

Quelle vision la Flandre a-t-elle des soins de santé ?

Note de position commune des acteurs de la première ligne

La réduction annoncée du soutien Impulseo n'est pas une mesure budgétaire isolée. Elle intervient directement dans l'organisation des soins de médecine générale et révèle une tension fondamentale entre les ambitions que la Flandre formule elle-même et les instruments nécessaires pour les concrétiser.

La Flandre désigne le médecin généraliste comme le pivot de la première ligne. Elle souhaite renforcer l'accessibilité des soins de médecine générale, stimuler la collaboration multidisciplinaire, alléger la charge administrative des soignants et leur permettre de se consacrer à leurs missions essentielles. Dans la pratique quotidienne, la réduction du soutien aux pratiques risque de produire exactement l'effet inverse.

Le soutien aux pratiques rend les soins accessibles et permet d'organiser le travail indispensable. Les collaborateurs de pratique, tels que le personnel administratif, les assistants de pratique et les infirmiers de pratique, accueillent les demandes, planifient les rendez-vous, traitent les documents, contribuent au suivi des résultats et veillent à ce que les questions médicales parviennent à temps au médecin généraliste. Lorsque ce soutien diminue, le travail ne disparaît pas. Il retombe sur le médecin généraliste ou se traduit par des délais d'attente plus longs, une moindre joignabilité, moins de temps pour les soins aux patients et, éventuellement, des coûts plus élevés pour ceux-ci.

Cette mesure touche donc non seulement les médecins généralistes, mais avant tout les patients et les collaborateurs de pratique. Elle crée également une incertitude concernant les emplois existants, les investissements et les formations. Parallèlement, des questions essentielles restent sans réponse concernant les prestations effectuées en 2026, les demandes introduites en 2027, les mesures transitoires, les engagements existants, les prêts à l'installation, les primes de formation et les autres économies annoncées dans la première ligne.

Nous demandons à la Flandre de garantir immédiatement la sécurité juridique des engagements en cours et d'assurer une transparence complète sur les moyens concernés et l'impact attendu. Avant tout, un choix politique explicite est nécessaire : quelle responsabilité la Flandre souhaite-t-elle encore assumer dans l'organisation des soins de médecine générale, et quel modèle durable de soutien aux pratiques doit accompagner cette responsabilité ?

1. Ce débat dépasse la question d'une prime

Impulseo soutient l'organisation des cabinets de médecine générale, notamment par le soutien aux pratiques, la formation et les investissements. La réduction annoncée a donc une portée bien plus large que la suppression d'une subvention. Elle influence la capacité des cabinets à rester joignables, à organiser leur fonctionnement, à travailler de manière

multidisciplinaire et à permettre aux médecins généralistes de se consacrer au maximum aux soins médicaux.

Cette mesure soulève trois questions politiques essentielles :

- Comment cette réduction s'articule-t-elle avec les ambitions flamandes en matière de soins accessibles, intégrés et multidisciplinaires ?
- Quelle responsabilité la Flandre souhaite-t-elle encore assumer dans l'organisation et le renforcement des soins de médecine générale ?
- Quelles conséquences la Flandre prévoit-elle pour les patients, les collaborateurs de pratique, les médecins généralistes, les formations et la continuité des soins ?

Ces questions doivent être abordées ensemble. Sans vision de l'organisation de la première ligne, cette discussion ne peut être réduite au montant d'un seul poste budgétaire.

2. La décision va à l'encontre des ambitions politiques affichées

La suppression d'Impulseo est également en contradiction avec les orientations politiques plus larges des autorités flamandes et fédérales visant à renforcer la première ligne. Le Gouvernement flamand souligne que les soignants doivent pouvoir consacrer un maximum de temps aux soins, que les charges administratives doivent être davantage réduites et que la collaboration entre professionnels de santé doit être activement soutenue. Il mise également explicitement sur des pratiques multidisciplinaires de première ligne, une présence accrue des médecins généralistes et un transfert plus important des tâches vers le professionnel de santé le plus approprié. Les assistants de pratique, les infirmiers de pratique et les autres collaborateurs contribuent précisément à rendre ces objectifs réalisables. La disparition d'Impulseo complique donc la concrétisation de ces ambitions politiques.

Au niveau fédéral et dans les objectifs de soins de santé, la même orientation est donnée : une première ligne forte, des soins intégrés et des soins de proximité.

Le soutien aux pratiques constitue un instrument direct pour atteindre ces objectifs. Un cabinet bien organisé peut accueillir plus rapidement les demandes, mieux planifier les soins, veiller au suivi et soutenir la collaboration avec d'autres professionnels de santé. Cela ne décharge pas le médecin généraliste de sa mission de soins, mais lui permet précisément de consacrer du temps au diagnostic, au traitement, à la prévention, au suivi des maladies chroniques et à la concertation.

La contradiction est donc fondamentale. On ne peut pas déclarer que le médecin généraliste est le pivot de la première ligne tout en réduisant les moyens nécessaires à l'exercice de ce rôle. On ne peut pas stimuler la collaboration multidisciplinaire sans tenir compte de la coordination et de l'organisation qu'elle exige. Et on ne peut pas se fixer comme objectif d'alléger la charge administrative tout en réduisant le financement du soutien administratif.

Un objectif politique dépourvu d'instruments adaptés reste une intention. Toute réduction du soutien aux pratiques doit s'accompagner d'une démonstration de la manière dont l'accessibilité, la collaboration et l'allègement de la charge administrative seront alors assurés.

3. Quelle responsabilité la Flandre souhaite-t-elle encore assumer ?

Cette discussion touche directement au rôle de la Flandre dans l'organisation des soins de médecine générale. L'existence d'un soutien fédéral ne constitue pas une réponse suffisante. L'organisation des soins relève également de la responsabilité flamande.

Le New Deal ne constitue pas non plus une alternative générale au soutien supprimé. Les cabinets New Deal perdent eux aussi ce soutien et sont confrontés aux mêmes besoins organisationnels et à la même pression financière.

Renvoyer à un autre niveau de pouvoir ne constitue pas, en soi, une vision politique. Si la Flandre estime que le soutien aux pratiques doit désormais être entièrement financé par le niveau fédéral, elle doit le dire explicitement et se concerter à ce sujet. Si elle attend des cabinets de médecine générale qu'ils financent entièrement eux-mêmes ce soutien, elle doit également reconnaître les conséquences sur leur capacité d'investissement, leur statut de conventionnement, le coût des soins pour les patients et leur accessibilité.

Pendant des années, Impulseo a été l'un des moyens les plus concrets par lesquels la Flandre investissait dans l'organisation de la première ligne. Il ne s'agissait pas de financer les prestations médicales ou la nomenclature, mais les conditions dans lesquelles les soins sont dispensés : soutien aux pratiques, collaboration et accessibilité. Sa réduction constitue donc également un choix quant au rôle que la Flandre entend encore jouer.

4. L'origine des moyens exige de la transparence

Impulseo ne trouve pas simplement son origine dans une subvention flamande. Par le passé, les médecins généralistes ont délibérément consacré une partie de leur masse d'honoraires au soutien de leurs pratiques, convaincus qu'une réduction de leur charge administrative leur permettrait de consacrer davantage de temps aux patients. Lors de la réforme de l'État, cette compétence et les moyens correspondants ont été transférés aux entités fédérées.

Aujourd'hui, les médecins généralistes ont le sentiment que des moyens explicitement destinés à renforcer les soins de médecine générale disparaissent dans une opération générale d'économies budgétaires, tandis que les cabinets doivent à nouveau financer ce soutien sur leurs propres revenus.

Une transparence complète est donc nécessaire. Quel montant est supprimé ? À quoi ces moyens seront-ils réaffectés ? Quels engagements initiaux restent valables ? Et sur la base de quelle analyse politique a-t-il été décidé que cet investissement dans l'organisation des soins de médecine générale n'était plus nécessaire ?

5. Le patient en fait les frais

Le premier et principal critère d'évaluation est le patient. L'impact apparaît le plus clairement lorsque l'on part, non de la subvention, mais du parcours quotidien d'un patient au sein d'un cabinet de médecine générale.

Prenons une personne âgée atteinte de diabète, d'insuffisance cardiaque et de plusieurs maladies chroniques. Ce patient contacte régulièrement le cabinet pour un rendez-vous, une prescription, un résultat, un document administratif ou une question concernant son suivi.

Aujourd'hui, un collaborateur de pratique organise une partie importante de ce parcours. Il répond au téléphone, précise la demande, fixe un rendez-vous approprié, traite les documents, contribue à vérifier la disponibilité des résultats et veille à ce qu'une question médicale urgente parvienne à temps au médecin généraliste. Celui-ci conserve ainsi le temps nécessaire à l'appréciation médicale et aux soins qui ne peuvent être délégués.

Pour les patients, cela signifie concrètement : savoir plus rapidement à qui s'adresser, obtenir à temps un rendez-vous ou une réponse, éviter que des demandes restent sans suite, bénéficier d'un suivi plus fluide des résultats et d'une meilleure continuité entre les différents moments de soins. Pour les patients ayant des besoins complexes ou chroniques en particulier, cette continuité organisationnelle n'est pas un confort, mais une composante de soins sûrs et de qualité.

Lorsque le soutien diminue, aucune de ces tâches ne disparaît. Le téléphone continue de sonner. Les demandes de prescriptions, les documents et les résultats continuent d'arriver. Les rendez-vous doivent toujours être correctement planifiés et les demandes urgentes doivent toujours être identifiées. Le travail retombe simplement sur le médecin généraliste ou reste plus longtemps en attente.

Les conséquences sont donc visibles à chaque étape :

- Lors du premier contact : des délais d'attente téléphonique plus longs ou une moindre joignabilité.
- Lors de l'accès aux soins : davantage de difficultés pour obtenir à temps un rendez-vous ou une réponse.
- Pendant la consultation : davantage d'interruptions et moins de temps pour les questions médicales complexes.
- Après la consultation : un traitement plus lent des documents, des résultats et des rendez-vous de suivi.
- Dans le suivi à long terme : moins de temps pour la prévention, les soins chroniques proactifs et la concertation avec d'autres professionnels de santé.

Les patients ne sauront peut-être jamais ce qu'est Impulseo. Ils ressentiront toutefois sa réduction dans la joignabilité du cabinet, le délai de réponse, le temps que le médecin généraliste peut leur consacrer et la qualité du suivi. L'impact ne se limite donc pas à une ligne budgétaire : il se manifeste dans les soins quotidiens.

6. Les coûts et la pression ne disparaissent pas : ils sont transférés

Le soutien aux pratiques permet d'organiser le travail indispensable. Lorsque son financement diminue, deux possibilités se présentent essentiellement.

Soit le cabinet maintient ce soutien et le finance entièrement lui-même. Soit il le réduit et le médecin généraliste reprend davantage de tâches administratives et organisationnelles.

Dans le premier scénario, la pression financière augmente. Les cabinets peuvent réduire les heures de travail du personnel, reporter des investissements ou revoir leurs choix de financement et de conventionnement. Pour certains cabinets, cela peut finalement entraîner des coûts plus élevés pour les patients.

Dans le second scénario, la charge administrative du médecin généraliste augmente et le temps disponible pour les soins aigus et complexes, la prévention, le suivi des maladies chroniques et la concertation diminue.

Dans les deux scénarios, le besoin de la société subsiste. La question centrale de l'efficacité de la mesure est donc inévitable : quel problème résout-elle, au-delà d'un problème budgétaire à court terme ?

Le travail, les coûts et la pression ne disparaissent pas. Ils sont transférés aux cabinets de médecine générale, à leurs collaborateurs et aux patients. Ce que la Flandre économise aujourd'hui risque d'être payé demain par les patients, non seulement en euros, mais aussi en termes de joignabilité, d'accessibilité et de continuité des soins.

7. Les collaborateurs de pratique, les formations et le marché du travail en paient également le prix

Pendant des années, les cabinets ont été encouragés à investir dans le personnel administratif, les assistants de pratique et les infirmiers de pratique, ainsi que dans le transfert des tâches et la professionnalisation.

Des formations et des outils de soutien ont été développés pour rendre cette évolution possible. La réduction du financement fragilise une partie des fondements de ce développement.

Pour les collaborateurs actuellement en poste, une incertitude apparaît concernant leurs heures de travail, leurs contrats et leur sécurité d'emploi. Pour les cabinets, il devient plus difficile d'engager de nouveaux collaborateurs ou d'investir dans leur formation et leur accompagnement. Pour les établissements de formation, les organisations et les structures

d'appui, l'incertitude porte sur des parcours et des supports dans lesquels des moyens et une expertise ont déjà été investis.

Cette situation est d'autant plus problématique que le secteur a précisément besoin de nouveaux profils de soutien. La formation prévue d'assistant de pratique, attendue par les médecins généralistes, risque de ne pas pouvoir démarrer, notamment en raison de ces économies. Les formations existantes, telles que le secrétariat médical, la formation postgraduée « infirmier en cabinet de médecine générale » et d'autres parcours, risquent également de perdre des participants si les cabinets ne disposent pas de perspectives suffisantes pour employer durablement ces collaborateurs.

Une économie linéaire freine ainsi une évolution plus large vers des cabinets mieux organisés et multidisciplinaires, précisément au moment où la demande de soins et la pression organisationnelle augmentent.

8. Le processus décisionnel provoque une rupture de confiance

Ce n'est pas seulement le contenu de la décision, mais aussi la manière dont elle est annoncée et mise en œuvre qui porte atteinte à la confiance.

Une semaine après l'annonce, des questions restent sans réponse alors qu'elles déterminent directement les décisions que les cabinets doivent prendre aujourd'hui concernant leur personnel, les formations et les investissements. Parallèlement, les organisations sont censées informer le terrain, alors qu'elles ne reçoivent elles-mêmes pas suffisamment d'informations.

Il ne s'agit pas de détails techniques qui pourraient être précisés ultérieurement. Les cabinets doivent décider dès maintenant s'ils prolongent des contrats, ouvrent des postes, permettent à des collaborateurs de commencer une formation ou poursuivent leurs investissements. Une clarification a posteriori ne répare pas les conséquences des décisions prises aujourd'hui dans l'incertitude.

La rupture de confiance dépasse, en outre, la question de la communication. Pendant des années, les pouvoirs publics ont demandé aux médecins généralistes d'investir dans la collaboration, le soutien aux pratiques, la délégation des tâches et la qualité. Les cabinets ont engagé des collaborateurs et adapté leur organisation.

Lorsque les bases du financement sont ensuite modifiées sans transition, sans analyse d'impact ni concertation préalable, c'est la fiabilité de la politique menée qui est remise en cause. Les pouvoirs publics qui demandent des investissements doivent assumer leurs responsabilités lorsque les règles changent. Ceux qui demandent une collaboration doivent eux-mêmes agir en partenaires.

9. Passer de l'information à une concertation structurelle

En tant que secteur de la médecine générale, nous sommes disposés à nous concerter. Mais informer les partenaires après coup d'une décision déjà prise ne constitue pas une véritable concertation.

Si la Flandre attend des médecins généralistes qu'ils contribuent aux objectifs de santé flamands, elle doit les associer en amont aux choix qui influencent directement leur capacité à dispenser des soins.

Un modèle de concertation structurelle est donc nécessaire, dans lequel les choix politiques majeurs sont discutés avant la prise de décision. Cette concertation doit permettre une analyse commune des problèmes, une transparence sur les choix budgétaires, une évaluation de l'impact, une discussion des alternatives et de réels ajustements.

Aujourd'hui, le secteur de la médecine générale fait délibérément le choix de la concertation. La colère sur le terrain est néanmoins grande et le secteur réfléchit à de nouvelles actions. Non parce qu'il recherche le conflit, mais parce que les cabinets ne se sentent pas entendus et que les réponses fondamentales se font attendre.

La concertation ne peut rétablir la confiance que si elle va au-delà d'une explication d'une décision déjà arrêtée.

10. Questions urgentes

Nous avons un besoin urgent de réponses claires à plusieurs questions concrètes.

- La prime Impulseo est une intervention versée durant l'année x pour l'emploi de personnel durant l'année x-1. Que signifie cette décision pour les prestations et l'emploi de personnel en 2026, pour lesquels la demande ne sera introduite qu'en 2027 ?
- Quelles mesures transitoires sont prévues ?
- Quels engagements seront encore respectés ?
- Les prêts sans intérêt destinés aux médecins qui s'installent seront-ils maintenus ?
- Qu'en est-il de la prime de formation de 800 € ?
- Qu'en est-il des investissements réalisés par différentes organisations pour élaborer les fiches de formation correspondantes ? Que doit-il advenir de ces fiches ?
- Qu'en est-il des investissements réalisés en 2026 par les cabinets de médecine générale pour suivre des formations, tant pour les médecins généralistes que pour les infirmiers, et pour lesquels les demandes ne pourront être introduites qu'en 2027 ?
- Qu'en est-il des établissements de formation qui, en raison de la disparition de cette prime, compteront moins de participants à leurs formations dans les prochaines années ?

- Qu'en est-il des structures d'appui qui ont également réalisé des investissements ?
- En quoi consiste l'économie supplémentaire annoncée de 3,8 millions d'euros dans la première ligne ? Nous comprenons que des économies concernent les zones de première ligne, les soins palliatifs et le projet DRA. Comment cette économie se décompose-t-elle exactement ?
- Une économie supplémentaire est également prévue dans la prévention. Comment se décompose-t-elle exactement ?

11. Conclusion : quelle vision la Flandre a-t-elle ?

La discussion sur Impulseo est, en définitive, une discussion sur la vision de la première ligne.

Le soutien aux pratiques n'est pas un dispositif accessoire, mais une condition nécessaire pour des soins de médecine générale accessibles, de qualité et dispensés dans des conditions de travail viables. Sa réduction risque de faire retomber la charge administrative sur les médecins généralistes, de diminuer l'accessibilité pour les patients, de placer les collaborateurs dans l'incertitude et de freiner les investissements dans la formation, la délégation des tâches et la collaboration multidisciplinaire.

Il ne suffit donc pas d'expliquer ce qui est supprimé. La Flandre doit préciser quelle responsabilité elle souhaite encore assumer dans l'organisation des soins de médecine générale.

Le soutien aux pratiques représente-t-il encore, pour la Flandre, un investissement nécessaire dans des soins accessibles et de qualité ? Si oui, quel modèle durable le remplacera ? Si non, qui assumera les conséquences financières et organisationnelles ?

Placer le médecin généraliste au centre de la première ligne exige également d'investir dans les conditions qui lui permettent d'assumer ce rôle. C'est sur ce choix politique que les patients, les cabinets de médecine générale et leurs collaborateurs attendent aujourd'hui des éclaircissements.

Au nom de :

Dr Maaïke Van Overloop, présidente de Domus Medica

Dr Dieter Vercammen, président de ViaCaro

Dr Marieke Geijsels, vice-présidente de ViaCaro

Dr Michel Creemers, président de la section des médecins généralistes de l'ASGB

Dr Lieselot Brepoels, présidente du Kartel

Dr Jos Vanhoof, président du VAS et membre du comité de direction du BVAS-ABSYM

Centre universitaire de médecine générale, Louvain

Centre universitaire de médecine générale, Anvers

Centre de médecine générale – Département de santé publique et de soins de première ligne
– Université de Gand

Département de médecine générale et de soins chroniques de la VUB

Koen De Maeseneir, directeur de la Vereniging van Wijkgezondheidscentra

Dr Tim Joye, président de Médecine pour le Peuple

Patricia Polanco, directrice générale de Médecine pour le Peuple

Dr Lieve Peremans, coprésidente de Feprafo

Dr Mustapha Bouhoute, coprésident de Feprafo

Le groupe de travail des infirmiers en cabinets de médecine générale du NETWERK
VERPLEEGKUNDE

Vanessa Gauwe, coordinatrice de la formation postgraduée en soins infirmiers en cabinet de
médecine générale, Arteveldehogeschool

Prof. Dr Eva Goossens, formation postgraduée en soins infirmiers en cabinet de médecine
générale – Université d'Anvers

Lucky Botteldooren, formation postgraduée en soins infirmiers en cabinet de médecine
générale – Université d'Anvers