gillet s'adressent à l'ensemble des généralistes, dont la majorité travaille « à l'acte ». A l'examen, les propositions qu'elle énumère nous paraissent tout aussi pertinentes pour la médecine au forfait, pratiquée dans une majorité des maisons médicales. (ndlr)*