

# Collège de Médecine Générale

## Mémoire politique

2024

# La démarche de ce mémorandum 2024

Ce mémorandum 2024 est prioritairement destiné aux (futurs) décideurs politiques, à la veille des élections de 2024.

Confrontés à la complexité et à l'instabilité institutionnelle concernant les politiques de santé en Belgique, nous avons fait le choix de présenter nos propositions de manière globale, en étant conscients que ces propositions peuvent concerner différents niveaux de pouvoir, fédéral, régional, communautaire, provincial, communal.

Ce mémorandum 2024 est également un outil à destination des médecins généralistes, des professionnels de santé, des acteurs intermédiaires, des instances de concertation. Nous espérons que ce sera, pour eux, une source de réflexion et de projets que nous pourrions ainsi partager.

Ce mémorandum 2024 est également un outil à destination des patients/citoyens, acteurs de leur vie individuelle et collective.

Le CMG, décembre 2023



1. Pour une approche globale de la santé .....	3
2. À propos de l'organisation des soins .....	4
3. À propos de la complexité des structures de décisions .....	6
4. À propos de la pénurie des médecins généralistes .....	7
5. À propos des gardes population .....	8
6. À propos de la télémédecine .....	9
7. À propos de la santé mentale .....	10
8. À propos de la recherche en MG .....	10
L'évolution du contexte .....	11
Qui sommes-nous ? .....	14

# 1. Pour une approche globale de la santé

## 1. Prendre la santé comme préoccupation dans toutes les politiques publiques.

- Se référer aux « 5 aims » (soins préventifs et maladies chroniques, accès aux soins, trajets de soins, santé mentale, soins intégrés).
- Se référer aux concepts de santé globale et de santé positive.
- Fixer des objectifs de santé et de bien-être de la population.
- Évaluer l'impact sanitaire de toutes les décisions politiques prises et à prendre dans tous les domaines (à l'instar du développement durable).

2. Prendre en considération l'évolution quantitative et qualitative des besoins (plutôt que les demandes) d'une politique de santé pour les 20 prochaines années. L'exemple des gardes-population est, à ce titre, très éclairant.

3. S'inscrire dans une volonté de **donner plus de place et de moyens à une politique de prévention de la santé** qui, pour être plus effective, doit pouvoir, au-delà des dispositifs collectifs, être déclinée dans le contact personnalisé avec la population. Les médecins généralistes doivent pouvoir être des acteurs de référence dans ce domaine de la prévention, et cela pour tous âges confondus : enfants, adultes, vieillards. Il est important de mettre en place des campagnes multimédia plus étoffées, soutenues dans le temps, coordonnées entre les différents acteurs publics, impliquant médecins généralistes, infirmiers, travailleurs sociaux, éducateurs, enseignants, ... et de mettre en place une gestion intégrée dans les différents logiciels médicaux (DMI).

4. **Reconnaître le rôle essentiel de la première ligne de soins dans une politique de santé.** Cette première ligne est définie comme une ligne de prévention et de soins, assurant une continuité des soins (les gardes, la proximité, les soins à domicile).



La santé comme préoccupation dans toutes les politiques publiques

5. Créer les conditions les plus favorables pour **permettre un accès aux soins aux populations défavorisées économiquement, socialement, culturellement, géographiquement.**

6. **Prendre en considération les enjeux « santé et environnement ».** D'une part, les changements climatiques, plus globalement les dégradations environnementales, ont une influence sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé. D'autres part, les prestations de soins ont une empreinte écologique qui nécessite de repenser un certain nombre d'activités de soins en recherchant un nouvel équilibre entre l'impact de ces activités et leurs conséquences sociales et environnementales.

7. Veiller à proposer une offre de première ligne qui garantisse **un accès aux soins sur l'ensemble du territoire** (en tenant compte des enjeux liés à la densité et à la diversité des populations).

8. **Pouvoir disposer de logiciels informatiques performants,** dont la qualité doit être contrôlée par les pouvoirs publics, avec une attention au respect du RGPD et aux mesures de protection contre les défaillances globales et la cybercriminalité.

9. Assurer un financement durable des politiques de santé en assurant **une norme de croissance suffisante** avec des inflexions selon l'importance et l'évolution des enjeux.

## 2. À propos de l'organisation des soins

**1.** Valoriser la médecine générale qui est une spécialisation qui s'affirme comme telle, avec la volonté de jouer pleinement son rôle aux côtés des autres spécialités et des autres prestataires de soins. Se référer au principe « *les meilleurs soins, au meilleur endroit, par le prestataire le plus adéquat, au moment le plus opportun, au juste prix* ».

### 2. Définir et répartir les missions de chaque ligne de soins

Médecins spécialistes et médecins généralistes doivent pouvoir se concentrer sur les patients qui méritent leur expertise respective, ce qui rendrait plus cohérente la prise en charge des patients.

D'une part, les médecins généralistes s'interrogent sur leurs propres missions et sur les possibilités de déléguer, sous leur responsabilité, certaines tâches qu'ils assument actuellement seuls, à d'autres professionnels des soins de santé. Ceci permettrait notamment de prendre en charge des patients chroniques stabilisés qui ne devraient plus consulter systématiquement un spécialiste.

D'autre part, les médecins spécialistes doivent pouvoir déléguer des tâches de la médecine spécialisée vers la première ligne de soins, en renvoyant à la médecine générale ce qu'elle peut prendre en charge. Ceci permettrait aux médecins spécialistes de se consacrer aux soins spécialisés et très spécialisés dans les deuxième et troisième lignes de soins.

**3. Organiser les hospitalisations à domicile de manière concertée** afin que chacun puisse assumer pleinement son rôle et ses responsabilités.

**4. Garantir un financement adéquat des trois systèmes d'honoraires** (à l'acte, au forfait, new deal). Préserver le libre choix pour chacun de ces trois systèmes d'honoraires.

**5.** Mettre en place un plan volontariste et ambitieux de **simplification administrative**, qui permette aux médecins généralistes de se concentrer sur le cœur de leur métier. S'appuyer sur les enseignements de l'actuelle campagne « Crocodile bleu » pour identifier les zones de progrès à accomplir.<sup>1</sup>

**6. Mettre en place un numéro unique d'appel général du social-santé** au sein duquel on distingue les fonctions sociales, administratives, psychologiques, de santé, d'aides aux soins à domicile ou autres. Le rendre accessible aux professionnels et aux patients dans des heures compatibles avec les pratiques médicales et la réalité des patients (soit de 9h à 18h au moins)<sup>2</sup>.

**7. Faciliter et encourager le partage d'informations au-delà des frontières entre les différents secteurs**, afin de réellement avoir un maillage citoyen-social-santé pertinent et efficace. Le partage d'informations dans le domaine de la santé est avancé, mais il est souvent insuffisant dans les secteurs du bien-être et du social. Un exemple douloureux est la gestion des dossiers de maltraitance infantile avec un manque d'interactions avec les médecins à propos des dossiers type SAJ ou SPJ.

<sup>1</sup> <https://www.certificats-absurdes.be/crocodile-recu/>

<sup>2</sup> Voir l'expérience positive du 1710 à Bruxelles.

**8.** Pour faire face aux inéluctables futures crises (pandémie, ...), il est indispensable de reconnaître, valoriser et soutenir la médecine générale dans son rôle essentiel de prestations de soins de première ligne. **Les organisations représentatives de la médecine générale doivent être intégrée de manière permanente dans les différentes instances de gestion de crise.** Cette représentation doit être déclinée du niveau fédéral au niveau local.

**NB** Le CMG a produit un rapport complet de debriefing de sa gestion de la crise Covid (2020-2021).

**9. Rendre les MR-MRS plus attractives** (type d'organisation, valorisations financières du personnel soignant) pour qu'elles disposent de suffisamment de personnel – en nombre et en compétences – afin de garantir aux personnes âgées des conditions de vie et de fin de vie dignes.

**9. Veiller à simplifier les démarches avec les CPAS et les organismes sociaux** pour éviter les obstacles à l'accès des publics précarisés aux soins de santé. Simplifier et harmoniser l'ouverture et la couverture du droit à l'AMU (« aide médicale urgente » dont il faut remplacer le mot « urgent » par le mot « nécessaire »).

## **10. Mieux réguler le marché des médicaments**

- Passer à la délivrance des médicaments à l'unité pour éviter le gaspillage et limiter les mésusages
- Gérer les problèmes de pénurie de médicaments essentiels
- Supprimer la publicité pour les médicaments
- Financer correctement la formation de base universitaire et continue pour permettre aux organisations de formation de proposer des programmes de qualité indépendants de sponsors partiels (exemple : firmes pharmaceutiques).



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

# 3. À propos de la **complexité** des structures de décisions

1. Tirer toutes les leçons de la crise du Covid-19. Reconnaître l'importance en période de crise aiguë d'**un interlocuteur capable d'engager l'ensemble des pouvoirs publics**.
2. **Sortir d'un trop grand éclatement institutionnel** des compétences de santé.
3. Mettre en place les instruments d'**une coordination interministérielle efficace** des politiques de santé, avec pouvoir de décision, quels que soient les niveaux de pouvoir et les domaines spécifiques de compétences (notamment celles qui concernent d'importants déterminants de santé comme le logement, l'environnement, l'emploi, ...). Mesurer les impacts positifs d'une bonne articulation entre la prévention et les soins curatifs, même si ces politiques sont gérées à des niveaux différents.
4. Reconnaître, soutenir, financer et garantir **la représentation de la médecine générale francophone** au sein des différentes instances de concertation, notamment les instances de gestion de crise.
5. Organiser une concertation avec les organisations représentatives de la médecine générale (francophone) pour la conception, le déploiement et l'exécution de projets. **Veiller à ce que les organisations représentatives soient concertées** en amont et en aval dans la fixation des objectifs et concepts de l'interdisciplinarité au sein de la première ligne (ex. Proxisanté ; PSSI)
6. **Doter les administrations concernées de moyens suffisants** afin que la charge administrative ne soit pas reportée sur les médecins généralistes



Sortir d'un trop grand éclatement institutionnel

# 4. À propos de la **pénurie** des médecins généralistes



## Un plan stratégique coordonné de lutte contre la pénurie de médecins généralistes

- 1. Garantir un nombre suffisant de prestataires par territoire** après avoir établi un diagnostic approfondi de la situation.
- 2. Définir, à tous les échelons de pouvoir, un plan stratégique coordonné** de lutte contre la pénurie de médecins généralistes : attractivité du métier, nombre de médecins généralistes à former, planification, aides à l'installation des cabinets, complémentarités des lignes de soins, poids des gardes, simplifications administratives, mesures de bien-être, mesures de rétention, etc. Garantir un financement adéquat, suffisant et pérenne des mesures prises. Évaluer régulièrement l'effectivité et les effets de la mise en œuvre de ce plan.
- 3. Favoriser un meilleur partage des tâches entre les prestataires de soins** pour augmenter l'efficacité du système, avec une reconnaissance et un financement adéquat des missions de chacune des lignes de soins.
- 4. Garantir, via les quotas attribués dans les concours universitaires en médecine, que les médecins généralistes représentent de manière constante au moins 50% de la profession** de médecins en Wallonie et à Bruxelles.
- 5. En région bruxelloise, revoir la réforme de la prime d'installation** (ex Impulseo) qui a été mise en place, en dépit même de l'avis des intéressés. L'ouvrir à tous les types de pratiques sans discrimination, simplifier la procédure d'accès.

# 5. À propos des **gardes** population



## Garantir une rémunération et des conditions de travail décentes

- 1.** Réaffirmer que les gardes populations sont une forme de permanence des soins qui doit relever d'un **service public** qui ne peut pas se raisonner exclusivement en termes de rentabilité dans les heures contractuelles. Il est important de revisiter le rôle des différents acteurs de la garde et de la permanence des soins. Il est important de définir un rôle pour l'État dans un système soutenable pour les prestataires afin d'assurer une offre de soins de qualité et équitable sur l'ensemble du pays.
- 2.** Garantir un **Poste Médical de Garde à moins de 30 minutes de tout patient**, financé intégralement par le Fédéral dont c'est la compétence et la responsabilité.
- 3. Renforcer des collaborations et des complémentarités entre le service de tri, les médecins généralistes et les services d'urgence hospitaliers**
  - Implémenter un service de tri efficace et généralisé sur tout le territoire. Un service de tri 1733 permet à tous les patients d'être triés avant de pouvoir se présenter à un service d'urgence hospitalier ou en PMG.
  - Préciser les complémentarités et les collaborations entre les services de tri, les services d'urgence et la Médecine Générale afin de diminuer drastiquement la quantité de patients qui se présentent dans les PMG en triant les pathologies qui ne concernent que la MG, et qui ne peuvent pas être différées.
  - Confier à la médecine hospitalière, là où cela est nécessaire, dans les lieux en pénurie, la responsabilité de la gestion de la nuit profonde, sauf pour les patients en soins palliatifs, les grabataires et les patients en MR(S).
- 4. Garantir une rémunération et des conditions de travail décentes.** Il ne revient pas aux médecins généralistes de supporter les coûts financiers, logistiques et humains de l'organisation d'un service public. Les gardes assumées par les médecins généralistes ne peuvent pas être l'alternative bon marché et bradée par rapport au système hospitalier. Les gardes assumées par les médecins généralistes ne peuvent pas être une imposition légale sans contrepartie proportionnée.
  - Fixer des honoraires rémunérateurs et proportionnés compte tenu de la charge et de la pénibilité de travail en soirée, le samedi ou le dimanche.
  - Fixer des honoraires minimums indépendamment du volume de prestations et du type de prestations lors des gardes (par exemple, pour tenir compte des gardes dans les zones moins peuplées).
  - Financer correctement les infrastructures et la coordination des PMG.
  - Mettre des moyens à disposition pour assurer la sécurité du médecin généraliste lors des gardes.
- 5. Faire confiance aux médecins généralistes et leurs représentants** pour l'organisation pratique quotidienne de la garde en étant attentif à préserver leur santé et à leur permettre d'assurer correctement les soins en journée.
- 6.** Prendre en considération, dans la mise en place, l'organisation et le financement de coopérations fonctionnelles pour l'organisation des gardes, de la spécificité des territoires. Le critère de nombre de population ne peut suffire, il faut également **tenir compte du critère de densité de population** qui impacte significativement les territoires ruraux et semi-ruraux, plus nombreux en Wallonie que dans le reste du pays.



# 6. À propos de la **télémédecine**

**1. Ne pas ouvrir la porte à des projets industriels de santé** qui veulent vendre une médecine via une plateforme électronique, sans possibilité de contacts personnalisés accessibles socialement et territorialement. Le marché des outils de télémedicine représente une opportunité juteuse pour des opérateurs privés de s'introduire dans le domaine de la santé et y imposer leurs visions économiques d'une politique de santé qui ne tienne pas compte de l'intérêt général des patients et des professionnels de santé. Par ailleurs, les médecins de telles organisations commerciales sont confrontés à des problèmes déontologiques.

**2.** S'assurer que les autorités publiques conservent une **maîtrise du cadre réglementaire** d'introduction et d'utilisation de la télémedicine en accord avec les professions médicales concernées. Pour garantir les conditions pour que la médecine générale s'approprie progressivement les différents outils et méthodes de télémedicine, il faut :

- Donner la priorité à la recherche de qualité et de sécurité pour les patients, pour les médecins généralistes, pour les équipes pluridisciplinaires de prestations de soins, pour la santé publique.
- Prendre en considération la médecine générale avant tout comme un métier de contact et de relations humaines.
- Saisir les opportunités qu'offre la télémedicine pour enrichir, de façon complémentaire, la palette des modes d'intervention

de la médecine générale et spécialisée (ex. avis dermatologiques).

- Identifier la démarche comme une manière de répondre à des besoins (nouveaux ou non rencontrés) des patients ou des médecins. Veiller à une approche « bottom-up » de détection de ces besoins.
- Veiller à créer des conditions d'utilisation adéquates des outils de la télémedicine.
- S'assurer que les prestations de télémedicine soient rémunérées correctement, en relation avec les investissements professionnels, humains, matériels et financiers que cela représente pour les médecins généralistes.
- Cadrer de manière spécifique et distincte les différentes démarches de télémedicine pour une utilisation pertinente des téléconsultations, de la télé-expertise, du télé-monitoring, de l'intelligence artificielle.
- Mettre en place des politiques de formation initiale et continue des médecins généralistes afin qu'ils puissent s'approprier au mieux ces nouveaux outils.
- Développer des contenus de littérature en santé à destination des bénéficiaires de la télémedicine.

**3.** Garantir un **financement adéquat des téléconsultations**. Le choix du type de consultation par le médecin ne devrait pas être influencé par le financement, pour que ce choix se fasse en regard de la qualité. L'incitant financier à choisir l'une ou l'autre modalité devrait être nul ou très réduit.



Un cadre réglementaire pour s'approprier progressivement les outils et méthodes de la télémedicine.

## 7. À propos de la **santé mentale**

1. **Établir un plan stratégique de prévention** en santé mentale pour tous les âges, avec un effort particulier pour les enfants/adolescents et les personnes âgées.
2. Établir un protocole de collaboration entre les psychologues et la première ligne. Mettre à disposition les lignes directrices pour la communication entre les deux professions. **Soutenir un travail en réseau** pour répondre à la demande croissante en santé mentale et garantir une continuité des soins et de l'accompagnement. Renforcer le financement des centres de santé mentale et de planning familial.
3. Renforcer les dispositifs de **dépistage et de sensibilisation**.
4. Veiller à **une prise en charge précoce** – dès l'adolescence – des problèmes de santé mentale. Ne pas négliger la santé mentale des personnes âgées. Permettre aux patients d'être aidés dans leur propre langue (ce qui est particulièrement nécessaire dans le domaine de la santé mentale).
5. Veiller à **une coordination efficiente** entre la médecine générale et les SAJ, PMS et PSE.
6. Développer des **programmes spécifiques de lutte contre les addictions**.
7. Intensifier les programmes spécifiques d'**éducation affective et sexuelle** et de gestion des émotions, pour prévenir abus, violences, discriminations...

## 8. À propos de la **recherche** en médecine générale

1. Encourager et soutenir les projets et contributions des différents départements universitaires de médecine générale et de la Société Scientifique de Médecine Générale. Les impliquer en amont des projets. Favoriser les collaborations entre organisations.
2. Créer les conditions organisationnelles, informatiques et financières pour que la recherche en médecine générale puisse être **indépendante d'intérêts commerciaux**.
3. **Simplifier les démarches administratives** pour le soutien de projets de recherche.

# L'évolution du contexte

## Le vieillissement de la population

Celui-ci entraîne un risque accru de maladies et une diminution générale des capacités. Ainsi, plus de la moitié des bénéficiaires de soins de longue durée ont plus de 80 ans et plus de 80 % sont âgés d'au moins 65 ans. Au vu du vieillissement de la population, la demande en soins de longue durée risque d'augmenter. Si le taux d'incapacité sévère baisse légèrement dans la population âgée, le taux de déficiences moins sévères semble rester stable depuis 30 ans. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande donc d'agir en termes de prévention et de promotion de la santé afin d'augmenter les années de vie en bonne santé.

## L'augmentation des maladies chroniques et de la multi-morbidité

L'OMS considère l'accroissement des maladies chroniques comme épidémique. Elles sont les premières causes de décès au niveau mondial et représentent 86% des causes de décès en Europe. La multi-morbidité est également en augmentation. En Belgique, elle s'observe chez 13.5% de la population âgée de plus de 15 ans. L'augmentation des maladies chroniques et de la multi-morbidité est responsable d'une augmentation du volume de soins qui pourraient être réduits en renforçant la promotion de la santé et la prévention. La multi-morbidité induit également un changement dans la nature même des besoins en soins. En effet, il a été démontré que, chez un patient porteur de plusieurs pathologies, la prise en charge séparée de ces maladies avait des conséquences néfastes en termes d'interactions médicamenteuses et d'observance thérapeutique. De plus, en cas de multi-morbidité, la sommation des marqueurs biomédicaux mesurant l'efficacité d'une prise en charge d'une maladie chronique semble inopérante, le tableau hétéroclite qui en résulte différant souvent de celui constitué par l'individu dans son contexte de vie.

## L'augmentation des problèmes de santé mentale

Lors de l'Enquête de santé belge de 2013, une personne de plus de 15 ans sur trois avait déclaré souffrir de problèmes psychiques et 18% présentaient un risque réel d'affection psychique. Ces chiffres étaient en augmentation par rapport aux Enquêtes de santé précédentes. Selon l'OMS, l'intégration des soins de santé mentale dans les soins primaires a le potentiel d'améliorer l'accès aux soins qui sont fournis de manière coordonnée autour des besoins du patient tout en respectant leurs préférences, et qui sont sûrs, efficaces, opportuns, abordables et de qualité.

## L'augmentation de fragilités socio-économiques

En 2020, 18,9% de la population belge étaient considérés comme à risque de pauvreté ou d'exclusion sociale. Or, un statut socio-économique bas prédispose à la multi-morbidité et donc à des besoins en soins plus importants.

Dans ce contexte d'augmentation des fragilités socio-économiques, il faut souligner :

- La gravité de la pauvreté infantile (1 enfant sur 4), ce qui est une entrave lourde à l'accès aux soins de santé ainsi qu'une difficulté majeure pour les médecins généralistes de prodiguer tous les soins adéquats tout au cours du développement des enfants.
- La situation des populations de réfugiés, migrants, trans-migrants, exilés, déplacés, primo-arrivants qui sont confrontées à des problèmes de santé spécifiques et difficiles à prendre correctement en charge compte tenu des faiblesses des politiques d'accueil.
- La spécificité des populations en situation carcérale dont la réinsertion passe aussi par l'accès au droit à la santé (ex. une collaboration effective entre le médecin carcéral et le généraliste)

## L'augmentation des besoins de santé liés à la dégradation de l'environnement et à la dérégulation climatique

Les changements climatiques, plus globalement les dégradations environnementales, ont une influence sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé. D'où l'importance de revisiter l'approche des manières d'agir individuellement et collectivement dans le domaine de la santé. Les pouvoirs publics doivent soutenir la médecine générale pour lui permettre de prendre la mesure des enjeux ; de se préparer à faire face à de nouvelles menaces sanitaires ; de veiller à limiter l'impact de ses activités sur le réchauffement climatique ; de rechercher un nouvel équilibre entre l'impact de ses activités et leurs conséquences sociales et environnementales.

## Une augmentation des soins à domicile

D'une part, les personnes préfèrent recevoir des soins de longue durée dispensés à domicile plutôt que dans des institutions. D'autre part, le concept d'hospitalisation à domicile (HAD) s'inscrit dans la tendance actuelle à raccourcir les durées de séjour à l'hôpital, à éviter l'hospitalisation, voire à développer des alternatives à l'hospitalisation. Enfin, en corrélation avec le vieillissement de la population, on constate une augmentation de soins palliatifs et de fin de vie.

## Les incertitudes de **prochaines pandémies**

Les soins primaires sont la première ligne de défense pour notre système de soins pendant une pandémie. La pandémie de COVID-19 nous a appris des leçons importantes sur la façon dont les soins primaires peuvent réagir pendant une pandémie. Des progrès considérables ont été réalisés dans la prestation de soins virtuels et la gestion de la santé de la population.

## L'augmentation de la **complexité des soins**

Ainsi, en plus d'une augmentation de volume, la nature des besoins s'est complexifiée. Par le passé, la plupart des problèmes de santé pouvaient être décrits dans des termes biomédicaux. Aujourd'hui, les médecins généralistes se trouvent régulièrement face à des patients pour lesquels il est nécessaire de mettre en place une prise en charge globale multidisciplinaire coordonnée et centrée sur les objectifs du patient (devenu un acteur de soins à part entière).

## L'enchevêtrement et les superpositions des structures politiques et des **démarches administratives**

La succession des différentes réformes de l'État ont conduit à une complexité sans nom des structures de décision, avec les (non)décisions que cela engendre, les incohérences que cela génère, la multiplication des démarches que cela provoque. Les médecins généralistes, en première ligne (ou plutôt en bout de ligne), en subissent le poids quotidien, notamment sur un plan administratif.

# Les missions du Collège de Médecine Générale de Belgique francophone



**Inform**  
les médecins généralistes



**Collaborer**  
au sein de la profession



**Plaider**  
auprès des autorités



**Valoriser**  
la recherche en MG



## Les organisations membres



Société Scientifique de Médecine générale (SSMG)

### La société scientifique



Fédération des Associations de Généralistes de la région Wallonne (FAGW)



Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles (FAMGB)

### Les cercles



Groupement Belge des Omnipraticiens (GBO)



Association Belge des Syndicats Médicaux (ABSyM)

### Les syndicats



Université Catholique de Louvain (UCLouvain)



Université de Liège (ULiège)



Université Libre de Bruxelles (ULB)

### Les universités complètes



Université de Namur (UNamur)



Association des Médecins Généralistes en Formation (AMGF)

### Les autres organisations