

A Madame M. AELVOET
Ministre de la Santé publique
Bld Bischoffsheim 33
1000 BRUXELLES

Bruxelles, le 31 mars 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.

Les soins spécialisés ambulatoires peuvent, du fait de leur expertise et de leurs moyens techniques simples à petite échelle, constituer une alternative moins onéreuse et plus favorable au patient. Les soins spécialisés extra-hospitaliers trinquent encore plus qu'avec vos prédécesseurs.

Contrairement à ce que vos collaborateurs semblent penser, le champ du premier échelon spécialisé est beaucoup plus large et indispensable pour le patient que ce que la note conceptuelle lui accorde.

Pensez-vous que

- malgré les risques en matière de responsabilité médicale, le premier échelon défini dans la note conceptuelle déchargera les services d'urgences?
- la réadaptation et la réinsertion sociale ne seront plus spécialisées?
- la demande d'accompagnement de situations pathologiques de longue durée ou de patients malades chroniques (ex. affections cardiaques) ne sera plus adressée à un spécialiste compétent?
- le besoin en constante augmentation de soins mentaux et de suivi n'exigera plus une relation de confiance particulière et exclusive avec un psychiatre?
- le patient ayant une affection à l'oeil ne préférera pas toujours s'adresser directement à un ophtalmologue?
- le patient (présentant par exemple une maladie de la peau) ne préférera pas éviter que son incommodité ou sa douleur ne soit prolongée par les interventions polyvalentes ou pluridisciplinaires proposées?
- le patient atteint de la maladie de Ménière n'aura pas besoin de consulter régulièrement son oto-rhino-laryngologiste?
- les généralistes n'iront plus chez le pédiatre avec leurs enfants?
- la femme troquera la confiance qu'elle a dans son gynécologue contre une équipe polyvalente du premier échelon?
- etc.

Tout comme le généraliste, le médecin-spécialiste approche le patient dans son contexte global, en disposant en plus d'une compétence et d'une expertise particulière dans le domaine médical bien particulier auquel la plainte se rapporte. Contrairement à ce que vous prétendez, le médecin-spécialiste se situe avec raison dans un continuum de prise en charge et de soins dans le champ d'activité ambulatoire du premier échelon, en interaction avec les autres professionnels tels que le généraliste, l'infirmier, le personnel paramédical, etc., d'une part, et avec le deuxième et le troisième échelon, d'autre part. Son intervention est adaptée à la demande plus spécifique du patient.

Faut-il l'empêcher? Est-ce démocratique d'imposer un choix ou une préférence précise dans le domaine du schéma de soins au citoyen malade?

A cet égard, il est totalement illusoire d'affirmer que les dispositifs du premier échelon proposés dans la note conceptuelle éviterait la "médicalisation". Une part croissante de la consommation de médicaments (82 %) est générée par les généralistes et non pas par les spécialistes. Une réunion consensuelle organisée par l'INAMI le 14.3.2000 sur l'utilisation des antidépresseurs a laissé apparaître des constats déconcertants qui ne laissent en aucune façon supposer que l'on est en droit d'attendre un profil de prescription plus adapté et plus économe dans le premier échelon proposé. Ou que le patient sera mieux traité.

Il convient également de remarquer que la "médicalisation" est justement la conséquence de la demande sociale croissante d'informations concernant l'état de santé, ce qui est précisément à l'origine d'autres initiatives légales comme le "droit à l'information" et le droit à un "consentement éclairé".

Les options politiques proposées vont diamétralement à l'opposé de l'esprit prévalant actuellement et du mode de pensée juridique qui se développe dans le domaine des actes médicaux et des soins. Si l'on place votre note conceptuelle à côté de la proposition de loi relative aux "droits du patient", n'importe quel lecteur sensé s'arrache les cheveux..

Le pourcentage de consultations spontanées d'un spécialiste varie en fonction de la spécialité. Selon le "Rapport Peers", il avoisine en moyenne 70 % de la patientèle.

Dès lors, vous comprendrez que les intentions politiques annoncées auront des répercussions très importantes : l'élimination totale des soins spécialisés extra-hospitaliers, la suppression définitive de l'accès direct à la médecine spécialisée. Vous comprendrez également que cette perspective nous obligera à prendre un certain nombre de mesures conservatoires. Avant toutes choses et dans un souci démocratique, nous fournirons à la patientèle quotidienne de la pratique spécialisée ambulatoire, une information détaillée concernant les mesures proposées, plus spécialement en ce qui concerne l'attaque du droit à l'autodétermination. De plus, nous donnerons aux professionnels de la santé du secteur spécialisé ambulatoire, les instruments juridiques nécessaires pour défendre leurs droits, plus précisément en ce qui concerne les dommages et la baisse de revenus (70 %) entraînés par ces choix politiques discriminatoires.

Bien que, dans le cadre des débats portant sur la loi relative aux pratiques non conventionnelles, on soit parti du principe que le recours à celles-ci ne pouvait être acceptable que pour les patients auxquels un traitement médical classique n'apporte aucun soulagement, nous sommes abasourdis de constater que la note conceptuelle déclare d'emblée que les praticiens des médecines parallèles "doivent également être situés dans le contexte du premier échelon". Pas le spécialiste. On s'imagine aisément quelles seraient les conséquences si un patient ayant un carcinome du rectum "était traité" durant un an de manière non conventionnelle.

Cela vaudrait la peine de faire connaître cette option politique étayée "scientifiquement" aux milieux universitaires.

Outre le fait que nous souhaitons mettre en garde les auteurs de la note conceptuelle contre les risques de ce qui est pour eux apparemment une conviction, nous constatons également que l'aspect holistique de ces pratiques ne pose apparemment pas de problème, bien que certaines de ces professions soient axées sur des domaines très spécifiques (ex. : ostéopathie, chiropraxie).

Résumé :

1. La note conceptuelle n'accorde en aucune façon une place centrale au patient, mais bien aux structures de soins. Le droit à l'autodétermination du patient, en ce qui concerne l'accès aux dispensateurs de soins, est totalement nié et est a priori considéré comme non pertinent (dogme 1). Les structures de soins décident concernant le patient.
2. La note conceptuelle affaiblit la position du généraliste et de la prise en charge médicale en général, en les subordonnant à une structure d'auxiliaires médicaux voire de praticiens de médecines parallèles en qualité de "responsables d'adressage". Pourtant, rien n'a moins de sens que de laisser l'interprétation des plaintes du malade systématiquement à des non-médecins ou de charger des praticiens exerçant dans un cadre de soins non rationnel ou irrationnel, de la mise en place de traitements du premier échelon (dogme 2).
3. La note conceptuelle va également à l'encontre de l'accord gouvernemental (où la prise en charge du patient doit se faire au niveau le mieux adapté) en excluant toute forme de soins spécialisés ambulatoires du "premier échelon". Le premier échelon part donc avec un déficit considérable en "compétence spéciale". En effet, celle-ci n'est pas jugée pertinente au premier échelon, ce qui est pourtant le cas des soins non rationnels. (dogme 3)
4. Le patient est privé de son droit à bénéficier de soins adaptés pour son affection dans les meilleurs délais. Pourtant, tout comme n'importe quel médecin, le médecin-spécialiste approche le patient dans sa globalité (approche holistique) tout en disposant d'une compétence et d'une expertise particulière dans le domaine médical bien précis auquel la plainte se rapporte. La note conceptuelle méconnaît la disposition médico-scientifique rationnelle de la compétence du spécialiste. (dogme 4)
5. De par la méconnaissance totalement injustifiée du rôle de la médecine spécialisée ambulatoire, le concept politique tombe dans une approche ultra-hospitalocentriste où l'équipe de "responsables d'adressage" ont pour seule possibilité de transférer directement le patient vers l'hôpital (dogme 5).
6. La "médicalisation", c'est-à-dire expliquer la médecine aux patients, est jugée inadéquate et rejetée par la note. L'objectif est-il de laisser les patients dans l'ignorance des possibilités de traitements médico-spécialisés dont ils peuvent bénéficier en matière de soins de santé? Cette conception est totalement inconciliable avec le droit du patient à l'information, tel qu'il est défini dans les projets de loi actuels (dogme 6).
7. A l'affirmation du WVVH qui dit que 80 % des plaintes chez le généraliste peuvent être résolues par celui-ci sans moyens supplémentaires, il convient d'opposer le constat que 70 % des contacts-patients spécialisés ont lieu sans renvoi par un généraliste. Ceci montre bien, d'une part, que les gens ont recours à leur bon sens lorsqu'ils font appel aux soins de santé et, d'autre part, qu'il serait erroné de tracer une ligne de séparation

ou un seuil strict (artificiel) entre les deux et d'évacuer les soins spécialisés du premier échelon (le seuil constitue le dogme n° 7).

8. Dans la note conceptuelle, l'intégration des différents types de soins (curatifs, préventifs, promotion de la santé) existe exclusivement dans le concept proposé pour le premier échelon (dogme 8). La médecine spécialisée aussi joue, en marge des soins curatifs, un rôle fondamental dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé. De ce fait, l'option politique rate complètement son objectif, en ce qui concerne l'intégration, en excluant les soins de santé spécialisés.

Cette note conceptuelle a essentiellement des points de départ dogmatiques, ne tient pas du tout compte des droits fondamentaux du patient, n'est pas conciliable avec l'accord gouvernemental et ne peut qu'occasionner des dommages considérables à la santé publique.

Nous vous prions de croire, Madame la Ministre, en l'expression de nos salutations distinguées.

Prof. Dr J. GRUWEZ
Président f.f.