
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° 1 / JANVIER 2007

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

L'AVENIR DE LA MEDECINE SPECIALISEE – DR M. MOENS

CONFERENCE MS7
FINANCEMENT DE LA MEDECINE SPECIALISEE

Clinique Saint-Jean - Bruxelles
10-14/11/2006

I. Introduction

L'avenir de la médecine spécialisée sera déterminé par de multiples facteurs.

Nous allons nous efforcer d'identifier quelques-uns des éléments déterminants et nous réfléchirons à une réponse possible à certaines des nombreuses questions que l'on se pose à l'échelle mondiale concernant l'avenir de la médecine spécialisée ainsi qu'aux rares solutions possibles proposées.

II. Nombre de spécialistes

La Belgique compte un nombre élevé de médecins par comparaison avec le reste du monde occidental. Selon l'OCDE, la Belgique figure, avec 3,9 médecins en activité pour 1000 habitants, en troisième position dans le classement mondial après la Grèce (4,5) et l'Italie (4,4).

Comme c'est le cas dans de nombreux autres pays, la répartition présente de fortes variations selon la région. La province du Limbourg enregistre une densité inférieure à 3 médecins pour 1000 habitants (\pm la moyenne de l'OCDE) mais la Région de Bruxelles-Capitale et la province du Brabant wallon connaissent une densité supérieure à 6,2 médecins pour 1000 habitants (cf. fig. 1).

DENSITE MEDICALE EN BELGIQUE (01.01.2003)

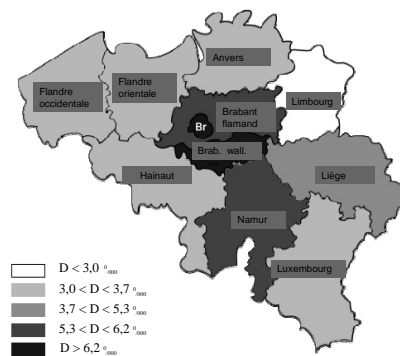


Fig. 1

Le nombre de spécialistes croît plus rapidement que celui des non-spécialistes (cf. tableaux 1 et 2). Entre 1980 et 2002, le nombre total de médecins a été multiplié par un facteur de 2,04. Pour les médecins non-spécialistes, le facteur est de 1,67 tandis que, pour les spécialistes, il est de 2,49 et, pour les spécialistes en formation, il se monte à 1,88. Parmi les non-spécialistes, on compte ± 10.000 médecins exerçant exclusivement la médecine générale (*médecins de famille*).

EVOLUTION DU NOMBRE DE MEDECINS BELGES

	Médecins non-spécialistes	Spécialistes	Médecins spécialistes en formation	Tous les médecins
1950				8.685
1960				11.730
1970				14.887
1980	10.968	9.617	2.084	22.669
1984	12.985	11.034	3.077	27.096
1988	14.371	12.969	2.972	30.312
1992	14.897	14.691	3.579	33.167
1996	15.378	16.364	3.460	35.202
2000	19.443	19.166	3.427	42.036
2001	19.444	20.045	3.489	42.978
2002	18.367	23.978	3.923	46.268

Tableau 1

Source : Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement

EVOLUTION DU NOMBRE DE MEDECINS EN BELGIQUE DEPUIS 1980 (1980 = 100)

	Médecins non-spécialistes	Spécialistes	Médecins spécialistes en formation	Tous les médecins
1980	100	100	100	100
1984	118	115	148	120
1988	131	135	143	134
1992	136	153	172	146
1996	140	170	166	155
2000	177	199	164	185
2001	177	208	167	190
2002	167	249	188	204

Tableau 2

Source : Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement

Le tableau 3 montre la répartition entre les 29 spécialités de base reconnues, classées suivant leur degré de féminisation. Le tableau 4 fait de même pour les médecins spécialistes en formation. Le top 5 en termes de nombre de spécialistes se présente comme suit : médecine interne (2.231), anesthésiologie (1.906), chirurgie (1.689), radiologie (1.623) et pédiatrie (1.562). De tels chiffres ne disent naturellement pas tout puisque, malgré le nombre élevé, les hôpitaux peinent par exemple à trouver des pédiatres en raison de la charge de travail importante et des maigres honoraires.

NOMBRE ET REPARTITION SELON LE SEXE DES MEDECINS SPECIALISTES AGREES (01.01.2003)

Classement de la féminisation	Spécialité	Total	Femmes	
			Nombre	% total
1	Psychiatrie pour adultes	5	4	80,0
2	Psychiatrie infanto-juvénile	25	15	60,0
3	Dermato-vénérologie	695	416	59,9
4	Psychiatrie	632	352	55,7
5	Ophthalmologie	1.078	550	51,0
6	Pédiatrie	1.562	769	49,2
7	Anatomie pathologique	321	147	45,8
8	Médecine du travail	802	366	45,6
9	Neurologie	212	91	42,9
10	Radiothérapie	220	93	42,3
11	Biologie clinique	795	302	38,0
12	Rhumatologie	225	80	35,6
13	Médecine physique	501	172	34,3
14	Anesthésiologie	1.906	645	33,8
15	Gynécologie-obstétrique	1.458	490	33,6
16	ORL	635	188	29,6
17	Neuropsychiatrie	1.458	358	24,6
18	Pneumologie	342	83	24,3
19	Médecine nucléaire	315	76	24,1
20	Médecine interne	2.231	530	23,8
21	Radiologie	1.623	352	21,7
22	Gastro-entérologie	436	84	19,3
23	Stomatologie	349	63	18,1
24	Chirurgie plastique	196	35	17,9
25	Cardiologie	888	134	15,1
26	Chirurgie	1.689	182	10,8
27	Neurochirurgie	146	14	9,6
28	Orthopédie	977	58	5,9
29	Urologie	385	22	5,7
	Total	22.107	6.671	30,2

Source : SPF Santé publique; art de guérir

Tableau 3

NOMBRE ET REPARTITION SELON LE SEXE DES MEDECINS SPECIALISTES EN FORMATION (01.01.2003)

Classement de la féminisation	Spécialité	Total	Femmes	
			Nombre	% total
1	Dermato-vénérologie	84	71	84,5
2	Pédiatrie	281	232	82,6
3	Psychiatrie infanto-juvénile	20	15	75,0
4	Rhumatologie	12	9	75,0
5	Ophthalmologie	103	73	70,9
6	Biologie clinique	73	50	68,5
7	Anatomie pathologique	53	36	67,9
8	Gynécologie-obstétrique	214	143	66,8
9	Médecine physique	81	54	66,7
10	Radiothérapie	48	31	64,6
11	Psychiatrie	303	192	63,4
12	Psychiatrie pour adultes	35	22	62,9
13	Médecine du travail	62	37	59,7
14	Médecine nucléaire	27	16	59,3
15	Pneumologie	51	29	56,9
16	ORL	94	50	53,2
17	Médecine interne	669	355	53,1
18	Neurologie	103	52	50,5
19	Radiologie	205	88	42,9
20	Anesthésiologie	531	223	42,0
21	Stomatologie	29	12	41,4
22	Gastro-entérologie	49	20	40,8
23	Chirurgie plastique	39	13	33,3
24	Chirurgie	372	109	29,3
25	Cardiologie	94	26	27,7
26	Orthopédie	172	27	15,7
27	Neurochirurgie	48	7	14,6
28	Urologie	71	10	14,1
	Total	3.923	2.002	51,0

Source : SPF Santé publique; art de guérir.

Tableau 4

Le ministère de la Santé publique ne publie plus de chiffres concernant les effectifs de médecins depuis 2003. Nous nous basons maintenant sur les chiffres de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) qui répertorie uniquement les médecins en activité dans le système d'assurance officiel. Nous observons ici aussi une tendance constante vers une spécialisation de la médecine (cf. tableau 5).

**MEDECINS ACTIFS,
ENREGISTRES A L'INAMI**

	1998		2002		2006	
	nombre	%	nombre	%	nombre	%
Médecins non spécialistes	16.919	45,3	17.872	44,6	17.832	42,6
Médecins spécialistes	20.464	54,7	22.218	55,4	24.038	57,4
TOTAL	37.383	100,0	40.090	100,0	41.870	100,0

Tableau 5

Source : INAMI, élections médicales septembre 2006

**A.R. du 11.07.2005 modifiant l'A.R. du 30.05.2002
relatif à la planification de l'offre médicale (M.B. du
03.08.2005)**

Nom- bre	Nombre de médecins			Généralistes			Spécialistes		
	Total	N	F	Total	N	F	Total	N	F
2004	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2005	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2006	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2007	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2008	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2009	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2010	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2011	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2012	833	500	333	358	215	143	475	285	190
2013*	975	585	390	419	251	168	556	334	222

Tableau 6

*Décision du Conseil des ministres du 20.07.2006. La Commission de planification avait proposé de porter le quota à 1.025 le 30.06.2006. Cet A.R. n'a pas encore été publié.

Depuis l'Arrêté royal du 29.08.1997 (M.B. du 05.09.1997), les autorités fédérales belges ont instauré un numerus clausus pour les médecins souhaitant travailler dans le cadre du système de l'INAMI. Les premiers effets se sont fait sentir en 2004.

Avec cet A.R., les autorités fédérales ont fixé les clés de répartition entre les spécialistes (57 %) et les généralistes (43 %) et entre les néerlandophones (60 %) et les francophones (40 %). Les chiffres absolus sont susceptibles d'être adaptés par le ministre compétent en matière de Santé publique après sollicitation de l'avis de la Commission de planification. L'A.R. initial prévoyait 700 médecins en 2004, 650 en 2005, 600 en 2006 et à nouveau 700 en 2007 et en 2008. En vertu des A.R. du 30.05.2002 (M.B. du 14.06.2002) et du 11.07.2005 (M.B. du 03.08.2005), les quotas pour 2004 à 2011 ont été fixés à 700 pour chaque année et portés à 833 pour 2012. On annonce un Arrêté royal qui portera le quota pour 2013 à 975¹. Les clés de répartition susvisées restent toutefois inchangées (cf. tableau 6).

L'A.R. du 30 mai 2002 a également fixé, pour la période 2004 à 2011 et en tenant compte de la densité de chaque spécialité par communauté, les sous-quotas minimums par discipline pour 330 des 400 places à allouer (cf. tableau 7). Les 70 places restantes peuvent être attribuées en fonction des besoins moyennant un accord dans chacune des communautés linguistiques².

¹ Cet arrêté royal du 08.12.2006 vient d'être publié au Moniteur belge du 22.12.2006.

² L'A.R. du 08.12.2006 modifie légèrement les nombres (cf. tableau 7bis). En 2012, il restera 114 places à attribuer en fonction des besoins.

A.R. DU 30.05.2002 RELATIF A LA PLANIFICATION DE L'OFFRE MEDICALE (M.B. DU 14.06.2002)

Médecin spécialiste en	Total	N	F
Anesthésie-réanimation	45	24	21
Chirurgie, orthopédie, neurochirurgie, urologie, chirurgie plastique	44	26	18
Neurologie	10	7	3
Psychiatrie	39	27	12
Gynécologie-obstétrique	15	8	7
Ophthalmologie	13	8	5
Oto-rhino-laryngologie	8	5	3
Stomatologie	4	2	2
Dermatologie	8	5	3
Médecine interne, cardiologie, rhumatologie, gastro-entérologie, pneumologie	70	40	30
Pédiatrie	22	12	10
Physiothérapie	6	3	3
Biologie clinique	11	8	3
Radiodiagnostic	17	12	5
Radiothérapie	5	3	2
Médecine nucléaire	4	2	2
Anatomie pathologique	4	2	2
TOTAL	330	194	136

Tableau 7

A.R. du 08.12.2006 modifiant l'A.R. du 30.05.2002 relatif à la planification de l'offre médicale (M.B. du 22.12.2006 éd. 2)

(nombre minimum de candidats qui ont annuellement accès à la formation jusqu'en 2012)

Médecin spécialiste en	Total	N	F
Anesthésie réanimation	45	24	21
Chirurgie, orthopédie, urologie, chirurgie plastique	41	24	17
Neurochirurgie	3	2	1
Neurologie	10	7	3
Psychiatrie	39	27	12
Gynécologie obstétrique	15	8	7
Ophthalmologie	13	8	5
Oto-rhino-laryngologie	8	5	3
Stomatologie	4	2	2
Dermatologie	8	5	3
Médecine interne, cardiologie, rhumatologie, gastro-entérologie, pneumologie, dont au moins (...) candidats en médecine interne	76 (20)	44 (12)	32 (8)
Gériatrie	10	6	4
Pédiatrie	22	12	10
Physiothérapie	6	3	3
Biologie clinique	11	8	3
Radiodiagnostic	22	12	10
Radiothérapie	5	3	2
Médecine nucléaire	4	2	2
Anatomie pathologique	4	2	2
Médecine aiguë	10	6	4
Médecine d'urgence	5	3	2
Total	361	213	148

Tableau 7bis

Notons qu'en Belgique, l'enseignement de la médecine est une compétence des Communautés. La formation et l'agrément des spécialistes travaillant dans le cadre de la structure fédérale de l'INAMI sont une compétence fédérale. La Communauté flamande organise un examen d'entrée depuis 1998 pour désigner ceux qui pourront entamer des études de médecine tandis que la Communauté française n'a introduit un tel examen qu'en 2005.

De tous temps et en tous lieux, le nombre de médecins nécessaires a donné lieu à discussion. J'en veux pour preuve les grands mouvements observés aux Etats-Unis (cf. tableau 8).

En Belgique également, le débat entre les facultés, les pouvoirs publics et les associations de médecins est bien engagé. Il convient de prendre en compte les aspirations différentes des jeunes médecins, qu'ils s'agissent d'hommes ou de femmes, et de la demande toujours croissante d'une spécialisation. Le 21.10.2002, le Prof. Dr J.J. Rombauts, doyen de la faculté de médecine de l'UCL, avait écrit au GBS : "Nous avons en particulier des difficultés à imposer à 40 % des étudiants l'orientation vers la médecine générale, alors qu'un sondage réalisé récemment dans nos facultés de médecine démontre que le nombre d'étudiants qui choisissent spontanément la médecine générale varie de 10 à 25 % suivant les institutions".

Par conséquent, il existe clairement une zone de tension entre les besoins que les autorités entendent combler et les choix que les jeunes médecins souhaitent réaliser. Par ailleurs, les autorités viennent de créer un "fonds d'impulsion" en vue d'inciter les jeunes médecins à opter pour la médecine générale. Les services universitaires redoutent que le nombre d'assistants soit bientôt insuffisant pour faire tourner leurs services. La conséquence est que les hôpitaux périphériques rencontrent également de plus en plus de difficultés pour former des assistants et que les staffs médicaux doivent être élargis pour pouvoir garantir la continuité des services.

III. Budget

Au début des années 90 du siècle dernier, les dépenses des soins de santé belges se situaient plus ou moins dans la moyenne des dépenses de l'OCDE ($\pm 7,0$ % du PIB). Depuis lors, les dépenses ont progressé pour atteindre 10,1 % du PIB avec la Belgique qui occupe la 6^e place après les Etats-Unis (15,3 %), la Suisse (11,6 %), l'Allemagne (10,9 %) et la France (10,5 %) (cf. tableau 9). Au cours de ces dernières années, les dépenses belges en matière de soins de santé ont progressé plus rapidement que la moyenne de l'OCDE.

Dépenses soins de santé en % du PIB

	1990	2004
U.S.A.	11,9	15,3
Suisse	8,4	11,6
Allemagne	8,5	10,9
France	8,3	10,5
Islande	7,9	10,2
Belgique	7,0	10,1
Grèce	7,1	10,0
Portugal	6,0	10,0
Canada	9,1	9,9
Norvège	7,4	9,7
Autriche	6,8	9,6
Australie	7,2	9,2
Pays-Bas	7,4	9,2
Suède	8,2	9,1
Danemark	8,2	8,9
OCDE	6,9	8,9
Italie	7,6	8,4
Nouvelle-Zélande	6,7	8,4
Grande-Bretagne	6,9	8,3
Espagne	6,3	8,1
Japon	5,8	8,0
Luxembourg	5,4	8,0
Turquie	3,7	7,7
Finlande	7,8	7,5
Tchéquie	4,6	7,3
Irlande	6,0	7,1
Mexique	4,8	6,5
Pologne	4,9	6,5
Slovaquie	-	5,9
Corée	4,5	5,6

Tableau 9

Source : OESO Health Data 2006, June 2006

Etats-Unis : évolution de la densité médicale

	Médecins/10.000 habitants	Nombre d'habitants par médecin
1900	17,3	578
RAPPORT FLEXNER (1910) : frein		
1930	12,5	800
1960	14,0	714
RAPPORT BANE (1959) : expansion		
1980	20,2	495
RAPPORT GMENAC (1981) : frein Introduction DRG (1983)		
2000	27,6	362
(2010)	(28,3)	(353)

Tableau 8

GMENAC : Graduate Medical Education National Advisory Committee
DRG : Diagnosis Related Groups

Source : David Blumenthal, Health Policy Report, N Engl J Med 350:17; April 22, 2004

Depuis les années 70 et jusqu'au début des années 90, les honoraires médicaux représentaient, en Belgique, approximativement 40% du budget total de l'assurance-maladie (cf. tableau 10).

BUDGET SANTE PUBLIQUE BELGE (en millions d'euros)

	Budget global	Honoraires médicaux
1970	850,868	340,347
1980	3.341,707	1.169,621
1990	7.070,908	2.944,600
1995	9.938,190	3.349,480
2000	12.820,054	4.128,800
2005	17.332,170	5.222,720
2006*	18.454,063	5.533,120
2007**	19.618,653	5.907,005

Tableau 10

Source : INAMI

* Objectif budgétaire 2006 ** Objectif budgétaire 2007 (note CSS 2006/308 du 17.10.2006)

• En valeur nominale : 2006/1970
- budget global x 21,7
- budget honoraires médicaux x 15,7

• Croissance annuelle moyenne en valeur constante
- budget global : + 4,53 %
- budget honoraires médicaux : + 3,59 %

EVOLUTION BUDGETS INAMI et HONORAIRES

Année	Total dépenses INAMI (en millions d'€)	Total honoraires médicaux	
		Montant (en millions d'€)	% total INAMI
1995	9.938,19	3.349,48	33,7
1996	10.957,28	3.683,10	33,6
1997	10.655,69	3.477,47	32,6
1998	11.294,04	3.707,79	32,8
1999	12.029,06	3.905,49	32,5
2000	12.820,05	4.102,33	32,0
2001	13.774,37	4.344,03	31,5
2002	14.162,56	4.291,48	30,3
2003	15.383,68	4.623,62	30,1
2004	16.771,43	5.062,60	30,2
2005	17.250,17	5.240,96	30,4
2006*	18.454,06	5.533,12	30,0

Tableau 11

Objectif budgétaire

Source : Rapports annuels de l'INAMI et note CSS 2006/267 du 28.08.2006 et www.inami.be

A compter de 1995, cette proportion a été ramenée à environ un tiers pour finalement atteindre moins de 30 % en 2006 (cf. tableau 11). Entre 1970 et 2006, les dépenses totales de l'INAMI ont été multipliées, en valeur nominale, par un

facteur de 21,7 et les honoraires médicaux par un facteur de 15,7. Compte tenu de l'inflation³, l'augmentation annuelle moyenne réelle s'élève à 4,53 % pour le budget total et à 3,59 % pour les honoraires médicaux.

Ces dernières années, les dépenses pour les généralistes ont délibérément augmenté plus rapidement que celles pour les spécialistes (cf. tableaux 12 et 13). Si l'on prend l'année 1999 comme année de référence avec une valeur 100, les dépenses ont progressé jusqu'à 139,85 % pour les médecins généralistes et jusqu'à 126,22 % pour les spécialistes. La part relative des généralistes dans le total des honoraires médicaux a augmenté de 1,39 %, passant 15,54 à 16,93 %, et la part relative des spécialistes a forcément baissé d'un pourcentage équivalent, passant de 84,46 à 83,07 %.

Part respective généralistes/spécialistes dans l'objectif budgétaire honoraires médicaux (en millions d'euros)

Année	Généralistes*	Spécialistes**	Total
1999	606,932	3.298,556	3.905,488
2000	621,965	3.480,367	4.102,332
2001	638,949	3.705,083	4.344,032
2002	666,376	3.625,100	4.291,476
2003	769,604	3.979,579	4.749,183
2004	848,822	4.163,446	5.012,268

Tableau 12

(*) hors prestations techniques réalisées par des généralistes

(**) y compris le montant limité de (*)

Source : Jo DE COCK, Administrateur général de l'INAMI, 16.12.2003

Evolution par rapport à 1999 (=100,00) et part respective (en %) généralistes/spécialistes dans l'objectif budgétaire honoraires médicaux

Année	GENERALISTES*		SPECIALISTES**	
	Evolution	Part relative	Evolution	Part relative
1999	100,00	15,54	100,00	84,46
2000	102,48	15,16	105,51	84,84
2001	105,28	14,71	112,32	85,29
2002	109,79	15,53	109,90	84,47
2003	126,80	16,20	120,65	83,80
2004	139,85	16,93	126,22	83,07

Tableau 13

(*) hors prestations techniques réalisées par des généralistes

(**) y compris le montant limité de (*)

Source : Jo DE COCK, Administrateur général de l'INAMI, 16.12.2003

La part des honoraires médicaux couvre également tous les frais d'amortissement de l'appareillage, les frais de personnel et les contributions aux hôpitaux (à l'exception d'une partie de l'infrastructure de la radiothérapie, du Pet-scan et de la RMN qui sont financés en partie par le budget des moyens financiers des hôpitaux).

Pour la période 2003-2007, le gouvernement actuel a fixé la norme de croissance annuelle pour les dépenses de soins de santé à 4,5 % par an, majorée de l'indice des prix à la consommation. Selon le Bureau du plan, la norme de croissance devrait être limitée à ± 3 % à partir de 2008 si on veut pouvoir continuer à faire face au coût du vieillissement de la population.

Ceci aura des conséquences importantes sur le choix des prestations qui pourront faire l'objet d'un remboursement dans le futur, et ce alors que, dès à présent, toute une série de revendications syndicales médicales, pour certaines datant de plusieurs années, ne peuvent pas être satisfaites pour cause de restrictions budgétaires.

En voici quelques-unes, avec leur coût annuel en euros, issues des négociations en vue de l'accord médico-mutualiste pour les années 2006 et 2007:

1.	Désinfection endoscopes	4.200.000
2.	Radioprotection imagerie médicale (A.R. du 20.07.2001)	25.000.000
3.	Dermatologie aide opératoire	120.000
4.	Mouvement de rattrapage 8 % chirurgie gynécologique	2.220.000
5.	Ophtalmologie: réfraction subjective (approuvé par le CTM)	7.950.000
6.	Ophtalmologie: imagerie digitale rétine	4.700.000
7.	Augmentation honoraires consultation en soirée après 18 heures de 33,33 % (selon les estimations 20% des consultations)	
	* généralistes	27.820.000
	* spécialistes (y compris les psychothérapies)	25.960.000
8.	Numéro spécifique pour l'échographie morphologique de grossesse notamment dans le contexte du dépistage du syndrome de Down	2.145.000
9.	Coronaro CT (N350)	1.260.000
10.	Colono CT (N350)	502.000

Source : ABSyM

Tableau 14

³ En prenant comme indice de base celui de 1966, l'indice atteint 114,29 en juillet 1970 et 503,22 en juillet 2006.

IV. Choix et éthique

Les possibilités technologiques de la science médicale spécialisée sont pratiquement illimitées. Je me limiterai à trois exemples qui établissent tous également un lien avec les considérations éthiques qui sont indissociables des choix à réaliser.

Dans nombre de sous-disciplines de la chirurgie, le recours aux implants constitue un poste de dépenses très lourd, qu'il est difficile de garder sous contrôle. L'introduction de la robotique et de la téléchirurgie semble pour l'instant se faire à un rythme plus lent que prévu en raison de son coût élevé. Du fait des améliorations significatives dans les techniques d'anesthésiologie, les patients plus âgés peuvent aussi beaucoup plus souvent être opérés et bénéficier d'un allongement de la durée de vie de qualité.

En Occident, l'espérance de vie continue d'augmenter tout comme, et c'est encore plus important, l'espérance de vie en bonne santé. Ceci a un double effet sur la sécurité sociale. Le vieillissement de la population entraîne une hausse des dépenses pour les pensions et de plus en plus de patients nécessitent des soins médicaux ou apparentés. Lorsque le chancelier prussien Otto von Bismarck introduisit, en 1889, le premier système de pension d'Etat à partir de 65 ans, l'espérance de vie moyenne à la naissance n'était alors que de 45 ans. Rares étaient donc ceux à bénéficier de la pension.

Le tableau 15 montre l'âge légal de la pension aujourd'hui en Europe et l'espérance de vie à l'âge de 65 ans. Nous constatons que cette espérance de vie varie de 14,6 ans pour les hommes irlandais à 20,9 ans pour les Françaises.

ESPERANCE DE VIE ET PENSION

1889 : - le chancelier prussien BISMARCK introduit le premier système de pension d'Etat à partir de 65 ans
- moyenne d'espérance de vie à l'époque : 45 ans

UE 15 (2003)	Âge officiel de la pension		Espérance de vie à 65 ans	
	H	F	H	F
Austria	65	60	16,3	19,8
Belgium	65	63	15,5	19,5
Denmark	65	65	15,3	18,2
Finland	65	65	15,8	19,7
France	60	60	16,4	20,9
Germany	65	65	15,5	19,2
Greece	65	65	16,2	18,7
Ireland	65	65	14,6	17,7
Italy	65	60	16,2	20,2
Luxembourg	65	65	15,8	19,7
Netherlands	65	65	15,2	18,9
Portugal	65	65	14,7	18,3
Spain	65	65	16,1	20,1
Sweden	65	65	16,9	20,0
U.K.	65	60	15,6	18,9

Tableau 15

Source : AON Consulting 12.05.2005 (www.aon.com/nl)

ESPERANCE DE VIE EN BONNE SANTE A 65 ANS

	1995		2003		VARIATION 1995-2003	
	H	F	H	F	H	F
Belgique	9,8	11,8	11,7	12,6	+ 1,9	+ 0,8
France	7,6	8,4	8,2	8,9	+ 0,6	+ 0,5
Allemagne	8,4	10,2	10,8	9,2	+ 2,4	- 1,0
Pays-Bas	9,3	10,5	9,2	9,5	- 0,1	- 1,0
Royaume-Uni	8,4	9,2	8,2	9,6	- 0,2	+ 0,4
Espagne	10,0	11,4	11,3	12,5	+ 1,3	+ 1,1
Italie	10,3	11,8	11,9	14,4	+ 1,6	+2,6

Tableau 16

Source : European health expectancy monitoring unit, juin 2005

L'espérance de vie en bonne santé à 65 ans varie, en 2003, de 8,2 ans pour les hommes français et britanniques à 14,4 ans pour les Italiennes (cf. tableau 16).

Il est clair que ces personnes âgées en bonne et moins bonne santé nécessitent des soins de base corrects dispensés par les médecins généralistes mais que l'augmentation du besoin de soins spécialisés est au minimum tout aussi importante. Et ces besoins se heurtent aux difficultés budgétaires comme cela a été illustré très récemment par l'impossibilité d'obtenir des moyens budgétaires pour améliorer l'accès à des soins ophtalmologiques de qualité en Belgique.

Comment le monde politique réagit-il à cet état de fait? En fixant des limites d'âge pour certaines interventions et/ou médicaments? En définissant ce qui est essentiel en médecine et ce qui relève du "confort"? Une prothèse de la hanche ou du genou ou bien une valvule artificielle du cœur par exemple, cela relève-t-il du confort pour un septuagénaire ou ces interventions sont-elles essentielles pour sa qualité de vie? Tout dépend de la situation physique, psychique et sociale individuelle du patient. Et celle-ci ne peut pas être coulée dans une loi impersonnelle. Cela irait à l'encontre des principes éthiques de la profession médicale.

Même si la chirurgie est encore ce qui permet de sauver le maximum de vies dans le traitement du cancer, les possibilités de traitement médicamenteux ou radiothérapeutique se développent rapidement. Tout comme les implants posés par les chirurgiens, en oncologie, des dépenses très conséquentes sont générées par les médecins prescripteurs de médicaments anticancéreux primaires ou de médicaments adjuvants. Les toutes dernières générations de

médicaments contre le cancer à orientation immuno ou génétique peuvent être à ce point onéreuses qu'aucun pays ne sera en mesure de les utiliser à grande échelle.

Qui décide de ce qui est suffisamment étayé scientifiquement de sorte que les pouvoirs publics acceptent de payer un prix (très) élevé?

La biologie moléculaire ne jouera pas seulement un rôle dans la thérapie médicamenteuse mais gagnera également en importance, compte tenu des possibilités croissantes du diagnostic préimplantatoire, dans la prévention des affections congénitales sévères et de la prédisposition au développement de certains cancers. Ici aussi, le volet de l'éthique est très présent dans le débat car il ne peut pas être question de promouvoir l'eugénisme.

Par conséquent, l'évolution future de la médecine spécialisée doit s'accompagner d'une réflexion déontologique et éthique approfondie.

V. Privatisation?

D'aucuns considèrent les soins de santé comme une industrie de la santé offrant d'importantes possibilités de croissance. En tant que médecins (spécialistes), nous ne sommes pas spontanément enclins à approcher les soins de santé comme un secteur important de l'économie de la connaissance et comme un secteur de croissance pour l'emploi. Pourtant, en Belgique, la valeur ajoutée du secteur social et du secteur non marchand a progressé de 51 % durant la période 1995 à 2003 tandis que l'emploi direct a augmenté de 32 % (cf. tableau 17). Dans la plupart des pays, l'Etat mésestime l'intérêt économique des soins de santé et ne voit que la note à payer.

LES SOINS DE SANTE COMME FACTEUR ECONOMIQUE

	1995	2000	2003	
	Mia €	Mia €	Mia €	1995 = 100
Output	18,3	23,5	28,5	156
Valeur ajoutée brute	11,8	14,9	17,8	151
Nombre de personnes actives				
• Directes	315.806	376.435	415.900	132
• Indirectes	111.300	114.800	121.500 ^o	109

Tableau 17

^o année 2001

Source SERV, 2006

Les dépenses en forte hausse ne sont donc pas des coûts au sens strict mais doivent être financées d'une manière ou d'une autre. Aux Etats-Unis, les soins de santé constituent depuis des décennies un "secteur marchand" aux mains de grandes entreprises comme les "Health Maintenance Organizations" (HMO). Celles-ci sont orientées sur le marché et la perte d'un emploi est souvent synonyme de la perte de la sécurité sociale et du droit à des soins de santé. Nous sommes personnellement convaincus que le système belge et le système européen moyen sont supérieurs à l'américain. Malgré tout, nous pouvons tirer des leçons de leur expérience. Une publication récente a décrit comment les

consommateurs de soins entendent codéterminer les soins qui leur sont dispensés⁴. Les patients se rebellent contre les limitations que les HMO leur imposent et ils sont disposés à payer pour leur liberté clinique.

La sécurité sociale américaine – ou son absence – ne peut pas être comparée au système européen mais pour quelle raison une grande partie de la population européenne réagirait-elle autrement que les Américains. Dans plusieurs pays européens et notamment en Belgique, les patients disposent d'une loi relative aux droits du patient. Nulle part ces lois ne peuvent garantir la santé pour tous, ni le financement de n'importe quel soin. Par contre, ces lois permettent selon nous que les soins qui ne peuvent pas être obtenus via le système de remboursement officiel organisé par l'Etat, puissent être trouvés par la voie privée. Une fois de plus, la déontologie et l'éthique de la profession revêtent une extrême importance. Autrement, on risque de tomber dans le charlatanisme et l'obscurantisme chèrement payés.

Compte tenu de la rareté généralisée des moyens financiers pour les soins de santé, une privatisation partielle des soins apparaît inéluctable, en particulier pour certaines disciplines de la médecine spécialisée. La demande explicite émanant de groupes de patients aux Etats-Unis notamment semble l'attester.

VI. Législation européenne

Le Traité des Communautés européennes offre la possibilité aux dispensateurs de soins, dans le cas présent aux médecins spécialistes, d'exercer librement leur profession dans l'Union européenne moyennant le respect d'un certain nombre de conditions pratiques. Bon nombre de spécialistes quittent la Belgique pour s'installer dans des pays voisins.

Mais la mobilité des patients aussi s'accroît dans l'Union européenne. Les Etats membres qui souhaitent simplifier la libre circulation des personnes au sein de l'Union européenne, s'efforcent d'harmoniser leurs systèmes de sécurité sociale respectifs⁵.

Les patients européens se rendent déjà dans un autre Etat membre par deux voies d'accès.

Soit ils utilisent la voie classique du règlement (CEE) 1408/71 du Conseil⁶ du 14.06.1971, soit ils se basent sur la jurisprudence qui est de plus en plus favorable à la libre circulation des patients.

Dans le premier cas, il peut s'agir du régime des soins inopinés⁷ où, jusqu'il y a peu, le patient utilisait le formulaire E111 comme une sorte de passeport médical pour attester de ses droits à l'assurance maladie à l'égard des prestataires de soins de l'Etat de séjour. Depuis le 1er juin 2004, ce formulaire est progressivement remplacé par la carte européenne d'assurance maladie. Il peut également s'agir du cas où le patient a obtenu l'autorisation de son organisme d'assurance pour se faire soigner à l'étranger⁸. Le document ouvrant ce droit est le formulaire E112.

Dans le second cas, les patients suivent la voie ouverte par la jurisprudence. L'arrêt Kohll de la Cour européenne de justice du 28.04.1998 relatif à la libre circulation des patients ainsi que l'arrêt Decker relatif à la libre circulation des marchandises (dans le secteur des soins) rendu le même jour ont jeté les bases de toute une série d'autres arrêts de la Cour qui octroient de plus en plus de droits aux patients pour se faire soigner dans un autre Etat membre.

Les tensions qui en résultent entre, d'une part, l'obligation de créer un marché européen libre et, d'autre part, la propension des Etats membres individuels à préserver la solidarité nationale interne à la base de leur sécurité sociale ont eu pour conséquence que la directive Bolkestein initiale, très libérale, portant sur la libre circulation des services a été réduite de façon très conséquente par le Parlement européen le 04.04.2006. Dans la directive approuvée, les services de santé, tout comme les services sociaux, ne tombent pas (plus) sous le coup de la libre circulation des services. Toutefois, étant donné le nombre croissant d'arrêts de la Cour européenne, il a également été annoncé immédiatement que la Commission européenne allait élaborer une législation distincte qui garantira la mobilité des patients et, dans le même temps, réglera mieux le remboursement des soins de santé à l'étranger.

Il faut donc s'attendre à ce que la libre circulation des patients et des médecins spécialistes aille en se renforçant au sein de l'Union européenne. Avec tous les avantages et les inconvénients qui peuvent en découler.

VII. Place du spécialiste extra-hospitalier

Pratiquement un tiers des 24.038 médecins spécialistes en activité travaillent à temps plein ou à temps partiel à l'extérieur de l'hôpital. Les spécialités classiques nécessitant peu d'appareillages, comme la psychiatrie ou la dermatologie, ne sont pas les seules que les spécialistes exercent volontiers en dehors de l'hôpital. Depuis quelques années, certains spécialistes ont tendance à désertir les hôpitaux belges pour exercer leur spécialité en milieu extra-hospitalier, qu'il s'agisse des disciplines internes (principalement la pédiatrie) ou chirurgicales (ophtalmologie, chirurgie plastique, dermatologie à orientation chirurgicale, orthopédie, etc.).

⁴ Consumer-Directed Health Care. M. G. Bloche. NEJM, volume 355:1756-1759; October 26, 2006.

⁵ L'arrêt Keller de la Cour de justice : un nouveau pas vers la suppression des frontières pour les patients en Europe? Anne-Claire Simon. Revue belge de sécurité sociale. 2/2005.

⁶ Ce règlement sera remplacé prochainement par le règlement (UE) 883/2004 du 29.04.2004

⁷ Article 22, § 1, a du règlement (CEE) 1408/71

⁸ Article 22, § 1, c du règlement (CEE) 1408/71

Plusieurs raisons peuvent être invoquées. L'autonomie du spécialiste extra-hospitalier est bien évidemment plus grande. Et, compte tenu des retenues significatives que les hôpitaux réalisent sur les honoraires médicaux en raison du sous-financement chronique par l'Etat, plusieurs spécialités ont plutôt intérêt à travailler en dehors de l'hôpital.

A l'heure actuelle, la législation belge impose surtout des limitations qui affectent le patient sur le plan financier lorsque celui-ci subit une intervention chirurgicale en milieu extra-hospitalier. Un important débat s'est actuellement engagé pour désigner les interventions admissibles à l'extérieur de l'enceinte de l'hôpital. La législation actuelle doit être remplacée par des critères de qualité réalistes. Ceux-ci sont beaucoup plus difficiles à définir que certaines normes strictement quantitatives en matière d'infrastructure, de superficie et de personnel.

Nous sommes convaincus que tant les spécialistes consultants que les spécialistes plus invasifs ont leur place en dehors de l'hôpital. Ils constituent une forme très accessible de la médecine spécialisée, collaborant étroitement avec le généraliste et généralement intéressante financièrement pour le patient et la société. L'Etat a malheureusement un autre avis sur la question et contraint les patients à subir des interventions chirurgicales dans les hôpitaux dans le cadre d'un système de remboursement discriminatoire.

Suite à la Directive européenne sur la concurrence, un projet de loi belge prévoit que la mission des hôpitaux devrait être reconnue "d'intérêt général" pour qu'ils puissent bénéficier de subsides. Une définition légale de cette nature conforterait aussi la décision européenne que les soins à l'hôpital sortent du champ d'application de la libre circulation des services.

Toutefois, dans la mesure où la législation belge prévoit aujourd'hui que le patient doit être soigné en ambulatoire et ne peut être hospitalisé que lorsqu'il ne peut plus être soigné en ambulatoire⁹, une telle disposition légale pourrait aussi impliquer que les soins dispensés aux patients ambulatoires à l'extérieur de l'hôpital ne sont pas d'intérêt général. Les soins spécialisés extra-hospitaliers (comme du reste les soins dispensés par les médecins généralistes) sont-ils d'un intérêt moins général? Et quelles seront les conséquences dans le contexte de la libre circulation des patients et des médecins spécialistes dans l'UE?

VIII. Conclusion

Les possibilités de la médecine spécialisée sont quasiment infinies tandis que les capacités financières tant de l'Etat que du patient sont limitées. Dans le premier cas comme dans l'autre, des considérations éthiques ont un important rôle à jouer. Des choix de plus en plus difficiles devront être opérés tant dans le débat sociétal que dans le cadre du "colloque singulier" entre le médecin traitant et le patient.

Il n'existe pas de solutions standard. La limitation des soins en fonction de l'âge est inadmissible. Chaque situation doit faire l'objet d'une concertation individuelle avec le patient, les proches de ce dernier et l'ensemble des dispensateurs de soins concernés.

Poser des actes efficaces, de qualité et intégrant la notion de coût doit être un devoir permanent qui doit être enseigné avec rigueur depuis la formation de médecin spécialiste. Il convient de promouvoir une évaluation objective de cette qualité.

L'Etat doit veiller à ce qu'une assurance de base solidaire assure un accès aussi large que possible aux soins – également aux soins spécialisés – pour l'ensemble des citoyens. L'Etat ne peut toutefois pas restreindre les droits du patient souhaitant des soins supplémentaires en faisant appel à une assurance privée complémentaire. L'éthique et la déontologie interviennent ici également. Nous n'entendons pas accepter les traitements inutiles ou non indiqués, même ceux dispensés en dehors du paquet subventionné par l'Etat.

La médecine spécialisée ne cessera jamais de constituer un défi vraiment passionnant tant en termes de contenu que sur les plans scientifique, social et politico-économique.

Dr Marc Moens,
14 novembre 2006

⁹ Art. 7 § 1, 1^o alinéa règlement INAMI du 28.07.2003

**GBS
SYMPOSIUM
"Médicaments"
03.02.2007**

Programme

08.30-08.50	Accueil	
08.50-09.00	Introduction – Economies dans l'assurance-maladie : les forfaits	Dr J.L. DEMEERE, GBS
09.00-09.30	La qualité des médicaments génériques	Prof. Dr F. HELLER, GBS – CH Jolimont-Lobbes
09.30-10.00	L'impact financier des médicaments génériques	Prof. Dr S. SIMOENS, KULeuven
10.00-10.30	Réseau national des commissions médico-pharmaceutiques	Prof. Phm H. ROBAYS, UZ Gent
10.30-11.00	Forfait médicaments hôpitaux - 6 mois déjà!	Prof. G. DURANT, UCL
11.00-11.15	Pause-café	
11.15-12.00	Politique de santé actuelle	Dr M. MOENS, GBS et ABSyM
12.00-12.30	Discussion	

Lieu

Bibliothèque Royale de Belgique
Boulevard de l'Empereur 2 – 1000 Bruxelles

Renseignements et inscriptions

Secrétariat GBS
Delphine Van den Nieuwenhof
Avenue de la Couronne 20 – 1050 Bruxelles
Tel.: 02/ 649 21 47 Fax: 02/649 26 90

Accréditation en éthique & économie 3.0 C.P

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Nom: **Adresse:**
Prénom: **Code postal:**
Spécialité: **Localité:**
N° INAMI: **E-mail:**

Je participerai au symposium du 03.02.2007 et verse la somme de:

	Avant le 15.01.2007	Après le 15.01.2007
Membres	20 €	30 €
Non-membres	45 €	55 €
Candidats-spécialistes	5 €	10 €
	Sur place	70 €

**sur le compte 068-2095711-53 du GBS
avec mention du nom du participant et "Symposium Médicaments"**

Date / Signature:

ANNONCES

- 04017* **RADIOLOGUE POLYVALENT (US/Dopp, séno, scanner, IRM)** assure à temps plein votre remplacement (cabinet et hôpital) à BRU, BRAB. W, HAINAUT, évt. Namur. Tél. : 0486/06.59.73
- 05150* **MARCHE:** L'IFAC (hôpitaux de Marche et Bastogne) recherche pour son site de Marche des médecins pour **ASSISTANCES OPERATOIRES ET PERMANENCES AU BLOC OPERATOIRE** (chirurgie viscérale, vasculaire et thoracique). Envoyer candidature au Dr Olivier DOCKX tél. 084/219052, au Dr Vlad ALEXANDRESCU tél. 084/219076 ou au Dr Christian NGONGANG tél. 084/219090 - IFAC, Rue du Vivier, 21 à 6900 Marche-en-Famenne.
- 06097 **A LOUER** : 3 cabinets médicaux à Waterloo (Rue François Libert) d'environ 30 m², parking aisé et secrétariat. Si intérêt tél. 0477/61.48.58.
- 06110 **CHIMAY** : Laboratoire de biologie clinique hôpital de Chimay cherche **MEDECIN OU PHARMACIEN BIOLOGISTE** pour remplacements. Contacter Dr Berchem au 060/218.741 ou M. Raimond au 060/218.740.
- 06116 **BRUXELLES** : Le Vésalius Médical Center (complètement remis à neuf) situé à Uccle dans le quartier Coghén recherche des médecins spécialistes pour **LOCATION DE LOCAUX MEUBLES** (180m² + 12 places de parking). Prix: ± 7 euros/h tout service compris. Infos et renseignements: 0479/33 14 35
- 06121 **MARCHE** : L'IFAC recherche médecin **PEDIATRE** pour entrée immédiate. Rémunération très intéressante. Envoi CV au Dr SIMONS, directeur médical, rue du Vivier 21 – 6900 Marche – Contact 084/37.48.26.
- 06122 **CHERCHE** : vieux verres et lunettes ainsi qu'ancien focomètre pour le Rwanda. Tél. : 02/770.21.35.
- 06126 **JODOIGNE** : Urgent : **CONSULTATION ORL** à reprendre. Autres confrères/consœurs bienvenus. Loyer très raisonnable ! Tél. soir 02/779.28.15.
- 07001 **A VENDRE** : Matériel de rectoscopie à lumière froide Sass-Wolff, sigmoidoscope Olympus CTF - 1 S en parfait état. Contacter par téléphone 04/222 28 16 et par mail : deltourmohr@yahoo.fr.
- 07002 **A LOUER** quartier Meiser cabinet médical convenant pour disciplines multiples. Pour tout renseignement, tél. au 02/735.15.15.
- 07003 **FRANCE : A CEDER** cab. ORL médico-chirurgical – Bordeaux – banlieue. Accès clinique. Avantages fiscaux importants. Zone franche - 5 ans impôt nul. Matériel récent. Ecrire MUSSAUTE Jean, 316 Cours de la Somme, 33800 Bordeaux ou 00.33.5.56.32.03.33 poste actuel.
- 07004 **FRANCE : A VENDRE** matériel ORL cause double emploi fauteuil examen - meuble consultation audiomètre - cabine audio - microscope Zeiss - lumière froide - caméras. Ecrire MUSSAUTE Jean, 316 Cours de la Somme, 33800 Bordeaux ou 00.33.5.56.32.03.33
- 07005 **A VENDRE** : Chirurg. vend instruments de chirurg. vascul., abdom., thor., orthop. et livres. Pr. à convenir. Tél. 04/252.67.13 – Fax 04/252.10.14
- 07006 **MONS** : Equipe SOS Enfants MONS-BORINAGE (Equipe pluridisciplinaire qui intervient dans le champ de la maltraitance - bilans et prise en charge) engage un(e) **PEDO-PSYCHIATRE** ou **PSYCHIATRE** avec orientation psychothérapeutique. Temps de travail: 6 ou 8 h/semaine. Participation réunion d'équipe, consultations, contact avec milieu médical. Contacter : M. GALLEZ, rue des Ecoliers 23 A à 7000 MONS 065/36.11.36 - sosenfants.mons@skynet.be
- 07007 **A LOUER** : cabinet médical au rez-de-chaussée très confortable, spacieux et meublé situé Av. Louise, hauteur du bois, loué à la demi-journée. Tél. : 0495/57.96.97 ou 0495/69.56.27

Table des matières

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| • L'avenir de la médecine spécialisée – Dr M. MOENS (<i>Conférence MS7 Financement de la Médecine Spécialisée – Clinique Saint-Jean – Bruxelles – 10-14/11/2006</i>) | 1 |
| • GBS – Symposium "Médicaments" 03.02.2007 | 11 |
| • Annonces | 12 |