

La médecine générale en Belgique

Willy André

Délégué pour la Belgique à l'UEMO

Quelles sont les conditions de travail de nos collègues dans les pays voisins? La découverte de points communs et de différences est toujours pleine d'enseignement. Voici un compte-rendu intéressant et instructif sur la Belgique.

Wie sind die Arbeitsbedingungen für unsere Kollegen in anderen Ländern? Es ist immer sehr lehrreich, Gemeinsamkeiten und Unterschiede kennenzulernen. Hier folgt ein interessanter und aufschlussreicher Bericht aus Belgien.

Il existe 40000 médecins en Belgique, dont 18000 généralistes parmi lesquels seulement 14000 pratiquent effectivement la médecine générale. Un numerus clausus a été institué dans les universités depuis 1997. La formation spécifique en médecine générale dure 3 années, partagées entre l'apprentissage sur le terrain auprès d'un maître de stage généraliste, des stages à l'hôpital et des séminaires de médecine générale.

L'exercice de la médecine est dit «libéral»: il n'y a en effet pas d'inscription des patients et ceux-ci peuvent choisir librement leur médecin, qu'il soit généraliste ou spécialiste. Un sondage récent a cependant montré que 85% des patients restaient fidèles à un médecin généraliste.

Le remboursement des patients

Le médecin généraliste est payé à l'acte par le patient qui reçoit un remboursement partiel auprès de l'organisme assureur qu'il a choisi (mutuelle). La partie non remboursée à charge du patient constitue le «ticket modérateur» qui est variable de 15 à 40% selon le médecin, selon

l'acte effectué, selon le revenu du patient (les veufs, invalides, pensionnés, orphelins ont droit à un ticket modérateur réduit) et selon que son médecin généraliste possède ou pas un dossier médical global concernant ce patient. De plus, il existe une «franchise sociale sélective»: chaque année, par famille, les tickets modérateurs sont additionnés et au-delà d'un certain montant fixé en fonction des revenus, le patient est entièrement remboursé de ses soins de santé.

Les conditions de pratique médicale

Les conditions de pratique médicale sont déterminées par des accords médico-mutualistes renouvelables tous les deux ans au sein de l'Institut National de l'Assurance Maladie Invalidité. Des élections médicales déterminent pour quatre ans les sièges des organisations professionnelles. Il en existe actuellement deux et doivent obligatoirement contenir des spécialistes et des généralistes et être représentatives des deux régions linguistiques du pays.

Les honoraires du médecin financent entièrement sa propre installation et les frais de fonctionnement du cabinet. Il n'y a pas, en général, de secrétaire. Cette fonction est assurée soit par l'épouse ou par une société spécialisée avec déviation téléphonique. Le médecin travaille majoritairement en solo bien que les jeunes s'orientent plus vers le travail en équipe.

Même en solo, la vie associative avec ses confrères existe, comme je l'expliquerai plus loin.

Quelques maisons médicales qui groupent 2 ou 3 médecins, infirmières, kinésithérapeutes, psychologues se trouvent dans les grandes villes et sont très minoritaires.

Les obligations légales existent cependant pour participer aux gardes de week-end, remplir divers formulaires administratifs, ramasser les déchets médicaux, tenir le dossier médical de chaque patient et assurer la continuité des soins en cas d'absence.

De nombreux contrôles administratifs

Les contrôles sont nombreux: le contrôle médical de l'administration des soins de santé, la commission médicale provinciale (gardes, prescription de stupéfiants), l'ordre des médecins, la commission des profils (contrôle du nombre de contact-patient en rapport avec le volume de prescription de biologie clinique, d'imagerie médicale, de médicaments et des soins infirmiers).

Indépendant? Guère attrayant pour les médecins

Le statut d'indépendant du médecin n'est guère attrayant, en effet, il n'est assuré que pour les risques de santé importants liés à la biologie clinique, la radiologie et l'hospitalisation. Les revenus de remplacement en cas de maladie sont dérisoires et n'interviennent qu'après 3 mois de maladie. De même, la pension à 65 ans se limite à 600 € par mois. La nécessité de contracter des assurances privées est inéluctable.

Si le médecin s'engage à respecter un tarif fixé entre médecins et mutuelles, il recevra un statut social durant ses années d'activité d'une valeur de 3000 € par an qui doit servir pour moitié à la constitution d'une pension. L'autre moitié est apportée par le médecin.

La liberté thérapeutique est garantie par la loi. Le patient peut changer de médecin sans avoir à le justifier et peut aller directement à l'hôpital, sauf pour la biologie et l'imagerie médicale.

La relation entre généralistes et spécialistes

La relation entre médecins généralistes et spécialistes se discute au niveau des associations locales et des organisations professionnelles. Le ministre de la santé actuel a

décidé de privilégier la concertation en créant des « dialogues santé » destinés à faire l'inventaire des problèmes et de leurs solutions. Il faudra choisir entre l'échelonnement des soins ou l'établissement de fiches de liaison payées à l'envoyeur généraliste et au renvoyeur spécialiste. Il est conseillé aux patients de rendre visite à son médecin généraliste avant de consulter un spécialiste. L'échange de données entre spécialistes et généralistes est stimulé. Le patient est mieux remboursé pour la consultation du généraliste qui tient le dossier médical global de celui-ci.

Recherche d'un modèle de qualité

La formule de l'accréditation est un label de qualité avec droit à un honoraire supplémentaire aux conditions suivantes: suivre un certain nombre d'heures (60 h minimum en 3 ans) de formation médicale continue avec des notions d'éthique et économie (recherche d'efficacité: les meilleurs soins au moindre coût), pratiquer un échange de données avec ses confrères, participer aux séances des groupes locaux d'évaluation médicale (GLEM). Ceux-ci ont une double orientation: d'abord une évaluation de son comportement face à un modèle de qualité fixé par un groupe de médecins homogènes de 8 à 25 participants) et ensuite une recherche de stratégie diagnostique et thérapeutique intégrant la notion de coût (efficacité).

Ainsi donc le médecin de famille indépendant mène une vie associative développée dans les associations locales qui règlent aussi le rôle de garde, les relations avec les hôpitaux et divers organismes sociaux, dans les groupes locaux d'évaluation médicale, dans la formation médicale continue, dans la coordination des soins à domicile en association avec les infirmières et kinésithérapeutes et enfin dans les organismes de prévention.

Liberté thérapeutique menacée

Nous restons attachés à la liberté de choix du patient envers son médecin car cela stimule une recherche de qualité: si le médecin n'est pas « bon », le malade peut en changer.

La liberté thérapeutique existe mais elle est battue en brèche dans la prescription des médicaments par des réglementations ministérielles sous couvert d'économies à réaliser: pour certaines médicaments nouvelles au prix élevé, un accord *a priori* du médecin conseil (mutuelles) est nécessaire en lui prouvant la bonne indication. Ces accords pourraient être *a posteriori* selon le désir du ministre mais cela augmenterait la paperasserie du médecin qui devrait garder la preuve de l'indication pendant quelques années, s'il veut éviter un refus postérieur avec implication financière du patient et amende pour son médecin.

Réflexion sur les dépenses: le médecin entre le patient et l'Etat

De plus, les médecins se sont engagés dans le dernier accord à susciter une réflexion entre pairs quant au type de prescription et au volume de prescription dans un certain nombre de catégories de médicaments. Cette réflexion se déroulera dans le GLEM. Les médecins, tant spécialistes que généralistes, recevront un certain nombre de supports à leur analyse: les dépenses nationales dans certaines catégories et classes de médicaments, les volumes, le tout exprimé soit en conditionnement, soit en dose journalière. Ils recevront aussi les conclusions des conférences de consensus consacrées à ces mêmes médicaments.

L'objectif est de voir dans quelle mesure le consensus et les modifications thérapeutiques qu'ils impliquent sont applicables à leur pratique quotidienne. Le défi est de convaincre les autorités du caractère réfléchi, argumenté et responsable de la prescription de médicament.

Face au souci budgétaire du ministre de la santé et à la coercition économique du

gouvernement, la recherche du caractère humain de la médecine se base sur trois points de vue:

- La recherche de la satisfaction du patient. Le médecin est le défenseur naturel du malade et ne peut jouer le rôle de gendarme de l'Etat. Il faut cependant s'adapter aux circonstances économiques du temps en recherchant l'efficacité par l'évaluation de la qualité, la stimulation de la recherche, la collaboration des prestataires et l'amélioration de la formation médicale de base et de la formation continue.
- L'accessibilité de tous aux soins de santé. Il est nécessaire que chacun participe au financement de la santé en plus du financement public. A contrario, une couverture financière totale par l'Etat entraînera, faute de moyens, des listes d'attente et donc un rationnement. La situation économique et monétaire pousse à une compression des soins de santé et donc à un rationnement structurel. En effet, le vieillissement de la population, la croissance des pathologies lourdes (sida, cancer, ...), le développement des techniques médicales sophistiquées et chères, l'attente de la population stimulée par les médias et une recherche de bien-être entraînent une augmentation des besoins financiers. Il ne reste alors que deux solutions aux stratégies ministérielles: soit la compression des coûts qui aboutit au rationnement en diminuant le nombre d'actes pris en charge ainsi que les médicaments, soit la compression du nombre de bénéficiaires qui aboutit à des exclusions (âge, revenus, ...). Il ne reste plus alors, pour ceux qui le peuvent, que les assurances privées.
- La recherche de la qualité par la profession elle-même est une réponse au dilemme posé ci-dessus. L'évaluation de son activité et la notion d'efficacité peut apporter une solution, à condition d'être organisée par la profession elle-même.

Dr Willy André
rue de l'Entreville 86
B-6540 Lobbes
willy.andre@skynet.be