

Collège de Médecine Générale

Les

**soins
aux enfants
et jeunes**

jusqu'à 18 ans
en Belgique



Préambule	3
1. Contexte.....	3
2. La place de chacun.....	4
3. Collaboration entre pédiatres et médecins généralistes et intégration des soins	7
4. Les parcours de soins pour les enfants pendant et après les heures ouvrables. Propositions du CMG	9
5. Points particuliers à travailler.....	12
6. Conclusion.....	16

Préambule

Depuis plusieurs mois, des membres^a du Collège de Médecine Générale (CMG)^b participent à des réunions avec l'Académie Belge de Pédiatrie qui travaille sur l'organisation des soins aux enfants et adolescents en Belgique. Un document rassemblant les propositions de la Belgian Academy of Paediatrics a été publié le 14 mars 2024, balisant les soins aux enfants et adolescents belges pour les années à venir : the Plan 'Care for the Child and Young Persons'.

Les représentants des médecins généralistes (MG) francophones ont émis leurs propositions à propos de ces soins, en particulier sur la place relative des MG et des pédiatres en première ligne de soins. Le CMG est soucieux de trouver une juste place pour chaque professionnel de l'enfance et de la jeunesse dans l'organisation des soins préventifs et curatifs, entre autres celle du généraliste en relation avec les autres professionnels (ONE, pédiatres de référence...) en fonction des compétences et des principes de santé publique qui déterminent le meilleur prestataire au meilleur endroit, l'efficacité et l'accès aux soins. Et ce tant dans les heures ouvrables que pour les périodes de gardes. Nous exposons ici la vision du CMG.

Docteur Anne Gillet-Verhaegen, Présidente du CMG

Avec l'appui du Prof. Jean-Luc Belche, DUMG de l'ULiège
Relecture par la Docteur Isabelle Dagneaux, coordinatrice scientifique du CMG

1. Contexte

Un des éléments déclencheurs de ce travail collégial est le débordement de la garde pédiatrique.

« Depuis de nombreuses années, les passages dans les services d'urgence pédiatriques, utilisés en première ligne, augmentent de manière exponentielle.
Comment faire face à la réduction prévisible de l'offre de soins pour les enfants à cause de la pénurie de généralistes et la réduction prévue des quotas pour les pédiatres ? »⁶

Il faut par ailleurs noter que la place des pédiatres est très variée dans le système de soins :

« Actuellement, le pédiatre est un acteur clé de la médecine préventive de l'enfant et il est également un spécialiste hospitalier qui s'hyper-spécialise pour pouvoir répondre aux besoins de santé de nos jeunes et à la structuration des soins de santé modernes. »¹

^a Les Drs Anne Gillet, Sonya Goudjil, Jean-Luc Belche, Pierre-Louis Deudon

^b Le Collège de Médecine Générale francophone (CMG) réunit les deux syndicats médicaux Absym et GBO, les Cercles wallons et bruxellois, la SSMG, les Départements universitaires de médecine générale de l'UNamur, UCLouvain, ULiège et ULB et l'Association des médecins généralistes en formation (AMGF).

^c Bien que certains espoirs puissent être nourris suite aux récents calculs ministériels revus à la hausse concernant les futurs médecins.

2. La place de chacun

Le CMG francophone invite les pédiatres à penser les réponses aux besoins individuels et collectifs des enfants en réfléchissant sur le meilleur endroit où placer et développer les compétences exercées par chaque profession de prestataire.

Il faut en effet développer un système qui permette la prise en charge optimale d'une population avec la notion d'écologie des soins de santé pédiatrique. Les besoins de base doivent être couverts, au plus proche de la population. Il faut définir ce qu'ils sont et qui peut y répondre au mieux, compte tenu des ressources humaines en présence. Ensuite viendra la définition des autres échelons. Il importe de voir large dans les ressources et d'y inclure les intervenants psycho-sociaux, les infirmiers ONE/KG/PSE, les médecins généralistes (MG), les pédiatres généralistes ambulatoires et hospitaliers, les pédiatres spécialistes extra- et intra-muros, les pédopsychiatres et pédopsychologues.

Les ressources actuelles sont en effet en pénurie à cause d'une politique ayant refusé d'anticiper les effets délétères d'un manque de soignants, en particulier de généralistes, malgré les appels répétés du sud « généraliste » du pays.

2.1. Trois questions pour évaluer qui est le mieux placé et à quel moment, pour répondre aux besoins en santé individuelle et collective des enfants.

2.1.1. Qui a en charge la prévention concernant les enfants ?

Le pédiatre qui a étudié 6+5 ans, est-il le meilleur acteur de prévention et de promotion santé, rôle qu'il revendique ? Le couple Travailleur Médico-Social (TMS)/Médecin Généraliste est la base de l'ONE. Pourquoi les pédiatres demandent-ils une place clé dans la prévention, alors qu'ils sont en difficulté de répondre à la demande curative de 2^e et 3^e lignes ?

Une pratique infirmière en cabinet de médecine générale va se développer dans le cadre du NewDeal. En suivant cet exemple, ne serait-il pas judicieux de réfléchir à une plus grande connexion entre les TMS de l'ONE et les futurs infirmiers de pratique de MG plutôt que d'ajouter un pédiatre au MG ?

2.1.2. Le pédiatre est-il un interniste ou un généraliste de l'enfant ?

Les pédiatres se revendiquent des deux fonctions. Or, on peut se demander si le pédiatre est le plus approprié pour assurer le suivi d'enfant en bonne santé. De plus, une grande part des généralistes exécutent la médecine générale pédiatrique concernant les enfants en bonne santé, leurs pathologies courantes et la prévention. Ils connaissent les red flags permettant l'envoi approprié aux pédiatres « internistes ».

Même pour les pathologies complexes, les généralistes assurent les soins à domicile et la réponse à leurs grands besoins biopsychosociaux en partenariat avec les pédiatres.

2.1.3. La salle d'urgence hospitalière se situe-t-elle en première ligne de soins ?

Actuellement, c'est le cas : en garde hospitalière pédiatrique arrivent des enfants qui ne sont pas référés par un généraliste ou un pédiatre « de ville ». Et cela déborde, les pédiatres l'attestent et en souffrent jusqu'au point de rupture. L'énorme charge de travail que représente la garde pédiatrique hospitalière actuellement est-elle normale ? La plupart des enfants sont en bonne santé et souffrent de pathologies bénignes. Qu'ont-ils à faire en garde hospitalière, avec les risques iatrogènes et les coûts financiers que cela suppose ?

L'idéal n'est-il pas de la positionner en deuxième ligne ? C'est-à-dire en recours pour des enfants souffrant de pathologies plus graves qui ont besoin d'une prise en charge hospitalière. Cela nécessite que les soins pédiatriques aigus soient assurés en première ligne ailleurs. C'est en partie le cas en médecine générale, dans les cabinets en heures ouvrées et aux postes médicaux de garde les soirs et les week-ends (PMG). Mais cela ne suffit visiblement pas, par manque de disponibilité de la médecine générale et/ou par manque d'orientation de ces enfants.

2.2. Analyse sous le regard de la Santé Publique

Une série de principes de santé publique et d'organisation des soins peut éclairer notre analyse de la situation des soins aux enfants et adolescents belges, et nous faire poser des questions quant à l'organisation actuelle.

- L'**accessibilité financière, horaire, culturelle** du pédiatre est-elle garantie ? Peut-on, sur ces critères, penser qu'il offre des soins de manière équitable pour la population belge ? Ou seulement pour une partie de la population, triée sur le plan financier et culturel, et que le MG serait en fait le « pédiatre » du pauvre (comme il l'est déjà pour la gynécologie). Par ce fait, il n'est pas certain qu'en augmentant le nombre de pédiatres, la population non couverte actuellement ait accès aux soins de pédiatre générale.
- Y a-t-il d'autres aspects des soins primaires auxquels le pédiatre peut-il prétendre ? **Quelle approche communautaire** peut-il assurer, sans réel accès au domicile ni au contexte socio-familial ?
- Le pédiatre généraliste a-t-il des **disponibilités horaires pour les soins non planifiés**, doit-il participer à un rôle de garde pour ces situations « simples » non planifiées, comme le MG est obligé de le faire ? Son réflexe de médecin spécialiste, dans ces situations, est-il

de faire référence au système de garde qu'il connaît (les urgences), ou plutôt à celui qu'il connaît peu (le MG ou le rôle de garde de MG) ?

- Comment le pédiatre participe-t-il à la **continuité informationnelle** pour ceux qui assureront la permanence des soins : quelle est la disponibilité des informations médicales tirées de son suivi chronique : diagnostics, médicaments, vaccinations... ?
- Par contre le pédiatre assure bien, selon nous, l'approche globale (comprehensivness), la continuité (continuity) sur une période limitée de la vie du patient, la coordination...
- Quant aux notions d'**efficience et de partage des tâches en fonction des compétences** : répétons les questionnements déjà évoqués :
 - Les pédiatres, avec 6+5 ans de formation, sont surqualifiés pour être acteurs de prévention et de promotion santé. Le couple Travailleurs Médico-Sociaux (TMS)/MG est la base de l'ONE, pourquoi le remplacer par un pédiatre - que nous n'avons pas ?
 - Il faut mettre davantage à profit les compétences des TMS de l'ONE et établir des connexions avec les infirmiers de pratique de MG, entre autres dans le cadre du New Deal.

3. Collaboration entre pédiatres et médecins généralistes et intégration des soins

- Comment faire évoluer les modèles respectifs des généralistes et des pédiatres dans une vision de santé publique, où la complémentarité remplace la concurrence ?
- Quelle collaboration entre les médecins extra-hospitaliers et hospitaliers ? Entre généralistes et pédiatres ? Entre médecins et TMS et infirmiers ?
- Comment les pédiatres « de ville » peuvent-ils se réapproprier le rôle de soutien à la première ligne : par la pratique d'une activité mixte (hôpital/ville) et par la participation à la permanence des soins, services ambulatoires de garde pédiatrique ou services d'urgences hospitalières ?
- Comment éviter l'estompement des lignes de soins provoqué par le recours direct aux salles d'urgences hospitalières même si le problème de santé de l'enfant ne le justifie pas ?

Il existe différents types d'outils de collaboration à mettre en œuvre. Pour arriver à une meilleure intégration, chaque professionnel de soins doit se percevoir comme un maillon d'une chaîne de soins et prendre conscience de l'interdépendance des soignants qui gravitent autour du patient.

3.1. Première et deuxième lignes

3.1.1. Différencier utilement les deux lignes de soins

La définition fonctionnelle, proposée dans la suite des travaux de la défunte pédiatre américaine Barbara Starfield ⁷, précise leurs caractéristiques spécifiques :

- pour la première ligne qui assure les « primary care (soins essentiels) » : les fonctions **d'accessibilité**, **d'approche communautaire**, de prise en **charge globale**, de **suivi longitudinal** et de **coordination**,
- pour la deuxième ligne de soins : les caractéristiques de **soutien scientifique, logistique et technique**.

3.1.2. Différencier les situations en pratique

Dans ce but, nous déterminons :

- Les **situations simples** (un enfant en bonne santé) qui demandent une **accessibilité financière, horaire, culturelle, une approche communautaire** et un système de **dossiers** permettant le partage des données entre les intervenants habituels ONE/pédiatre/MG, de manière passive (RSW- Abrumet - ...) ou active (référence/contre référence).
- Les **situations complexes/chroniques** demandent l'établissement de parcours de soins cohérents en **journée de semaine**, détaillant le rôle de chaque type de prestataire et leurs réactions attendues en situation aiguë et précisant les moyens de collaboration et de communi-

cation... Le parcours de soins doit être organisé de façon générique et doit y inclure de facto le généraliste et la 1ère ligne de soins.

- Le recours aux **soins non planifiés** demande des disponibilités et une accessibilité spécifiques.

In fine, il est donc primordial de **définir les besoins de la population, pour ensuite réfléchir à l'offre de soins la plus adéquate en tenant compte des ressources** et alors définir « qui fait quoi ? » dans les différentes situations. Il faut aussi définir les moyens de communication et les parcours de formation.

4. Les parcours de soins pour les enfants pendant et après les heures ouvrables. Propositions du CMG

4.1. Contexte sociétal et éducation à la santé

Le recours aux urgences de jour comme de nuit au moindre problème est le reflet de l'**évolution de la société**. Tout est devenu immédiat et urgent. La structure actuelle des familles (par éclatement des familles, migrations...) ne permet plus le partage d'expérience des aînés vers les plus jeunes parents. Certaines populations n'ont aucune expérience du concept de première ligne de soins. Les parcours de soins optimaux n'ont pas été organisés formellement.

Des campagnes éducatives à destination des familles doivent des parcours de soins recommandés. Les services ONE pourraient être mieux dédiés à l'éducation à la santé.

Cependant, suite à la **saturation des agendas des prestataires**, les parents n'ont parfois d'autre choix que de se rendre dans un service d'urgence.

4.2. Première et deuxième lignes

- Une organisation du système des soins de santé définie par une **première ligne forte, généraliste, préventive et curative** pour les enfants en bonne santé et souffrant de pathologies bénignes. Avec une collaboration entre les services ONE / K&G et PSE d'une part et les MG. Tout enfant, à l'instar des adultes, devrait avoir un MG de référence, et bénéficier d'une bonne circulation de l'information qui le concerne entre les différents acteurs de sa santé.
- Une **réorganisation des 2^e et 3^e lignes** de soins avec participation des pédiatres aux activités hospitalières, avec l'organisation de pratiques mixtes pour les pédiatres « de ville ». Pour les pédiatres hyper-spécialisés, de 3^e ligne, dont nous ne remettons pas en cause l'extrême utilité, l'évaluation d'une nécessité de garder une connaissance de la **pédiatrie « interniste générale »** pour assurer, eux aussi, les gardes hospitalières pédiatriques.

4.3. Situations simples en heures ouvrées

- En journée, sauf urgence vitale, garantie de la possibilité de **passage rapide en première ligne** chez les généralistes qui doivent s'organiser pour que cela soit possible. Le travail en équipe des généralistes permet de dédier un généraliste aux urgences ou semi-urgences de jour dans leur équipe. Généralistes qui réfèrent aux pédiatres si nécessaire. Les PMG sont ouverts la nuit et le WE. Certains PMG le sont aussi en journée de semaine.
- La référence d'un jeune patient, quand le pédiatre traitant est absent ou indisponible, doit se faire vers le généraliste traitant si le problème

est courant pour éviter le recours en salle d'urgences. Il faut pour cela que tout enfant ait un MG de référence !

4.4. Situations simples en dehors des heures ouvrées

- L'organisation d'un **tri** efficace (1733) avant tout contact avec un prestataire, de salle d'urgence hospitalière ou d'un médecin généraliste en PMG pour permettre à la salle d'urgence pédiatrique d'être assurée du rôle de deuxième ligne **pendant les heures de garde**.
- L'évaluation de la pertinence de la présence d'un pédiatre dans les **PMG**. Ou de l'établissement d'un **maillon supplémentaire entre la salle d'urgence hospitalière et le généraliste de garde** : comment organiser une possibilité de contact pour un conseil et/ou une référence à un pédiatre avant l'envoi en salle d'urgence ?

4.5. Situations complexes

- La prise en charge des enfants souffrant de **pathologies complexes et/ou de pathologies aiguës graves** directement aux niveaux spécialisés les plus adéquats. Le médecin généraliste doit être l'interlocuteur professionnel des pédiatres, parce qu'il connaît les familles (il est le plus souvent le « médecin de famille »), qu'il peut se rendre à domicile, qu'il connaît l'environnement psycho-social et scolaire de l'enfant. Nos collègues MG français vont dans ce sens :
 - « Les patients atteints d'une maladie rare ou d'une maladie chronique présentent des caractéristiques qui déterminent de forts besoins bio-psycho-sociaux. La complexité multifactorielle (comorbidités et déterminants multiples), la gravité et le pronostic vital bouleversent la vie du patient et de son entourage. Un accompagnement du parcours de vie de ces patients doit pouvoir être proposé, notamment pour faciliter une inclusion scolaire, adapter l'environnement professionnel de l'entourage proche, réduire les formalités administratives. Le parcours de soins doit être adapté et doit intégrer des soignants « de référence », tant à l'hôpital, en milieu spécialisé, qu'en proximité, d'autant plus que les distances sont parfois importantes, compliquant encore la vie familiale. Le domicile est le lieu de vie principal des patients, et il est souhaitable qu'il soit également le lieu de soins principal. Le médecin généraliste a alors toute sa place ». ⁹
- La concrétisation d'un **trajet de soins générique** pour les pathologies sévères ou chroniques. Dans certains pays, des assurances exigent que les enfants d'un certain âge consultent un pédiatre un nombre X de fois. Il serait intéressant de voir sur quelles bases scientifiques repose cette exigence et pour quelles pathologies. Cela peut être envisagé précisément dans les trajets de soins pour les pathologies complexes, afin d'assurer la fréquence de contacts avec le spécialiste et le médecin de famille.
- La prise en compte des **adolescents** dans leurs problématiques complexes par les pédiatres en soutien aux généralistes. Les généralistes sont aussi fréquemment consultés par les parents et même grands-parents (seuls ou accompagnés de l'enfant) concernant les problématiques spécifiques de l'adolescence. Le terme « médecin de famille » prend ici tout son sens. Ici aussi il faut éviter la logique de fragmentation des soins par âge.

Les pédiatres se consacrent aux gros problèmes des adolescents, les généralistes à leurs problèmes simples.

- L'amélioration de l'organisation de la **phase de transition** entre la pédiatrie pour adolescents et la spécialisation pour adultes pour les enfants souffrant de pathologies chroniques et complexes.
- Une distinction entre les hyper-spécialistes et les pédiatres généraux mérite d'être faite pour analyser les ressources en présence, améliorer la répartition des pédiatres à travers l'existence d'un **cadastre** de leurs activités spécifiques.

5. Points particuliers à travailler

5.1. Un service hospitalier optimal

Les conditions de travail des pédiatres à l'hôpital se dégradent et il y a risque de fuite des pédiatres « internistes » vers l'ambulatoire ou vers l'hyperspécialisation. Une meilleure organisation des parcours des soins doit favoriser un travail dans de meilleures conditions pour chacun.

Un financement correct de chaque travail préventif, curatif général et spécialisé fait partie des bonnes conditions de travail. Ce n'est pas le cas partout actuellement, en particulier pour le travail en dehors des heures ouvrées (gardes).

Par ailleurs, le financement des salles d'urgences, aujourd'hui encore principalement à l'acte, ne favorise pas le renvoi vers la médecine générale quand c'est possible. Une révision est en cours.

Une meilleure organisation pédiatrique hospitalière, avec la certitude de pouvoir compter sur une deuxième ligne en cas de nécessité, permettra aussi d'améliorer les conditions de travail des MG pour leurs jeunes patients.

« La surcharge hospitalière a régulièrement des répercussions sur la médecine générale, et des problèmes qui auraient dû être pris en charge en deuxième ou troisième ligne de soins arrivent en médecine générale. Il paraît donc compréhensible qu'un (jeune) médecin généraliste ne se sente pas à l'aise avec la prise en charge de pathologies rares, alors qu'il peut, au contraire, être tout à fait compétent pour les pathologies courantes, même chez de très jeunes enfants. »²

5.2. Une collaboration entre les médecins et les services psycho-sociaux et scolaires

Il importe que les services de promotion de la santé à l'école (PSE) travaillent en collaboration étroite avec les MG et les pédiatres d'un enfant : il faut veiller à l'accessibilité des différents acteurs et valoriser le temps passé à la concertation.

5.3. La formation initiale et continue des MG à la pédiatrie générale

Une amélioration de la formation en pédiatrie générale pour les (futurs) médecins généralistes est le gage de réussite du concept prôné dans ce document qui garantit « les meilleurs soins, au meilleur endroit, par le prestataire le plus adéquat, au meilleur moment et au juste prix ». Il faut donc

- Une **formation initiale** en pédiatrie adéquate, dans le tronc commun (master), et une obligation de stages en pédiatrie suffisamment longs.

« La réforme des études de médecine a modifié les enseignements en bachelier et en master. Certains cours et stages ont été réduits. Cela n'a pas été le cas en master de spécialisation en médecine générale. Les enseignements donnés par les départements de médecine générale n'ont pas été réduits, mais leurs moyens n'ont pas été augmentés non plus. Si les professionnels de terrain estiment que les enseignements universitaires ne répondent plus aux besoins, nous sommes disponibles pour réfléchir avec nos collègues pédiatres (responsables des enseignements en master) à l'amélioration des dispositifs d'enseignement dans la formation de base, ainsi qu'en master de spécialisation. »²

- Une garantie de la qualité des **stages de pédiatrie** pour les futurs médecins généralistes, dans une visée de pédiatrie générale. Leurs maîtres de stage pédiatres hospitaliers sont trop souvent hyper-spécialisés, ce qui ne correspond pas à leurs nécessités d'apprentissage.
- Le maintien de l'organisation par les CAMG/DUMG des formations **ONE** (qui ont, en pratique, beaucoup de succès).
- Un prolongement de l'apprentissage de la pratique de la médecine générale pédiatrique lors des stages de médecine générale.
- Une attention intensifiée au cours de la formation des médecins généralistes à la **prévention primaire et secondaire**, ainsi qu'à la médecine des **adolescents**.
- Une organisation de **formations communes aux pédiatres** et MG avec la création d'outils de coopération. Dans la pratique quotidienne, il faut également favoriser les contacts entre les professionnels de soins de santé et envisager des « Groupes locaux d'évaluation médicale (Glems) » interdisciplinaires, des programmes de formation médicale continue coconstruits s'adressant aux professionnels des deux lignes de soins.
- Une évaluation de la proposition des pédiatres d'une formation de **pédiatrie de proximité**. Ces pédiatres communautaires proposent de travailler plus étroitement avec les généralistes, par exemple dans les cabinets de généralistes ou dans le contexte des centres de soins. Est-il adéquat de déforcer la pédiatrie spécialisée en engageant des pédiatres sur le terrain de la première ligne ?

5.4. La question des quotas limitant l'accès à la profession de pédiatre

Le CMG est attentif aux difficultés énoncées par la **Belgian Academy of Paediatrics**. Mais il insiste pour que la révision des quotas ne s'envisage qu'après la réorganisation des lignes de soins et la précision de leurs missions respectives.

Belgian Academy of Paediatrics :

- « Nous ne pouvons pas concevoir que l'on réduise de manière drastique le nombre de places de formation en pédiatrie pour les raisons suivantes :
- Les postes disponibles (en pédiatrie générale et en neuropédiatrie par exemple) resteront vacants.
 - Les hôpitaux seront contraints de verser des primes et d'accepter des pédiatres étrangers (qui ont souvent une connaissance limitée des langues nationales) pour que leur service de pédiatrie reste ouvert.

- Chaque pédiatre arrivé à l'âge légal de la retraite doit être remplacé par au moins 2 nouveaux collègues.
- La féminisation (largement sous-évaluée financièrement) de la profession de pédiatre implique de nombreux défis supplémentaires.
- La charge des permanences pédiatriques est très élevée (entre autres, en raison de la fréquence des admissions aiguës de nouveau-nés et d'enfants atteints d'affections aiguës, aux urgences – ¼ des patients aux urgences sont des enfants –, à la maternité et en néonatalogie).³

« Certains pensent qu'il y a suffisamment de pédiatres puisqu'il faut aussi tenir compte de ceux qui ne travaillent pas dans les hôpitaux. À cet égard, précisons ce qui suit :

- Ce groupe représente une petite minorité de pédiatres.
- Ce groupe se compose en partie d'anciens pédiatres des hôpitaux pensionnés qui poursuivent leur activité en cabinet après leur pension.
- Ce groupe se compose en partie de pédiatres qui ne peuvent plus assumer ni mentalement ni physiquement la lourde charge des permanences.
- Une partie de ce groupe ne peut plus être engagée pour les permanences à l'hôpital en raison de la perte de compétences techniques (ponctions lombaires, veineuses...)
- Il existe de très fortes différences régionales. »³

« Le recours à une « pédiatrie de première ligne » est très diversifié selon la classe sociale et la région »³

5.5. L'organisation de la communication entre généralistes et pédiatres.

5.5.1 Quelques données

Dix pourcents des enfants souffrent de pathologies sévères et/ou chroniques et ne voient pas de généralistes. Les pédiatres demandent un DMG et un Sumehr pour éviter la perte de leurs données concernant ces enfants, avec un financement de gestion de ces données.

Les pédiatres estiment préférable qu'ils gardent la gestion des enfants de moins de 2 ans.

En effet, dans la pratique, les pédiatres sont majoritaires à voir les enfants en-dessous de 2,5 ans. Au-delà de cet âge, ce sont les généralistes qui sont majoritaires.

Les pédiatres ne font pas de visites à domicile.

5.5.2 Propositions du CMG

- Le **DMG** reste une mission intégralement généraliste pour éviter «l'émiettement» des DMG par les spécialités (pédiatrie, gynécologie, gériatrie...). L'adaptation du DMG aux besoins des soins des enfants doit être effectuée en collaboration avec les sociétés scientifiques des généralistes et des pédiatres.
- Les **Sumehr** des enfants doivent rester aux mains des généralistes, initiés par eux. L'accès aux Sumehr doit s'ouvrir aux pédiatres en pratique ambulatoire (y compris K&G et ONE) et hospitalière pour qu'ils puissent les enrichir de leurs données. Et répondre à la crainte exprimée par les pédiatres de perte de données.
- La situation du DMG de l'enfant en médecine générale favorise l'accès financier au MG (réduction du ticket modérateur) et renforce le rôle du MG pour les soins courants et l'intégration des soins. **Chaque enfant a besoin d'un généraliste.** Ceci doit être maintenu.
- Un groupe de travail doit être constitué pour établir le **trajet de soins** de l'enfant atteint de pathologie complexe/chronique. La rémunération de la coopération entre les deux métiers doit s'envisager.
- Le travail en **ONE** doit être assuré essentiellement par les médecins généralistes et les équipes d'infirmiers et TMS, pouvant compter sur un référent pédiatre à la demande.
L'exposition aux cas façonne les compétences. Il est primordial que les généralistes conservent un accès aux enfants de moins de 2 ans s'ils doivent les prendre en charge pendant les heures de garde. Ne dit-on pas qu'on fait bien, ce qu'on fait souvent ?

6. Conclusion

Les généralistes sont enchantés d'améliorer leur collaboration avec les pédiatres. Les missions de chaque ligne de soins doivent être définies dans un esprit de complémentarité, au bénéfice de la qualité des soins et des conditions de travail.

On distingue donc différents niveaux : prévention/promotion santé, médecine générale pédiatrique, pédiatrie générale, pédiatrie spécialisée. Des recouvrements partiels sont possibles, mais à limiter, au risque d'une perte d'efficacité. Certains professionnels peuvent agir sur différents niveaux, mais ces niveaux fonctionnels sont à distinguer et articuler, en réfléchissant aux ressources humaines disponibles et nécessaires.

Nous souhaitons que la pénurie de soignants soit l'occasion de cette réflexion qui pourra s'étendre à la collaboration avec d'autres spécialités.

Références

- ¹ Hougardy, J.M, et al., « Carte blanche : enfin garantir aux enfants des soins spécialisés comme aux adultes », publiée le 6/2/23, co-rédigée par plusieurs membres de l'Hôpital Universitaire de Bruxelles - <https://www.huderf.be/fr/carte-blanche-enfin-garantir-aux-enfants-des-soins-specialises-comme-aux-adultes>.
- ² Lenoir, A.L., « Demande de mise au point suite à l'interview du Dr Pierre Philippe », Le Journal du médecin, 13/10/2022.
- ³ Belgian Academy of Paediatrics, Lettre concernant les sous-quotas de pédiatrie, 1/3/2023.
- ⁴ Groupe de travail Pédiatres/Généralistes de la SBP et GBO : Pédiatres : Dr Pierre Philippet, pédiatre au CHC MontLégia et Président du GBPF, Dr Jean Evrard, pédiatre à Namur et vice-président du GBPF, Dr Marianne Michel (pédiatre à Ottignies et secrétaire du GBS pédiatrie, conseillère pédiatre à l'ONE), Dr Alexandre Zeligzon (pédiatre à Bruxelles et président du Cercle pédiatrique bruxellois), Dr Michel Pletincx (pédiatre au CHIREC et ancien président de l'Association Professionnelle Belge des pédiatres). Dr Jonathan Brauner (MoDeS) et Dr Elisa Kottos (pédiatre au service de néonatalogie du CHU Saint-Pierre, membre du MoDeS)
MG : Drs Lawrence Cuvelier, Pierre Drielsma, Paul Vollemaere , Paul De Munck et Marcel Bauval. Réunions à partir de février 2023.
- ⁵ Groupe de travail Pédiatres/généralistes de la SBP et MG – Participants MG : Jean-Luc Belche (ULiège DUMG), Jos Van Hoof (Absym), Jeroen Van den Brandt (président de Domus Medica), Roel Van Giel (Domus Medica), Anne Gillet (CMG-GBO), Pierre-Louis Deudon (FAMGB, GBO), Sonya Goudjil (SSMG).
Pédiatres : Tyl Jonckheer (Société belge de pédiatrie- Absym), Ann De Guchteneere (Société belge de pédiatrie), MONIOTTE Stéphane (pédiatre), Marianne Michel (pédiatre GBS-Absym), Nele Baeck (pédiatrie) et collaborateurs. Plusieurs réunions ont eu lieu au cours de l'année 2023
- ⁶ Belgian Academy of Paediatrics, « La première ligne d'urgence pédiatrique est au point de rupture », lettre adressée au Ministre Vandenbroucke, 12/2022. <https://www.mediquality.net/be-fr/topic/article/25243765/la-premiere-ligne-durgence-pediatrique-est-au-point-de-rupture>
- ⁷ Barbara Starfield, papesse du « primary care » (en français : soins essentiels) dont la renommée n'est plus à faire, expliquait que la médecine générale avait comme spécificité la réunion de quatre caractéristiques indispensables pour s'adjoindre le qualificatif de « primary care » : l'accessibilité (ou encore premier recours), la coordination, la globalité, la continuité (ou encore le suivi longitudinal) (connus comme les 4 « C » pour continuity, comprehensivness, coordination and continuity).
- ⁸ Starmer et al., Gender Discrepancies Related to Pediatrician Work-Life Balance and Household Responsibilities, Pediatrics 2019 Oct;144(4):e20182926.
- ⁹ Collège de Médecine Générale - France - https://www.filièresmaladiesrares.fr/wp-content/uploads/2021/05/CMG_Maladies-rares-PRISE-EN-CHARGE.pdf, consulté en ligne le 01/03/2024.

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 Généralistes de la région Wallone (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



lecmg.be
info@lecmg.be