
Le Médecin Spécialiste

Organe du Groupement des Unions
Professionnelles Belges
de Médecins Spécialistes

Editeur responsable : Dr M. MOENS
Secrétaire de rédaction : J. Van den Nieuwenhof
Avenue de la Couronne 20 - 1050 Bruxelles
Tél. 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90
E-mail : info@GBS-VBS.org

ISSN 0770-8181 - MENSUEL

N° 2 / MARS 2003

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

POURQUOI LE SPECIALISTE DEVRAIT-IL QUITTER LE TERRAIN ?

Une période pré-électorale se traduit par une fébrilité politique. Les partis ouvrent les robinets de leurs "réservoirs de pensées". Cette fois, les "rouges" sont les premiers à présenter leurs visions en matière de réforme des soins de santé. Depuis le début du mois de janvier, le PS organise des entretiens avec les organisations de médecins, également avec le GBS. Aujourd'hui, c'est au tour du SP.A de dévoiler son jeu, sans aucune concertation préalable, du moins en ce qui nous concerne. Et que découvre-t-on? Précisément les idées pour lesquelles les ministres verts de la Santé publique comme M. AELVOET et Th. DETIENNE n'ont pas cessé de s'enthousiasmer durant la législature actuelle. Des positions et des visions empruntées à de vétustes programmes politiques élaborés, il y a plus de quarante ans, par les gouvernements de pays voisins où les soins de santé sont justement en ruine aujourd'hui et où le patient qui devrait occuper une position dite "centrale" n'a pas d'autre issue que de fuir à l'étranger avec son désespoir. Responsables politiques, ouvrez les yeux : l'échelonnement a vécu !

Les seuls soins de santé démocratiques sont ceux qui réservent réellement une place centrale au patient individuel et non pas à un dispensateur de soins ou à un établissement de soins. Et cette position centrale n'a un sens réel que lorsque le patient est totalement libre de choisir le dispensateur auquel il s'adresse, que ce soit en première ou en deuxième instance. C'est la toute première garantie de qualité et une garantie incontournable. Toute limitation, tout "compromis" en matière de liberté de mouvement du patient dans le paysage des soins de santé, conduit à l'une ou l'autre forme de subordination de ses intérêts.

Aujourd'hui, on s'efforce de compléter l'hospitalocentrisme très développé et permanent de nos soins de santé par un autre type de centrisme suivant le modèle britannique ou néerlandais où le General Practitioner-Généraliste est l'alpha et l'oméga. Les gestionnaires des hôpitaux et les généralistes définissent les règles du jeu tandis que le spécialiste doit rester sur le banc des réservistes. Plus de 6000 spécialistes exclusivement extra-hospitaliers et un nombre plus important encore de spécialistes ayant une pratique partiellement extra-hospitalière sont apparemment invités à quitter le terrain des soins ambulatoires et donc de première ligne, alors qu'à l'heure actuelle, plus de 70 % de leurs patients s'adressent à eux sans être référés par un quelconque généraliste.

Quand on sait que plus de 90 % de la population a un médecin généraliste, cette démarche du patient répond certainement à un besoin réel dont personne ne peut contester la légitimité. L' "Evidence Based Medicine" est le seul code de conduite médicalement valable possible, tant pour le généraliste que pour le spécialiste.

Le 8 février dernier, l'Assemblée générale du GBS a adopté à l'unanimité une prise de position fondamentale. Nous la reproduisons ci-après, avec toute une série d'autres documents comportant une approche critique de l'idéologie de l'échelonnement. Nous en assurerons la diffusion par le biais de tous les canaux susceptibles d'influencer le paysage politique. Pour éviter que la Belgique ne connaisse ce qui amène les citoyens néerlandais et britanniques à prendre la fuite vers notre pays.

L'ACCES AUX SOINS DE SANTE MODERNES

La réalité actuelle

Notre système de santé actuel est confronté à un patient qui se manifeste. Le patient veut occuper une position centrale. Le législateur lui a octroyé un certain nombre de droits. Les médecins doivent pouvoir y répondre de manière adéquate.

Le patient d'aujourd'hui n'est pas comparable à celui que l'on rencontrait il y a quelque 40 ans ou plus. C'est à cette époque qu'un système d'échelonnement a été lancé en Grande-Bretagne (dans le cadre du National Health Service) ainsi qu'aux Pays-Bas et dans les pays scandinaves. Les désavantages de ce système sont clairement connus dans les pays précités. Il n'offre aucune garantie pour ce qui est de la performance et de la qualité des traitements.

Aujourd'hui, le patient est "émancipé". Ses connaissances et sa prise de conscience de ce qui a trait à la santé et à la maladie se sont accrues de manière significative, avant tout grâce à l'amélioration de son statut social mais également du fait de l'information permanente diffusée par le biais de l'enseignement et des médias. Ce patient exige que ce soit "lui/elle" et non plus le "système" ou le "dispensateur de soins" qui occupe la position centrale.

L'évolution de la médecine vers une plus grande spécialisation ou vers un renforcement de l'apport technologique est inévitable.

L'accès aux soins de santé constitue une étape essentielle où le libre arbitre du patient doit être garanti et respecté.

Aujourd'hui, le patient est conscient que tout retard de diagnostic et par conséquent de traitement constitue une menace directe pour sa santé. Ce retard conduit également à un accroissement du coût des soins de santé. La "médecine de première ligne" n'est pas forcément la meilleur marché. Elle ne l'est que dans les cas où les soins de première ligne sont suffisants. La médecine la meilleur marché – qu'il s'agisse de médecine générale ou spécialisée – est celle dont le patient a besoin.

Un médecin spécialiste peut référer un patient présentant une affection ne relevant pas du domaine de sa spécialité, avec autant de pertinence qu'un médecin généraliste. C'est pourquoi l'accès direct au spécialiste doit rester aussi facile que possible. Dans la mesure où les patients se sont familiarisés avec nombre de symptômes, il est totalement logique qu'ils puissent s'adresser directement à un ophtalmologue, à un gynécologue, à un pédiatre, à un dermatologue, à un pneumologue, à un urologue, à un gastro-entérologue, à un chirurgien vasculaire, etc... Il est impossible d'établir la liste des maladies pour lesquelles la consultation obligatoire du médecin généraliste constitue une étape superflue. Lorsqu'un patient doit prendre une décision en ce qui concerne un problème de santé, il doit également avoir le droit de solliciter une "seconde opinion".

Dans le cadre du développement socio-économique, certaines tendances au niveau des comportements des patients sont parfaitement compréhensibles. Dans notre pays, on a de plus en plus tendance à s'adresser directement aux services des urgences. Aux Etats-Unis, ce phénomène est une évidence depuis des décennies. Pour toutes les pathologies urgentes qui ne peuvent pas être directement résolues par le généraliste, le raisonnement sous-jacent est parfaitement logique : prise en charge médicale efficace dans un lieu équipé pour faire face à toute éventualité avec, au besoin, la possibilité de réaliser immédiatement les examens techniques nécessaires et de mettre en place le traitement adéquat.

Quelle réponse nos responsables politiques ont-ils à opposer à cette réalité ?

Nos responsables politiques s'efforcent, contre toute logique, d'introduire un système dépassé qui s'est déjà révélé un échec dans un certain nombre d'Etats membres de l'UE. La liberté du patient y est remplacée par des circuits obligatoires. Il conduit au rationnement des soins, à la création de listes d'attente voire à l'exportation des patients vers la Belgique par exemple, pour que ceux-ci puissent bénéficier des soins indispensables dans le cadre de maladies présentant un risque vital comme les maladies coronariennes.

La campagne publicitaire organisée et financée par les autorités en faveur de la médecine générale constitue une nouvelle fois une tentative artificielle destinée à promouvoir une certaine catégorie de médecins spécialistes (car le médecin généraliste a acquis le statut de spécialiste) avec l'appui du gouvernement. Ce genre de "brainwashing" de la population n'a pas sa place dans un pays démocratique. Ce ne sont pas les patients qui doivent être adaptés artificiellement au système, mais l'inverse.

Certaines affirmations gratuites, qui seraient caractéristiques de la médecine générale, doivent être réfutées. "Une approche personnalisée, axée sur l'individu, la coordination des soins, un rôle de conseiller, une approche holistique du patient, le traitement simultané de problèmes de santé aigus et chroniques", des

qualités qui, selon la définition de l'UEMO (Union Européenne des Médecins Omnipraticiens), seraient propres au médecin généraliste, sont tout autant observées chez les (autres) spécialistes fonctionnant correctement. La médecine spécialisée reste une médecine pour les patients et non pas pour les organes.

L'accès à toute forme de pratique médicale doit dès lors rester libre. La notion de "première ligne" est dépassée par les faits, dans la mesure où celle-ci ne comprendrait que la seule médecine générale. Des concepts modernes résultant de l'évolution logique évoquée plus haut doivent être affinés pour que le patient puisse bénéficier d'une application correcte du système.

Durant la formation de base du médecin, il convient d'accorder en permanence une attention suffisante aux aspects médicaux généraux de la formation. Le médecin spécialiste n'est pas un technicien limité qui n'entre en action qu'après l'intervention des "spécialistes intellectuels". Le spécialiste est un "physician with skills in addition" ! La formation des spécialistes en Belgique supporte toutes les comparaisons avec celles du monde industrialisé. Il ne faut pas oublier que pour devenir spécialiste, le candidat doit – après avoir obtenu le diplôme de médecin généralement vers l'âge de 25 ans – encore suivre une formation longue et intensive. Dans la pratique, pour devenir chirurgien par exemple, la formation est de 7 ans ou plus.

Depuis des années, notre pays apporte la preuve que, pourvu que l'organisation et la surveillance nécessaires soient présentes, un tel système de médecine de qualité d'un accès aisé ne génère pas des dépenses de soins de santé supérieures à la moyenne européenne.

Plutôt que de courir après les faits ou d'essayer désespérément d'imposer des solutions dépassées, les autorités et certaines organisations de généralistes devraient privilégier la promotion et le perfectionnement de notre système spécifique. Les soins de santé belges sont actuellement universellement reconnus comme faisant partie des plus adaptés et des plus performants. Le taux de satisfaction du patient est particulièrement élevé.

Pour assurer l'accessibilité à des soins de qualité pour le patient, il est nécessaire de promouvoir la communication entre les généralistes et autres spécialistes, d'encourager la concertation pluridisciplinaire et d'optimiser l'information à destination du patient.

Approuvé à l'unanimité par l'Assemblée générale du GBS, le 8 février 2003.

CONCERNANT LES PROPOSITIONS POLITIQUES DU PS

Le lecteur intéressé peut obtenir ces propositions sur simple demande par voie électronique ((info@GBS-VBS.org) ou par téléphone (02/649.21.47).

Lettre du Président du GBS, le Prof. Dr J. GRUWEZ, à Monsieur Elio DI RUPO, Président du PS (24.02.2003)

Nous avons bien reçu votre courrier du 19 février 2003, ainsi que la note de votre collaborateur Mr Jean-Marc Close. Nous en avons pris connaissance avec attention et nous ne pouvons que regretter qu'il n'a pas été tenu compte de nos nombreuses remarques et observations antérieures. Ni d'ailleurs de notre document de travail interne concernant « Le système de soin moderne » dont la version définitive a été approuvée à l'unanimité, le 8 février dernier, par l'Assemblée générale de notre Groupement, autrement dit, par le « forum » des médecins spécialistes et des différentes spécialités médicales. Nous en joignons copie en annexe (cf. pages 2 et 3 de ce bulletin).

Le PS semble pleinement s'engager dans la voie d'un « National Health Service » à l'anglaise, un choix politique que nous combattons avec véhémence, pour en connaître suffisamment les conséquences fatales pour le patient. Nous les lui feront connaître par tous les moyens dont nous disposons sur le terrain et nous sommes sûrs qu'il comprendra.

Voici donc nos quelques ultimes commentaires, tout en espérant qu'il en sera enfin tenu compte.

Le point 5 expose les propositions du PS, dont le 5.1. décrit « le cadre général » et le 5.2. « les propositions concrètes relatives au corps médical ». Ces propositions semblent vouloir anéantir les deux principaux pôles dont dépend le succès qualitatif incontestable de notre système actuel.

1. Premier pôle :

(5.1. Cadre général : une politique de santé globale et cohérente.)

Parmi les sept objectifs à atteindre (p.11) figure en position 5 : « le principe de la subsidiarité » : ce principe est hélas souvent compris de travers et généralement invoqué à tort, comme c'est le cas dans les développements ultérieurs au point 5.2., pour justifier l'échelonnement des soins et même (plus grave encore !) pour placer « au centre du système de santé, le médecin généraliste guide... ». Le PS se trompe doublement quant à la fixation et la concrétisation des objectifs de notre système de santé :

-au lieu de placer le patient au centre du système, c'est le médecin généraliste. Le PS utilise le principe de la « subsidiarité » pour placer le dispensateur au centre du système. Jusque là nous avons l' « hospitalo-centrisme » ; le PS ajoute le « généralisto-centrisme » (cf. p21).

-au lieu de garantir au patient son rôle d'« acteur du système », il le place dans un rôle d'« objet du système » (p.ex: désignation obligatoire du médecin généraliste), c.à.d. objet d'une « nouvelle délimitation du « pouvoir » (sic !) des différentes lignes de soins » (p.21). Le point 4. de la p.11 (« le respect du choix des patients ») est donc réduit à du simple verbalisme, des mots creux. Si l'on prétend garantir le libre choix du patient, à quoi bon lui imposer l'inscription chez un généraliste ?

Le seul détenteur du « pouvoir » pour protéger son capital santé doit être le patient lui-même. La liberté d'accès et de choix doivent être les premiers objectifs d'un système de santé qui se respecte. Ce dernier doit être orienté sur la pleine émancipation du patient. C'est d'ailleurs le meilleur des critères de qualité d'un système de soins.

Subsidiarité ? Il serait absurde de subordonner l'accès aux soins médicaux à un seul principe. Le médecin spécialiste est un « physician with skills in addition ». Le « niveau de soins (médicaux) le plus adéquat » peut être fourni aussi bien par le médecin spécialiste que par le médecin généraliste. Dans nombre de cas, le recours du patient sera plus adéquat, plus direct, et plus efficace s'il s'adresse directement au médecin spécialiste de son choix. Comme dans nombre de cas, l'inverse sera vrai également.

L'adéquation des soins ne se détermine pas par la qualification du médecin auquel s'adresse le patient, mais par l'E.B.M. qu'il pratique. Or, le médecin généraliste n'a pas le monopole d'E.B.M. ni de la « prise en charge globale » du patient (cf. note au Ministre Detienne) (cf. pages 5-7 de ce bulletin).

Le rôle régulateur de l'Autorité n'est pas de pousser le patient dans un sens obligatoire ou de lui fixer des sens interdits. Le rôle de l'Autorité est de faire en sorte que les échanges d'information entre praticiens circulent dans un contexte multidisciplinaire.

Ne placez donc pas le patient dans une position de dépendance, ni vis à vis d'un médecin bien déterminé, ni vis à vis d'une institution. Laissez le patient circuler librement à travers « le système de soins », avec les références électroniques et protégées de ses dossiers médicaux, complétées au fur et à mesure par les médecins traitants responsables auxquels il se confie tout au long du parcours de sa vie. Faites de la carte à puces un outil de liberté.

C'est l'indépendance du patient qui rend à notre système de soins son accessibilité supérieure par rapport à tous ceux qui nous entourent.

2. Deuxième pôle :

« Les techniques de financement...devraient, aussi souvent que possible, s'écarter de la rémunération à l'acte » (p.11, 3). Contrairement à ce que pense le PS, nous estimons que remplacer le financement à l'acte par des systèmes de forfaits serait contre-productif et entraînerait une perte de qualité évidente pour le patient.

Les systèmes forfaitaires peuvent tout au plus remplir une fonction supplétive pour couvrir des missions qu'il est difficile d'objectiver par un acte précis (p.ex. permanence) ou de certaines activités non directement curatives (p.ex. charge administrative). Par ailleurs, il faut constater que les systèmes forfaitaires actuellement utilisés finissent généralement par rémunérer différemment les mêmes activités, en faisant totale abstraction du principe « à travail égal, salaire égal ». Enfin les systèmes forfaitaires finissent par coûter davantage pour une productivité moindre, tandis que leur calcul entraîne des coûts supplémentaires dont le financement serait plus efficacement utilisé en soins proprement dits.

Nous avons peine à croire que le PS souhaite prôner un système favorisant la sous-consommation au détriment de la qualité des soins.

On peut tourner les choses comme on veut, c'est le système à l'acte qui rend notre système de soins si performant.

3. Enfin, nous nous opposons formellement à la structuration –tout aussi contre-productive sur le plan du libre choix du patient et de la qualité des soins- du système de soins de santé sous forme de « réseaux » avec délimitation territoriale. Nous avons déjà fait part de notre opinion à ce sujet dans une lettre adressée à Mme Aelvoet en 2000 et dont nous vous faisons également parvenir une copie (cf. pages 7-9 de ce bulletin). A la lecture des propositions du PS, elle n'a rien perdu de son actualité. Certes, il peut être utile d'établir des inventaires des potentiels de l'offre de soins et de mettre des outils facilitant les interactions à la disposition des praticiens. Mais il faut s'abstenir de tout dirigisme quant à la voie que doivent emprunter les patients.

4. En matière de planification de l'offre médicale, nous considérons l'abolition du numerus clausus par la Ministre PS, Mme Dupuis, comme un erreur monumentale qui doit être redressée dans les plus brefs délais. L'instauration d'une épreuve de sélection à l'entrée ou à l'issue de la première candidature nous paraît la seule option rationnelle. Il est évident que le maintien de cette décision politique absurde risque de rendre l'éclatement du système fédéral des soins de santé inévitable. Il faut en être conscient.

5. Enfin, nous prenons bonne note de l'intention du PS de suivre de nouvelles pistes en ce qui concerne la responsabilisation des dispensateurs, d'une part par le canal de l'accréditation, d'autre part, par le rétablissement du respect des droits de la défense dans la loi actuelle. Toute initiative dans le bon sens dans ce domaine, pourra compter sur notre appui et notre collaboration.

6. Quant à la couverture sociale de l'aléa thérapeutique, nous pensons qu'il s'agit effectivement d'une optique qui permettra d'éviter l'impasse vers laquelle risquent d'évoluer certains secteurs des soins de santé. A notre avis, pour rendre un tel système viable, il faut concentrer son action sur le risque pour lequel le problème de l'inassurabilité se pose en priorité, à savoir le « noyau dur » du secteur hospitalier (anesthésie, quartier opératoire, maternité, soins intensifs, soins d'urgence,...). Bref, le secteur qui fonctionne sous la co-responsabilité de l'Etat (agrément, financement), des gestionnaires d'hôpitaux et des médecins hospitaliers. Inutile de créer d'emblée un fonds destiné à couvrir tous les risques, y compris ceux des pratiques courantes, voire non-conventionnelles. Il deviendrait rapidement impayable et l'indemnisation des victimes des risques susmentionnés se verrait sensiblement amoindrie par la banalisation des recours visant les risques courants.

Nous rappelons que la mise en place d'un tel système doit s'accompagner d'une dépenalisation totale de l'aléa thérapeutique, et que son financement ne devrait pas entraîner de charges supplémentaires sur les honoraires médicaux.

Nous restons, bien entendu, à votre entière disposition pour tout entretien ou commentaire supplémentaire et nous vous prions de croire, Monsieur le Président, à toute notre considération.

LE MONOPOLE DES "SOINS GLOBAUX" ?

Lettre au ministre wallon des Affaires sociales et de la Santé DETIENNE (8 juin 2000)

Monsieur le Ministre,

Nous avons pris connaissance de votre note " Organisation concrète de la première ligne autour du patient " datée du 26 avril 2000 qui nous plonge dans la consternation par ce passage particulièrement vexatoire pour les médecins-spécialistes et, de surcroît pour les médecins des services d'urgences:

" Une confusion subsiste quant à savoir si certains acteurs spécialisés font aussi partie de la première ligne (spécialistes ambulatoires, Services de Santé mentale, Centres de Planning familial...)

De fait aujourd'hui ils en font partie dans la mesure où le patient s'y réfère en premier; la même réflexion vaut pour les services d'urgences hospitaliers. Cette situation n'est pas idéale parce que le patient risque de ne pas y être pris en compte dans sa globalité et que les diverses interventions peuvent rendre l'ensemble incohérent; nous voulons donc donner la priorité à l'approche globale, et donc développer une première ligne généraliste. Les autres acteurs et structures sont donc à considérer comme faisant partie de la seconde ligne, même si le patient, dans certains cas, peut s'y rendre spontanément sans passer par le généraliste. "

Risque d'approche non globale?

De quel droit ou quel savoir pouvez-vous prétendre que le patient " risque de ne pas être pris en compte dans sa globalité " par le médecin-spécialiste?

Veillez noter que :

- le médecin, qu'il soit généraliste ou spécialiste, ne peut se permettre de négliger l'approche globale, parce qu'il commettrait une faute professionnelle. Sur le plan médico-légal tout médecin est inéluctablement contraint d'intégrer l'approche globale du patient dans sa performance professionnelle. Tout médecin, dès qu'il a la charge du patient, en a la totale responsabilité juridique dans toute sa globalité. Connaissez-vous un jugement disculpant un spécialiste d'avoir ignoré l'existence de l'affection de son patient parce que ne relevant pas de sa spécialité?

- le médecin-spécialiste est avant tout **un médecin** (diplôme légal en médecine, chirurgie et accouchements) ayant, en outre, bénéficié d'une formation complémentaire de 5 à 6 ans, visant à le rendre particulièrement performant dans un domaine précis. Cette formation complémentaire intègre en permanence l'approche globale **parce que la médecine est un tout**. La moitié de cette formation (troncs communs) est à prépondérance globale, tandis que la formation supérieure vise, toujours dans un concept global, l'approfondissement dans certains domaines et la familiarisation aux techniques spécialisées. De même, la formation continue qu'imposent les critères ministériels, vise la mise à jour des connaissances et compétences, dans la perspective continue d'une approche globale. La multidisciplinarité s'intègre constamment, et de plus en plus, dans la formation continue. Notre système d'accréditation a d'ailleurs été conçu de manière à favoriser cette démarche.

-Quant aux **soins d'urgence**, la formation complémentaire du médecin-spécialiste en soins d'urgence (médecin +7à8 ans, donc x 2) se définit par excellence comme " pluridisciplinaire " Votre ex-collègue, M. M. COLLA, a formellement inscrit cette exigence dans ses normes d'agrément des fonctions hospitalières. Et vous voudriez les accuser de prise en compte non globale? Monsieur DETIENNE, rendez-vous compte du caractère vital de la globalité de leur intervention. Le rôle de l'urgentiste consiste à diriger la globalité instantanée!

En outre, les critères généraux d'agrément des médecins-spécialistes prévoient explicitement que les candidats-spécialistes dans les différentes disciplines (elles sont 13 en tout) pouvant accéder à cette formation complémentaire, doivent par définition se familiariser avec toutes les urgences et ce de manière pluridisciplinaire.

Quant aux autres médecins, généralistes ou spécialistes, les critères de médecine d'urgence (A.M. du 12.11.93) prévoient une formation théorique et pratique de 120 heures et un stage de 240 heures échelonné sur 24 mois et comportant au moins 10 interventions préhospitalières. Un groupe de travail du Conseil Supérieur a conclu récemment et avec insistance que cette formation devrait être incluse dans le curriculum des études médicales, estimant que tout médecin devrait au moins être apte à assumer la première prise en charge de toutes les urgences. Quod non, donc...

Alors, sachant cela, en tant que ministre responsable, oseriez-vous à la fois accorder, sur base de quelques considérations nullement étayées (soit purement dogmatiques), le monopole de " l'approche globale " au généraliste de première ligne, tout en accusant ceux qui l'assument réellement, d'en faire défaut? En parlant de " risque "...celui que nous soulignons est bien réel pour le patient.

" ...dans certains cas " ?

Le Rapport Peers le souligne, 70% des patients du médecins-spécialistes s'y adressent spontanément. 30% seulement sont référés par le médecin-généraliste.

Ces chiffres démontrent clairement que nos patients ne partagent pas votre crainte de ne pas être pris en compte dans leur globalité. Ils expriment peut-être davantage la crainte inverse, à laquelle s'ajouterait, si votre choix politique se réalise, celle de ne pas être référé en temps opportun au spécialiste et, en tout état de cause, de ne plus disposer de leur liberté décisionnelle et de leur libre accès. Ne pensez-vous pas qu'avant de prendre des mesures, il y aurait lieu de prendre auparavant la rationnelle précaution d'en évaluer les risques réels ou plausibles, de manière à prévoir aussi à temps les nuances, les réticences et, à tout le moins, les mesures d'accompagnement qui sauvegardent l'intérêt du patient. Les nouvelles qui nous parviennent de l'étranger, où le système prôné par vous existe, ne permettent plus, loin de là, de soutenir l'hypothèse d'une meilleure qualité, ni d'une meilleure confiance ou satisfaction des patients. Ni celle d'un moindre coût, de toute évidence.

La doctrine de l'échelonnement est, médicalement et économiquement parlant, une piste de réflexion dépassée. Elle est obsolète et contredite par l'Evidence Based Medicine.

" ...Une confusion subsiste... "

En conclusion, la " confusion " que vous évoquez, ne peut être autre que celle créée de toutes pièces dans la doctrine développée par quelques idéologues-technocrates qui n'ont jamais été familiarisés avec l'exercice professionnel sur le terrain.

La Cour d'arbitrage, dans le cadre d'un recours contre l'art. 12,2° de la loi du 26.07.1996 sur la modernisation de la sécurité sociale, a dit: (traduction) " *Il ne peut être déduit de la disposition attaquée que le patient serait obligé de consulter d'abord le médecin-généraliste pour toute prestation de santé; il ne peut non plus en être déduit qu'il serait interdit au patient de consulter, selon son propre choix, le cas échéant directement, un médecin spécialiste. Celui-ci conserve évidemment le droit de constituer son dossier médical.* "

La Cour précise en outre que si la loi-cadre ne constitue pas elle-même une discrimination entre praticiens de première et de seconde ligne, les dispositions déléguées au Roi n'autoriseraient pas celui-ci à prendre des mesures discriminatoires.

L'art de guérir, comme la Gaule de César, se divise "in partes tres ": l'art médical, l'art dentaire, et l'art pharmaceutique.

L'art médical s'exerce à l'égard de l'être humain dans sa globalité. Prétendre que seule une discipline pratiquerait cette médecine-là, est un mensonge qui repose sur du vent. C'est également une atteinte à l'honneur professionnel de leurs confrères d'autres disciplines.

C'est pourquoi nous terminons en soumettant à vos réflexions cette citation de George Orwell, publiée récemment dans le Journal du Médecin, bien à propos des récents développements dans le cadre du N.H.S. anglais: " Le langage politique est destiné à donner une consonance de vérité au mensonge ...et à donner une apparence de solidité à ce qui est du vent. "

Nous vous prions de bien vouloir corriger la vexante allusion au prétendu " risque " de non-prise en compte globale du patient, dans votre note du 26 avril dernier. Elle n'est guère respectueuse à l'égard des 11.000 médecins hospitaliers que le pays compte encore, tant que le réseau subsiste. Mais elle est franchement vexatoire pour les déjà 6000 humbles citoyens, spécialistes sans attache hospitalière, que vous et votre collègue fédéral Mme AELVOET, envisagez d'envoyer globalement sur la lune.

Nous vous remercions d'avance pour votre attention, tout en restant à votre entière disposition pour tout commentaire ou échange de vues à ce sujet, et vous prions de croire, Monsieur le Ministre, à toute notre considération.

Prof. Dr. J. GRUWEZ
Président ff.

ETAYER ET STRUCTURER LE PREMIER ECHELON

Extraits de la Réponse du GBS à Madame M. AELVOET, Ministre de la Santé publique (31.03.2000) (Traduction)

Concerne : Votre note conceptuelle "Etayer et structurer le premier échelon : La composante essentielle de l'organisation des soins de santé"

Madame la Ministre,

C'est avec une attention toute particulière que nous avons pris connaissance de votre note " Etayer et structurer le premier échelon" du 6.12.1999.

Nous supposons que ce document inquiétant (pour utiliser un terme modéré) a été élaboré par un collaborateur-théoricien ayant une expérience très limitée en tant que dispensateur de soins curatifs aux patients. Cela semble évident dans la mesure où la note ne reconnaît en aucune façon une position centrale au patient-citoyen. Au contraire. Cette note vise essentiellement à enlever au patient tout droit à l'autodétermination en matière d'accès aux soins de santé.

Les thèses qui y sont développées dans un jargon pseudo-scientifique sont extrêmement dogmatiques et reposent plus sur une idéologie et sur une conviction personnelle "sacrée" que sur des faits établis et sur la science. Selon nous, elles ne reposent en aucune façon sur l'intérêt du patient et de la santé publique. Elles méconnaissent de manière flagrante le rôle effectif qui est rempli non seulement par le généraliste, mais également par les médecins-spécialistes dans le domaine d'activité défini ici comme le "premier échelon", c'est-à-dire "en dehors du milieu hospitalier" selon votre définition.

Les points de départ sont quatre thèses de l'accord gouvernemental : *"la prise en charge du patient doit se faire au niveau le mieux adapté; les soins de première ligne doivent être stimulés; l'échelonnement des soins de santé doit être initié de manière à ce que le généraliste joue un rôle central dans le système (sic! Déplorons qu'il ne s'agisse pas du patient); le dossier médical doit être développé plus avant".*

Conformément à la note, le "premier échelon" est le "décor" où le patient doit (obligatoirement) s'adresser pour n'importe quelle plainte et où il faut déterminer si la plainte doit être interprétée dans le cadre du schéma d'une maladie donnée ou comme une incommodité "qui disparaîtra spontanément". Cette "première prise en charge professionnelle" est assurée par quelqu'un ayant une "responsabilité dite d'adressage". Il peut s'agir d'un infirmier, d'un kinésithérapeute, d'un travailleur social, d'un praticien de médecine parallèle ou - grâce à la clémence de l'auteur de la note - également d'un généraliste.

Concrètement, cela implique que le diagnostic - la reconnaissance d'un problème médical - ne doit plus être posé par un médecin, d'une part, et que le patient n'est absolument pas libre de choisir le dispensateur de soins auquel il souhaite s'adresser, d'autre part. Le libre accès est transformé en un seuil obligatoire, le "premier échelon" au contenu limité où l'on ne tardera pas à voir apparaître des seuils intermédiaires.

Les pouvoirs publics vont-ils ainsi laisser courir un risque au patient en laissant au "responsable d'adressage" le soin de trancher entre un carcinome mammaire ou tout autre carcinome ou une "incommodité qui disparaîtra spontanément"? On peut s'imaginer comment le patient sera rassuré par l'avis du "responsable d'adressage".

Au point 4.1., nous lisons : *" Dans les faits, les spécialistes privés et les polycliniques se situent également, à l'heure actuelle, au premier échelon étant donné qu'ils peuvent aussi être consultés directement par les particuliers. Toutefois, ils n'y ont pas leur place en raison de la spécificité de leur fonction."*

Le postulat selon lequel la médecine spécialisée ambulatoire se situe hors du premier échelon et donc de l'accessibilité directe et libre du patient, n'a aucun fondement objectif ou raisonnable. La note n'entend pas préciser quelle est alors la fonction spécifique des soins spécialisés ambulatoires dans le cadre de la politique future. La note part en effet du principe que le rôle du spécialiste n'a plus aucune raison d'être en dehors du milieu hospitalier puisque vous l'assimilez aux "deuxième et troisième (soins hospitaliers)" échelons. En outre, ces mêmes soins spécialisés ambulatoires sont quand même offerts en milieu hospitalier.

La note conceptuelle part également du principe que la "compétence spéciale" (point 2.5) n'a plus aucune raison d'être dans l'accès direct du patient lorsque cette compétence fournit justement un diagnostic affiné pour une plainte spécifique identifiable par le patient et peut proposer un traitement adapté, si nécessaire (= pour le patient) en concertation et interaction avec le généraliste. Une médication orientée avec plus de précision permet d'éviter pas mal de "tentatives" de traitement. De même qu'un diagnostic ou traitement spécialisé ambulatoire adapté permet d'éviter des hospitalisations inutiles.

Le point de départ "la prise en charge du patient doit se faire au niveau le mieux adapté" de la déclaration gouvernementale n'est donc pas pris en compte. Au contraire, la note se contente d'instaurer des seuils d'accès, sans proposer aucun droit du patient en matière de soins au niveau le mieux adapté (lire : compétent).

Signalons en passant que le texte de la déclaration gouvernementale ne supprimait ni le principe actuellement d'application de la liberté de choix du patient, ni l'accès direct aux soins spécialisés ambulatoires. Votre note conceptuelle va par conséquent diamétralement à l'opposé de l'idéologie de votre principal partenaire dans la coalition, à savoir le VLD-PRL.

Par ailleurs, la note confond sans nuance une intervention spécialisée et l'utilisation d'une "technologie plus sophistiquée ou rare". Les trente dernières années d'une politique de santé perpétuellement hospitalocentriste ont eu pour effet que ces équipements ne peuvent se trouver que dans les hôpitaux.

Il est quelque peu étrange de constater que les options politiques avancées dans la note ne changent rien à cet hospitalocentrisme avec le slogan "soins spécialisés uniquement à l'hôpital", et ce tandis que vous vous

êtes récemment exprimée en faveur d'un rapprochement du CT-scan du premier échelon, à savoir chez le spécialiste extra-hospitalier.

COMMUNIQUE DE PRESSE BECEP 25/02/2003

La presse a révélé ce matin que l'an dernier 100.000 personnes en moins se sont présentées aux services des urgences, et ce uniquement à la suite de l'annonce des mesures pénalisantes du gouvernement.

Pour le moment ce résultat ne peut être considéré comme un succès que pour ceux dont l'objectif principal est de diminuer de 100.000 unités le nombre de consultations à payer aux services des urgences.

Ce constat est par contre une catastrophe pour ceux qui se rendent compte que parmi ces 100.000 patients se trouve probablement aussi un grand nombre de pauvres bougres qui se sont laissés effrayer par les campagnes peu nuancées, les dissuadant de recourir aux soins auxquels ils ont droit.

Nous attendons avec autant d'inquiétude l'effet de la mesure par laquelle le patient ne doit plus payer les 12,5 € à chaque fois qu'il est amené aux services des urgences après un appel au service 100. Il n'est pas inimaginable que ce canal soit submergé de personnes qui se présentaient jusqu'à présent aux urgences par leurs propres moyens, ce qui risque de disloquer tout le système extra-hospitalier d'aide médicale urgente.

Au nom du Belgian College of Emergency Physicians,

Dr. Jan Stroobants
Président
03/ 280 40 55
j.stroobants@village.uunet.be

Dr. Pierre Todorov
Secrétaire
0475/ 44 84 89
peter.todorov@rhms.be

RESPONSABILISATION INDIVIDUELLE

Lettre du Ministre F. VANDENBROUCKE au Prof. Dr J. GRUWEZ (du 24.2.2003) (traduction)

Cher Docteur,

En réponse à votre lettre du 5 novembre 2002, je puis vous communiquer ce qui suit :

1. La loi, qui vient d'être adoptée, offre un certain nombre de garanties concernant le respect des droits de la défense.

Durant le contrôle, le dispensateur de soins bénéficie de la protection prévue dans la loi Franchimont. Le dispensateur de soins a le droit de revoir ses déclarations et d'y apporter les corrections souhaitées. Il peut également demander la réalisation de procédures d'investigation complémentaires et le dépôt de tous les documents ou pièces qui seront joints au dossier.

Dès la fin du contrôle, le dispensateur de soins doit, avant qu'une sanction ne soit imposée, être invité à soumettre par écrit ses moyens de défense. Si le Comité juge que ses explications ne sont pas convaincantes, il doit faire savoir au dispensateur de soins qu'il peut être entendu par deux membres du Comité. Un de ces deux auditeurs représente les organismes assureurs, l'autre la catégorie professionnelle à laquelle le dispensateur de soins appartient.

Aucun inspecteur du Service d'évaluation et de contrôle médicaux n'assiste évidemment à cette audition, et ce afin d'éviter toute immixtion directe ou indirecte.

Les deux auditeurs font ensuite rapport au Comité qui dispose ainsi d'un rapport fiable et complet de la version du dispensateur de soins.

Les droits de la défense seront également totalement respectés par le Comité. Cette instance est présidée par un magistrat de l'ordre judiciaire, conseiller près la Cour d'appel, qui préside la Chambre de mise en accusation et qui est dès lors particulièrement qualifié en matière de droits de la défense et est garant de leur respect.

La décision du Comité doit être motivée conformément à la Loi relative à la motivation formelle des actes administratifs. Les arguments de droit et de fait motivant la décision doivent par conséquent être indiqués.

Ensuite, un recours suspensif peut être introduit auprès de la Chambre d'appel. Cette chambre est un tribunal administratif présentant toutes les caractéristiques d'indépendance et d'impartialité des tribunaux ordinaires.

Enfin, un pourvoi en cassation administratif peut être introduit contre la décision de cette Chambre d'appel devant le Conseil d'Etat.

Toutes ces garanties montrent que la crainte que les droits de la défense ne soient pas respectés, n'est pas fondée.

2. Rien dans la nouvelle loi n'interdit au Service ou au Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de solliciter l'avis d'organes scientifiques ou professionnels, afin de pouvoir statuer valablement concernant d'éventuelles prescriptions superflues ou une éventuelle surconsommation. Comme nous l'avons fait remarquer précédemment, le dispensateur de soins a, en vertu de la loi Franchimont, le droit de demander la réalisation de procédures d'investigation complémentaires. Lorsque le dispensateur de soins demande la consultation d'une instance qu'il juge extrêmement qualifiée, il fait usage de ce droit et un refus éventuel devra être motivé, comme indiqué plus haut.

3. La procédure que vous critiquez a été modifiée dans le sens que vous préconisez. Le Conseil national de la promotion de la qualité dispose de 6 mois pour se prononcer concernant les indicateurs qui sont proposés par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux. Après six mois, les indicateurs du Service sont censés avoir été approuvés pour un an. Après cette période, durant laquelle la validité de l'indicateur est testée sur le terrain, un rapport est fait au Conseil national de la promotion de la qualité. L'indicateur est alors définitivement approuvé à moins que 75 % des membres représentant les universités, les sociétés scientifiques médicales et les médecins généralistes et spécialistes agréés, le rejettent.

4. Les recommandations et les indicateurs n'auront pas d'effet rétroactif. Pour être opposables aux dispensateurs de soins, ils devront avoir été publiés au préalable conformément aux dispositions prévues par le Roi.

5. Toutes les décisions du Comité et des Chambres d'appel relatives au contrôle de la réalité, de la conformité, du nombre excessif de prescriptions ou de la surconsommation de prestations de santé doivent désormais être publiées anonymement sur le site internet de l'INAMI. La jurisprudence doit ainsi être accessible à tous.

Ensuite, il est dit plus haut qui sont les auditeurs désignés par le Comité, quelle est leur mission et comment celle-ci sera remplie. Le dispensateur pourra donc se justifier en toute liberté sans être contredit et sans qu'un inspecteur ou un fonctionnaire du Service ne soit présent.

6. Le dispensateur de soins ayant porté en compte des prestations non effectuées doit naturellement les rembourser. Si l'on s'en tenait à cette seule mesure, le dispensateur serait évidemment tenté de recommencer. Dès lors, il est justifié de le sanctionner, non seulement pour éviter toute récidive mais également pour le punir dans la mesure où il a nui au bon fonctionnement de l'assurance soins de santé.

L'amende dans un tel cas se situe entre 50 et 200 % de la valeur des prestations. Elle n'est toutefois pas obligatoire. Le Comité peut l'imposer ou la suspendre.

Ces mêmes règles sont d'application pour les prestations non conformes, avec cette différence que l'amende se situe alors entre 1 % et 150 %.

Pour les faits de surconsommation, l'amende, qui peut éventuellement être suspendue, se situe entre 1.000 € et 5.000 € sans remboursement du montant perçu indûment. Dans les cas graves de surconsommation et de dommages considérables causés à l'assurance, le Comité pourra toutefois décider de demander réparation devant les tribunaux ordinaires sur base de l'article 1382 du code civil. De même, si les faits contestés sont clairement frauduleux, une plainte peut être déposée avec constitution de partie civile auprès du tribunal correctionnel afin d'obtenir réparation des dommages.

Frank Vandebroucke

REUNIONS SCIENTIFIQUES

***Cours d'introduction à l'EBM pour les professionnels de la santé francophones
Organisé par le Centre belge pour l'Evidence-Based Medicine (CEBAM)
le mercredi 26 mars 2003, de 9 h à 17 h***

Ce cours est destiné aux médecins, infirmier(e)s, dentistes, pharmaciens, kinésithérapeutes, ...

PROGRAMME

INTRODUCTION (9h00)

MODULE 1 : De la clinique à l'Evidence-Based Medicine (9h05-10h20) : • Introduction à l'EBM et à la Cochrane Collaboration • Notions et concepts de base, nécessaires à la lecture critique • Définition du PICO du cas clinique • Questions et Réponses

MODULE 2 : Ateliers de recherche d'information EBM sur internet (10h30-12h30) : • Recherche individuelle dans Medline (PubMed) d'informations concernant le cas clinique • Présentation des sources d'informations EBM (EBM Reviews d'Ovid et Clinical Evidence) • Recherche individuelle dans la Virtual Library du site CEBAM (www.cebam.be)

LUNCH (au restaurant universitaire)

MODULE 3 : Ateliers d'évaluation critique des articles sélectionnés (14h-16h45) : • Présentation des fiches d'évaluation critique • Analyse d'un Essai Clinique Randomisé (Randomised Controlled Trial) • Analyse d'une Synthèse Méthodique (Systematic Review)

CONCLUSIONS (16h45)

Les inscriptions se font auprès du secrétariat du CEBAM

Adresse secrétariat: ester.vanachter@med.kuleuven.ac.be ou site : www.cebam.be

Ester Vanachter, Administratief Medewerker CEBAM, Belgian Centre for Evidence-Based Medicine, Kapucijnenvoer 33 BLOK J, 3000 LEUVEN, T.: 016/33 26 97, F.: 016/33 74 80

*Belgian Professional Union of Specialists in Pathology
Symposium Ethics and Economy*
QUALITY ASSURANCE AND LEGISLATION IN PATHOLOGY LABORATORIES
Saturday, April 26th 2003
Auditorium Institut Parnasse, Avenue Mounier 84, site UCL 1200 Brussels

Programme :

- 9.00 a.m. Introduction
- 9.15 a.m. Implementation of the existing regulation of Quality Assurance in Europe
- 10.00 a.m. Eléments pour établir un référentiel dans un centre d'Anatomie Pathologique
- 10.45 a.m. Coffee break
- 11.15 a.m. Quality accreditation in different disciplines : lessons to learn and problems to avoid.
- 11.45 a.m. Quality assurance in a Belgian Pathology laboratory : personal experience
- 12.45 p.m. Demonstration of tests used by AFAQAP for quality improvement
- 12.40 p.m. Round table and concluding remarks

9e Colloque de Médecine d'Urgence
les 9 et 10 mai 2003 à Libramont
(les exposés sont répétés de façon identique le samedi 10)

La particularité du colloque est de rassembler aussi bien les médecins traitants, BMA ou spécialistes que les infirmiers, les ambulanciers, les pompiers et les gendarmes.

Thèmes du colloque :

- Quel liquide pour quel patient ?
- Le retour des germes virulents
- Formation continue pour ambulanciers
- Dispatching centre 100
- Le traumatisé : de la relève au traitement au service des Urgences

Pour plus de renseignements : Mme Nicole Bellevaux au n° 0496/075818 les mercredi, vendredi et samedi en journée et tous les jours de la semaine de 17 h à 20 h – Programme-inscription au 061/238650

Accréditation demandée

« *First European Summer Course on Vascular Lymphatic Diseases* »

*From the Saturday 26th of July (at 08.00 am)
to the Saturday 3rd of August 2003 (at 6.00 pm),
in Brussels (Belgium)*

Organized By the « European School (or Academy) of Lymphology (EAL or ESL)»
Opened to Physicians (vascular surgeons, angiologists,...) and other specialists (physical therapists, nurses, health care professionals...), either interested in lymphology, or for whose the practice includes lymphology

For the program of the Course and for further informations and/or registration, contact local organizing committee and secretariat:

Dr Pierre BOURGEOIS : E-mail : pierre.bourgeois@bordet.be, Fax : 32-2-5413224 or 32-2-4101636

Mr Jean-Pol BELGRADO : E-mail : belgrado@ulb.ac.be

ANNONCES

- 03015 **RADIOLOGUE POLYVALENT** assure votre remplacement à BRU, BRAB. W, HAINAUT. Tél. : 0486/06.59.73
- 03016 **CHAPELLE-LEZ-HERLAIMONT** : Le Centre spécialisé d'Herlaimont recherche, en vue d'une location de cabinet, **RHUMATOLOGUE, CHIRURGIEN PLASTIQUE, PNEUMOLOGUE, NEUROLOGUE, OPHTALMOLOGUE, GYNECOLOGUE** femme, **DERMATOLOGUE, CHIRURGIEN VASCULAIRE**. Pour renseignements et conditions, téléphoner au 064/43.22.00.
- 03017 **MEDECIN BIOLOGISTE** expérimenté et motivé, avec reconnaissance RIA, polyvalent mais principalement chimie+hormono+sérologie, cherche emploi ou coll. plein temps, de préférence hospitalier, Bxl ou sud du pays. Tél.: 063/226278 ou écrire bureau du journal.
- 03018 **A VENDRE** : parfait état et à jour EMC chir. plastique et esthétique (maxillo-faciale), 2 tomes, prix int. T. Soir 02/657.97.49.
- 03021 **BASTOGNE** : IFAC-Bastogne-Service d'anatomopathologie-cytologie cherche screening de dépistage en cytogynécologie. Contacter Dr HERMANS ou D. GONTY. Tél. : 061/240.168.
- 03022 **FRANCE** (Bretagne – Bord de mer) : Groupe **PÉDIATRIQUE** recherche 5° associé(e). Cabinet centre-ville, informatisé, astreinte 1 jour/5 dans maternité niveau 2 neuve. Unité de néonatalogie 6 lits (possibilité d'échographie). Ecrire au bureau du journal.
- 03024 **BRUXELLES** (Quartier ULB à IXELLES) **à louer** : 3 grands et beaux bureaux de standing, en rez-de-chaussée surélevé + petite salle d'attente et vestiaire, avec logement comprenant : un grand living - une grande chambre - wc- petite SdB - cuisine semi-équipée - dégagement - entrée et hall commun avec une personne - total 150 M² - parquets - décors classiques - entièrement repeint et réaménagé - toutes possibilités de raccordements techniques : télédist., vidéophonie, téléphonie, informatique, ... châssis vitrés sur deux façades tous avec volets dont 3 grands volets à manoeuvre électrique, chauffage central - jardin et terrasse - bail O.Pr. 3,6,9 - Garantie 3mois convenant pour médecin, avocat, fiduciaire, indépendant, informatique, Parking en face à L ou a V. Visites, rens., ...t/Q/f : 02 / 345. 31 .81 ou Gsm : 0478 / 634 .615. Plans et photos par mail bs715945@skynet.be

Table des matières

• Pourquoi le spécialiste devrait-il quitter le terrain ?	1
• L'accès aux soins de santé modernes.....	2
• Concernant les propositions politiques du PS	3
• Le monopole des "soins globaux" ?	5
• Etayer et structurer le premier échelon	7
• Communiqué de presse BECEP 25/02/2003	9
• Responsabilisation individuelle	9
• Réunions scientifiques	10
• Annonces.....	12