



# GROUPEMENT DES UNIONS PROFESSIONNELLES BELGES DE MEDECINS SPECIALISTES

FEDERATION D'UNIONS RECONNUE PAR LA LOI

Avenue de la Couronne 20 - 1050 Bruxelles

☎ (02) 649.21.47

📠 (02) 649.26.90

✉ info@vbs-gbs.org

🏠 <http://www.gbs-vbs.org>

## Position du comité exécutif du GBS concernant les soins efficaces

**Date : 16/04/2021**

**Nous partons des principes de droit qui constituent le socle conceptuel de la réflexion du GBS et de la vision pour améliorer l'efficacité des soins. (points 1 et 2) Nous définissons ensuite le rôle que les différents acteurs, lignes de soins, du monde médical devraient jouer dans une structure de soins de santé efficiente. (3,4 et 5). Enfin, nous abordons l'aspect de la nomenclature qui doit soutenir toute réforme en la matière. (6)**

### **1. Droit du citoyen à des soins de santé combinée avec la liberté de choix thérapeutique**

La santé est un droit fondamental de la déclaration universelle des droits de l'homme et de la constitution.

#### *Article 3*

*Tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne.*

#### *Article 22*

*Toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale ; elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité, grâce à l'effort national et à la coopération internationale, compte tenu de l'organisation et des ressources de chaque pays.*

#### *Article 25*

*Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; [...]*

Chaque citoyen belge doit donc pouvoir bénéficier de soins de santé et de la sécurité sociale. Ce droit ne peut cependant pas enfreindre un autre droit fondamental qui est celui de la liberté individuelle.

L'application de ces deux droits fondamentaux a pour conséquence que même si des soins de santé sont couverts par l'assurance obligatoire, le patient peut également opter pour d'autres soins sur conseil de son médecin ou son initiative personnelle. Le droit du choix du patient se base d'abord sur son droit de liberté mais est également supporté par le cadre législatif du droit des patients et de la loi qualité. Selon cette loi, le médecin est tenu de travailler selon l'EBM. Il exerce la médecine dans son champ de compétence qui est inscrit dans un portfolio, tout en respectant l'éthique et la déontologie de la profession.

## **2. L'avenir des soins de santé en Belgique -20.03.2020 Tomorrowlab**

Un financement solidaire basé sur des contributions équitables de chaque membre de la société garantit l'accessibilité à des soins de qualité pour tous, indépendamment des revenus. Le système belge se classe, selon les normes européennes, fort bien en ce qui concerne l'accessibilité, mais la contribution du patient lui-même, en revanche, est parmi les plus élevées des pays européens

Par ailleurs, au cours de l'exercice de réflexion menée par Tomorrowlab, un certain nombre d'évolutions ont été identifiées, qui pourraient constituer une menace potentielle pour la solidarité au sein de la population et pour le financement solidaire des soins de santé en particulier. Le maintien de cette solidarité doit donc constituer une priorité au niveau sociétal et politique. Le document de Tomorrowlab se positionne dans ce sens en disant <sup>1</sup>:

*Le maintien de ce financement solidaire dépend en grande partie du succès d'autres projets composants décrits ci-dessous et du suivi des valeurs déjà abordées. p36*

*Un système de soins de santé dans lequel chaque membre de la société contribue selon ses propres moyens, indépendamment de la mesure dans laquelle il utilise le système, et peut bénéficier de soins de qualité en fonction de ses besoins, indépendamment de sa contribution. p30*

*Dans tous les cas, les besoins et souhaits réels du patient doivent toujours être pris en compte : un traitement, même délivré dans les règles de l'art, qui, objectivement, n'était pas réellement nécessaire, par exemple parce qu'il existe un traitement meilleur marché et tout aussi efficace, ou qu'il ne contribue pas à assurer à la vie du patient la qualité et le sens que celui-ci attend, ne peut pas être considéré comme un traitement de qualité. p34*

Cependant, sur base des droits fondamentaux énoncés plus haut, chaque citoyen a le droit de choisir le trajet de soins qui lui convient et/ou est conseillé par le médecin. Le financement de ces soins est régi par l'assurance obligatoire avec ses règles et procédures. Ces dernières sont des choix de société. Si le patient s'écarte des règles et procédures de l'assurance obligatoire, il devra financer la différence entre les soins « remboursés » par l'assurance obligatoire qu'il aide à financer par ses cotisations et les soins reçus. En d'autres termes il reçoit un budget pour sa pathologie et peut sur fonds propres ou par des assurances complémentaires financer ses soins personnalisés.

Cette approche combinée, consiste à donner une plus grande place à un système de soins de santé de qualité tout en respectant la liberté du patient en combinant l'assurance obligatoire, l'assurance privée ou un financement sur fonds propres par le patient. Cette structure est actuellement la norme dans certains pays voisins. Ainsi la médecine privée cohabite avec le NHS au Royaume Uni et les assurances privées complètent l'assurance obligatoire aux Pays-Bas.

La question se pose alors de savoir comment le système de soins de santé peut répondre à ces droits ? Quel rôle les acteurs du monde médical et ses différents lignes de soins et réseaux de soins doivent jouer dans un tel système et finalement comment ces changements peuvent mener à plus d'efficacité mais aussi de qualité en d'autres termes donner plus d'efficacité aux soins de santé.

---

<sup>1</sup> In : « L'avenir des soins de santé en Belgique 24 mars 2020 document du comité de l'Assurance du 10 octobre 2020. »

### **3. Nécessité d'un concept d'une médecine de première ligne élargie aux soins à proximité du patient**

Il y a souvent une confusion qui est faite entre la médecine générale et celle de première ligne. Ces deux notions représentent des approches fondamentalement différentes. La médecine de proximité doit offrir au patient les soins les plus appropriés en fonction des compétences du prestataire de soins. (loi qualité)

La prise en charge d'un patient que ce soit en première ligne ou en deuxième ligne doit répondre aux exigences d'une médecine holistique et multidisciplinaire.

Dans certaines propositions pour changer le système actuel on voudrait considérer le médecin-généraliste comme le gatekeeper du système qui détient le DMG et qui « autorise » dans le cadre de l'échelonnement le passage vers la deuxième ligne. Certains demandent même une inscription obligatoire chez un médecin généraliste.

Le DMG n'est pas la propriété du médecin mais du patient et devrait être accessible par tout médecin, demain peut-être par tout médecin européen, à condition d'avoir obtenu le consentement éclairé du patient. Le médecin généraliste est de facto celui qui pour tout citoyen surveille et suit le mieux un tel dossier. Cela ne signifie pas qu'il est le seul pour initier un tel dossier, ou qu'un passage par le médecin généraliste est obligatoire pour la création du DMG. La relation thérapeutique privilégiée entre le patient et son médecin traitant confie au médecin généraliste ce rôle de centralisateur des informations médico-sociales, et du suivi des rapports d'hospitalisation. Dans le cadre d'une relation thérapeutique, un autre médecin comme un pédiatre peut être considéré comme le médecin traitant qui peut jouer ce rôle de centralisateur.

Pour illustrer ceci, l'exemple du nouveau-né avec une affection à la naissance qui nécessite l'intervention et le suivi (parfois en années) du pédiatre est significatif. Certaines mutualités prennent en charge le ticket modérateur des consultations du pédiatre à condition que le patient ait une inscription avec DMG chez un médecin généraliste. Le pédiatre conseille donc aux parents, d'ouvrir un DMG chez un médecin généraliste qui n'a aucun lien thérapeutique avec le patient. Il n'est pas logique par exemple, que le DMG d'un nourrisson prématuré soit ouvert chez un généraliste ; il devrait l'être chez le pédiatre qui suit réellement l'enfant dans sa globalité. Coût et administration dont on pourrait faire l'économie si le pédiatre pouvait générer le DMG. Il en va de même pour la femme enceinte que son gynéco envoie chez l'endocrinologue pour traiter un diabète de grossesse. Ici aussi pour obtenir un remboursement pour les insulines, tiges, seringues, la femme enceinte doit avoir un DMG. Un médecin généraliste ouvrira un DMG pour cette patiente qu'il ne connaît pas et ne suit pas. Coût et administration dont on pourrait faire l'économie. Il est fortement conseillé dans le cadre de la loi qualité, de motiver chaque citoyen à autoriser la création d'un DMG par le médecin qui a un premier contact thérapeutique et pour tout contact thérapeutique.

L'inscription obligatoire limite l'accès à la médecine générale, parce que de nombreuses maisons médicales et des médecins généralistes n'acceptent pas de nouveaux patients. L'organisation des soins, le système de forfait ou de capitation n'offrent pas la flexibilité suffisante pour augmenter la patientèle. De plus cette inscription obligatoire limite la liberté de choix du patient. Elle ne se base que sur une gestion administrative et budgétaire dans le cadre de l'assurance obligatoire. Il y a d'autres techniques pour éviter la surconsommation

Dans son livre "Goed Ziek" le Dr Ri De Ridder, développe le concept de « buurtteam met meerdere zorgteams ». Ce buurtteam est un centre avec des médecins généralistes, de la première ligne, et des infirmières, des kinésithérapeutes, des psychologues, des dentistes, des **gynécologues**, des travailleurs sociaux, des pharmaciens, des aides à domicile... Plus loin le Dr Ri De Ridder cite que **plusieurs pédiatres** peuvent en faire partie en fonction du voisinage dans lequel ce buurtteam fonctionne. La proposition du Dr Ri De Ridder est donc une première ligne avec des soins de proximités,

incluant une médecine multidisciplinaire et des soins appropriés aux besoins des enfants, des adultes en fonction des compétences spécifiques des prestataires de soins.<sup>2</sup>

Le ministre de la santé a déclaré dans son discours lors de la présentation du Kick-off de l'INAMI: «Deuxièmement, nous devons passer à des soins directs avec le patient, en mettant l'accent sur la première ligne, la prévention et l'autonomisation.»

#### **4. Rôle essentiel de la médecine spécialisée de proximité hors institution hospitalière**

Il est clair pour tous les acteurs des soins de santé qu'il faut créer une véritable première ligne de soins qui couvre un champ d'action plus complet et plus proche du patient afin de répondre aux diagnostics et soins nécessaires au premier stade du trajet de soins.

A propos du modèle de collaboration entre la première et deuxième ligne Tomorrowlab dit encore que :

*Pour réaliser ce nouveau modèle de collaboration, il faut également que les rôles et responsabilités soient clairement définis. **Le renforcement de la première ligne va de pair avec un échelonnement aligné sur la réalité.** La réglementation des professions de la santé doit être adaptée en la matière. p38<sup>3</sup>*

La médecine spécialisée extrahospitalière et de proximité est un maillon qui permet le renforcement de la première ligne, qui va de pair avec un échelonnement aligné sur la réalité.

La médecine spécialisée extrahospitalière dans le document Tomorrowlab n'a plus de place dans sa nouvelle vision de l'organisation de la médecine. La médecine spécialisée est « enfermée » dans des hôpitaux ou polycliniques des hôpitaux qui constituent la deuxième ligne.

La médecine spécialisée extra muros est une composante indispensable de notre système de santé et de sa première ligne de soins. Elle doit être développée pour garantir des soins spécialisés qui doivent être délivrés tout en étant proche du patient. L'intégration des soins d'ophtalmologie, de gynécologie, de pédiatrie et de psychiatrie etc. crée une médecine intégrée et holistique en première ligne.

Ce faisant elle joue un rôle de filtre et garantit un relai vers le réseau hospitalier ce qui rend les soins plus « efficaces » en termes de qualité des soins, de proximité du patient et de maîtrise des coûts. Il s'agit non seulement d'efficacité des soins mais d'*efficience*.

Le développement d'une médecine de première ligne intégrée avec une médecine spécialisée extra-muros est donc indispensable. Comment créer le lien avec le réseau hospitalier et quel visage aura notre hôpital de demain ?

---

<sup>2</sup> Ri De Ridder, Goed Ziek. Hoe we onze gezondheidszorg veel beter kunnen make. Éd Van Halewyck, Kalmtout, 2019) p122-123

<sup>3</sup> Dans : « L'avenir des soins de santé en Belgique 24 mars 2020 document du comité de l'Assurance du 10 octobre 2020. »

## **5. L'hôpital et les réseaux hospitaliers de demain**

L'hôpital de demain est un centre de haute technologie. Toutes les spécialisations ne peuvent plus être exercées dans tous les hôpitaux comme c'était le cas anciennement. Des concentrations de pathologies en fonction des volumes permettent une forme d'industrialisation de la médecine ce qui aurait un impact positif sur la qualité des soins et amortit mieux les coûts.

Méfions-nous cependant des choix de pathologies qui seraient trop concentrées au point d'être trop éloignées du patient. Si nous voulons respecter la volonté de Monsieur le Ministre de développer des soins de proximité, notre système de soins de santé doit offrir au patient une qualité de diagnostic et de traitement. L'hôpital de proximité ne peut pas devenir un dispensaire, avec des médecins et soignants de second rang. Les concentrations des pathologies devraient donc rester l'exception pour des affections complexes ou rares.

Le financement de l'hôpital de réseau ne doit pas créer une nouvelle discrimination et disparité entre les médecins des petits hôpitaux et le navire amiral. La réforme de la nomenclature des actes médicaux devra écumer les disparités entre les honoraires en fonction d'honoraires permettant des écarts équitables, calculés sur des critères objectifs.

## **6. Rôle de la nomenclature dans la recherche d'efficacité des soins de santé**

Envisager des honoraires forfaitaires par pathologie voire des « bundled payment » n'est possible que si les échanges des données médicales et du dossier médical et plus particulièrement en imagerie médicale et en médecine de laboratoire sont performants.

Les répétitions des examens sans justification médicale doivent être évitées. On pourrait imaginer une période de carence entre deux examens identiques et pour des raisons identiques demandés par deux prestataires différents. Un système informatique sécurisé, avec l'intelligence artificielle doit générer une base de données accessible pour chaque DMG de chaque citoyen.

\*\*\*\*\*

En conclusion, il nous semble évident que la réflexion sur l'efficacité des soins doit d'abord garantir une sécurité sociale couvrant et finançant les soins de santé de tous les citoyens tout en laissant le choix au patient de choisir et financer lui-même des soins qui ne sont pas couverts par l'assurance obligatoire. Il faut éviter d'accentuer une médecine à deux vitesses et garantir une offre de base définie par la société.

Ensuite pour assurer une médecine de qualité et efficace, il est indispensable de redessiner la médecine de première ligne pour assurer des soins avec une perspective holistique du patient. Cette approche consiste à intégrer dans cette ligne de soins, proche des patients, les compétences médicales nécessaires à ce stade comme l'ophtalmologie, l'ORL, la gynécologie, la pédiatrie et la psychiatrie, etc.

Le réseau hospitalier, locorégional ou suprarégional, n'est pas la première ligne. Son rôle essentiel est celui d'un de plateau technique et garantit les soins de qualité qui requièrent les compétences et infrastructures hospitalières. Ce réseau hospitalier est en mesure de centraliser certaines compétences très complexes et coûteuses.

Tout ce qui peut se faire en-dehors de l'hôpital doit se faire à proximité du patient. Il faut seulement respecter la loi qualité en assurant la sécurité et la qualité des soins. La loi définit ce qui doit se faire

en milieu hospitalier, ainsi que les pratiques à risque. Le patient a son autonomie décisionnelle et son libre choix. Ce libre choix est inexistant par un échelonnement qui de plus risque de générer des listes d'attente.

L'inscription obligatoire chez un médecin généraliste n'est pas requise. Il faut laisser au patient la liberté de choix de son médecin, généraliste ou spécialiste. Une bonne relation entre patient et médecin doit être basée sur la confiance. Cette confiance ne peut exister que si le patient reste libre de ses choix. Plus on va restreindre sa liberté, plus on va pousser vers un système à deux vitesses et détruire les avantages du système Belge.

Le patient est le propriétaire de son DMG. Ce dossier doit être accessible à tous les médecins et se trouver sur un site où le médecin généraliste et le médecin spécialiste y apportent l'information médicale nécessaire et utile. Un médecin spécialiste doit également pouvoir initier un DMG accessible à tout médecin dans le cadre d'une relation thérapeutique.

Toute cette approche des soins n'est possible et n'atteindra l'efficacité voulue et la qualité nécessaire que si la nomenclature et les honoraires forfaitaires prévoient une rémunération suffisante pour couvrir toutes les prestations et tous les prestataires (du trajet de soins) de manière adéquate.

Plus on est compétent, moins on coûte à l'Etat. Un échelonnement obligatoire est un coût supplémentaire.

Le Comité exécutif.

Drs J.-L. Demeere, D. Claeys, J. Stroobants, B. Mansvelt, M. Mertens, M. Michel, B. Dehaes, K. Entezari, C. Politis, J. Rondia