Analyse critique de la lettre de Mission gouvernementale juillet 2025

Le GBO/Cartel s’associe pleinement au but recherché de soins accessibles, de qualité et réellement disponibles pour toute la population. Nous demandons pour ce faire que la pratique de ces soins soit abordable pratiquement et financièrement en particulier pour l’accès à la médecine générale. De manière générale, nous prônons l’abandon des modèles concurrentiels (souvent liés à des motivations économiques) entre les lignes de soins et à l’intérieur de celles-ci pour développer un modèle collaboratif et complémentaire.

Un exemple est la pratique de la garde en nuit noire, actuellement non soutenable dans un contexte de pénurie de prestataires de première ligne.

La promesse d’augmenter le budget des soins de santé fait l’impasse sur la norme de croissance telle que définie par le bureau du Plan à 3,3 % qui prend en compte l’accroissement de la population et son vieillissement, l’accroissement des maladies chroniques et de santé mentale, de la paupérisation dans certaines régions du pays, de la migration avec ses problèmes médicaux spécifiques.

## Principes généraux

L’État se doit de soutenir ceux à qui il demande un effort supplémentaire de prestations de soins pour répondre aux défis sanitaires et médicaux de la population. Les honoraires des médecins sont privés depuis plusieurs années de la pleine réalisation de la norme de croissance à laquelle ils auraient eu droit, malgré l'augmentation de besoins en soins. La société délègue aux médecins la gestion des conséquences médicales et sanitaires des drames environnementaux, de la dégradation sociale suite aux drames humains (guerres, migrations,...) et suite aux choix économiques d'hypercompétitivité et de dérégulation, engendrant stress, précarité, chômage... Que pourront faire les médecins face à ces défis quand par ailleurs le gouvernement exige d’eux de les gérer au moindre coût ?

Le GBO/Cartel s’accorde au principe de gérer les ressources disponibles à bon escient et de façon ciblée. La médecine générale est bien un élément clé pour favoriser cette gestion de façon optimale. Il faut donc la soutenir de façon préférentielle. Nous apprécions donc l’objectif prioritaire du Conseil Général de soutenir les soins de première ligne au sein de laquelle la médecine générale occupe une place centrale et essentielle. Les seules questions mobilisatrices doivent être : Où peut-on réduire la consommation sans handicaper la qualité des soins ? Où doit-on investir pour augmenter la qualité des soins et assurer les meilleurs soins, au meilleur endroit, par le prestataire le plus adéquat, au meilleur moment, au prix juste ?

## Les médicaments. Économies dans la gestion de la médication. Un budget de santé équilibré commence par des prix justes pour les médicaments

Nous insistons pour étendre le principe de prescription à l’unité envisagée pour les antibiotiques à toutes prescriptions. Les généralistes sont témoins d’armoires à médicaments à domicile submergées de boites entamées, parfois pour une utilisation de 3 comprimés alors qu’une boîte en compte 60. Le gaspillage et la pollution écologique doivent nous inciter à mettre cette mesure d’urgence en pratique.

Par ailleurs, un budget de santé équilibré commence par des prix justes pour les médicaments. Le GBO/Cartel a été à l’initiative de la signature par toutes les associations membres du Collège de la Médecine Générale francophone de la [carte blanche publiée le 20/6/2025](https://www.lecmg.be/un-budget-de-sante-equilibre-commence-par-des-prix-justes-pour-les-medicaments-carte-blanche/) suite aux prix exorbitants des nouveaux médicaments plombant les budgets des États.

D’autres mesures peuvent être envisagées. Des démarches sont nécessaires pour diminuer les différences inexpliquées de remboursement entre médicaments de la même famille. La promotion des génériques doit se faire en hospitalier et chez les médecins spécialistes, sachant que souvent les patients continuent dans la même voie en ambulatoire à la sortie de l’hôpital. Une plus grande prudence doit s’envisager dans la délivrance des médicaments (plus de 25 % des médicaments seraient ainsi achetés et jamais consommés), ce qui permettrait également d’éviter que des quantités excessives soient délivrées, au risque même d’une utilisation dangereuse.

D’après l’ABSyM, dans le cadre des mesures d'économie actuelles, il serait judicieux de supprimer la CMP (projets de concertation médico-pharmaceutique financés par l’INAMI), compte tenu, soi-disant, d’une absence d'impact global sur les médecins. Pourtant, tous les retours venant du terrain sont très positifs, ne fut-ce que dans l’amélioration des rapports entre pharmaciens et médecins généralistes. Nous ne sommes donc pas d’accord avec cette vision et demandons le maintien de cette concertation, dans le cadre d’accord de collaboration à établir entre les deux professions pour éviter justement gaspillages, abus ou utilisations dangereuses des médicaments.

Nous pouvons nous joindre aux projets d’augmentation du ticket modérateur (TM) pour les statines hors recommandations, principalement en prévention primaire où nous connaissons la sur-prescription. Mais n’aurions-nous pas intérêt surtout à augmenter la conscientisation des médecins sur les sur-prescriptions inutiles et non EBM (en prévention primaire sans risque cardio-vasculaire, au-delà de 80 ans sans co-morbidité ou risque cardiovasculaire augmenté, en soins palliatifs) ?

Nous sommes moins enclins à accepter l’augmentation du TM pour les IPP s’il n’y a pas d’alternatives abordables financièrement. Il est important de ne pas impacter les populations les plus pauvres ayant besoin de ce type de traitement.

## Corrections non linéaires. Lutte contre les abus, fraudes et surévaluations

L’ABSyM évalue « pour atteindre le montant cible de 343,5 millions d'euros, moins les mesures d'économie déjà convenues, une réduction linéaire dans tous les secteurs, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'objectif budgétaire » Le Cartel demande expressément de « ne pas épargner » de manière linéaire où un certain pourcentage serait simplement cédé par chacun. Mais le Cartel est plutôt favorable à la lutte contre les abus, les fraudes et les surconsommations de certains actes.

Le GBO/Cartel insiste sur la nécessité de séparer la fonction « Évaluation » et « Contrôle » au sein du SECM. Nous insistons donc pour que soit remis en cause l’utilisation de l’organe du SECM dans un but d’amélioration de la qualité alors que l’intervention de cet organe devrait, être limitée aux contrôle des *outliers*. Nous restons convaincus que cela sera plus productif vis-à-vis d’une profession déjà malmenée par la pénurie qui lui est imposée. Il faut pour cela un transfert de l’évaluation vers le CNPQ, ou la restauration des commissions de profils. Si cela n’est pas envisageable, pour le moins, il faut l’établissement de deux chambres totalement séparées au sein du SECM avec une appellation distincte.   
Nous suggérons aussi qu'une réflexion s'établisse pour traiter en toute sérénité la question de la prise en charge des cas individuels « flaggés » par les indicateurs. A cet effet, nous nous référons à des procédures analogues à celles qui avaient été développées par les commissions de profil. Nous proposons donc que les cas déviants ne soient pas directement soumis au SECM mais passent par le filtre d'une commission ou d'un GT réunissant Administration et représentants de la profession.

## Tri en salle d’urgence et au poste de garde

Le GBO/Cartel insiste pour un tri efficace, généralisé et contraignant sous la responsabilité de l’État, avant tout contact en garde pour limiter le recours inapproprié aux services de garde hospitaliers et de médecine générale et un investissement dans l'*empowerment* et la responsabilisation des patients via l’action des mutuelles et des associations de patients.

Il nous faut donc plusieurs mesures concomitantes :

* établir une collaboration entre hôpitaux et services de médecine générale pour éviter le « ping-pong » entre eux.
* revoir le financement des salles d’urgence qui aujourd’hui les empêche de référer les cas de médecine générale vers le PMG. La soutenabilité des services d’urgence exige l'organisation de soins réellement finançables sans être dépendant de soins non-appropriés.
* établir un tri contraignant : concernant la médecine générale : le tri peut-il être fait par les PMG eux-mêmes comme prévu dans la lettre de mission si les engagements du ministère de l’intérieur pour le 1733 ne sont pas suffisants pour garantir un tri généralisé ? Certains PMG ou groupes de PMG organisent déjà eux-mêmes un tri avec succès. Cela soulève les questions suivantes : à quelles conditions financières ? Avec quels protocoles ? Avec quelles responsabilités médico-légales ? Comment éviter les incohérences de tri entre les hôpitaux et les PMG ?
* revoir spécifiquement le financement de la nuit profonde (23h-8h) et son organisation pour éviter d’obliger plusieurs médecins à rester éveillés de façon inutile, dans un contexte de pénurie des prestataires. Des accords spécifiques de collaboration doivent être établis en nuit profonde entre hôpitaux et MG.
* assurer que les appels N7 qui doivent être vus endéans les 12 heures n’obligent pas le réveil du médecin en nuit profonde mais puissent réellement être vus en médecine générale dans le délai exigé : création de centres de soins non programmés ? Réservation de plages préfinancées pour soins aigus du jour chez les généralistes… ?
* organiser une grande campagne d'information par les mutuelles et les organisations de patients pour conscientiser les patients à la bonne utilisation des services de garde.

## Téléconsultation

Le GBO/Cartel apprécie la restauration de la téléconsultation en garde mais la revendique aussi pour la semaine hors garde.

Le concept de la téléconsultation en garde doit être vu en dehors des critères officiels de la phono-consultation lors d'un lien thérapeutique déjà établi. Cette téléconsultation de garde s’apparente plutôt à une consultation de triage. Il importe aussi de leur envisager un code d’urgence (soirée, WE et jour férié, nuit).

Pour la phono-consultation pendant les heures ouvrables, nous nous associons aux autres syndicats pour rappeler la promesse de trouver une solution pour les phono-consultations qui sont un instrument d’accessibilité aux soins et de diminution de charge écologique. Une augmentation de 1 euro du ticket modérateur (moins donc que son indexation simple) pour les patients non-BIM lors des consultations médicales pourrait libérer un budget suffisant pour valoriser correctement les téléconsultations et les réintroduire au service des patients. Nous acceptons l’idée d’une limitation de leur nombre/an selon des critères à convenir collégialement.

## Fin de vie - Soins intégrés

Soins intégrés. Il est nécessaire d’envisager un soutien important dans les visites à domicile en fin de vie. Nous sommes impatients de voir comment le trajet de soins « soins palliatifs » s’organisera pour soutenir la première ligne dans cette mission d’une importance capitale.

De façon générale, nous demandons encore et toujours la reconnaissance financière du temps long dans les contacts thérapeutiques, qui nous permet le temps de l’écoute et des soins plus proches des préférences des patients.

## Conclusion

Nous sommes convaincus qu’une approche appropriée permettra malgré les économies demandées de faire un saut qualitatif dans l’offre des soins, en la rendant plus équitable. L’établissement de trajets de soins génériques entre les première et deuxième ligne de soins permettrait de limiter le nombre d’actes inutiles sans risque financier pour les prestataires.