

RAPPORT ANNUEL 2000 G.B.S.
Dr Marc MOENS
Secrétaire général
03.02.2001

**La solution miracle
pour Magda et Frank :**

**A JOINT A DAY
KEEPS THE DOCTOR AWAY !**

Critiques médico-sociologiques et politiques
concernant la situation de la médecine spécialisée
en Belgique

TABLE DES MATIERES

I.	Politique et éthique.....	1
1.	Les élections du 8.10.2000 : les promesses créent des engagements	1
2.	Le secret professionnel médical : un droit civique	2
3.	Politique : de la culture d'embryon... ..	3
4.	... en passant par l'euthanasie.....	3
5.	... jusqu'à la fumette en toute légalité.....	4
II.	L'accord médico-mutualiste du 18.12.2000	5
1.	Aspects budgétaires.....	5
2.	Aspects politiques	7
3.	Le Dossier Médical Global (DMG).....	7
4.	La fausse note : l'A.R. d'économie du 8.12.2000 (M.B. du 16.1.2001).....	8
5.	L'accréditation	9
1.	Les structures de l'accréditation bientôt régies par A.R.	9
2.	Nombre de médecins accrédités au 1er février 2001.....	9
III.	Numerus clausus	10
1.	Protestation : fiction contre réalité	10
2.	Projet d'A.R. concernant le cadastre des généralistes et des spécialistes	11
3.	Nombre de médecins en activité enregistrés auprès de l'INAMI	12
IV.	Les droits du patient et la responsabilité médicale	13
1.	La proposition de loi de Magda DE MEYER (SP)	13
2.	La proposition de loi de Maggie DE BLOCK (VLD).....	14
3.	Assurance responsabilité professionnelle : fault, no fault... or ?.....	14
4.	L'indemnisation accidents thérapeutiques selon Anne-Marie LIZIN (PS).....	15
5.	La différence de vue FAGNART – VAN SWEEVELT.....	15
6.	La note conceptuelle concernant les droits du patient, de la ministre Magda AELVOET.....	16
1.	La "version définitive du 1er décembre 2000".....	16
2.	Brainstorming au sein du bureau du GBS.....	17
3.	Audition à la Commission Santé publique de la Chambre le 9.1.2001	18
V.	Le "contentieux" judiciaire du Groupement.....	19
1.	Article 50bis de la loi coordonnée S.S.I. du 14.7.1994 (dite Loi Vermassen- Lenssens)	19
2.	L'oncologie et les titres professionnels	21
3.	L'oncologie et les conditions afférentes à la prescription de médicaments	21
4.	Les normes des fonctions urgences et SMUR.....	21
5.	Questions préjudicielles concernant notamment la publicité de la jurisprudence dans le cadre de l'INAMI	22
6.	Autres affaires à l'INAMI	23
7.	L'arrêt du 22 mars 2000 de la Cour d'appel d'Anvers (chirurgie plastique et dermatologie)	23
8.	Exigences particulières du patient : consultation sur rendez-vous	23
9.	Rhumatologie : connexité en biologie clinique et radiologie.....	24
VI.	Oncologie : état de la situation sur le terrain.....	24

VII.	Soins d'urgences.....	25
1.	Agréé contre le gré des ministres de tutelle.....	25
2.	La note politique des ministres M. AELVOET et F. VANDENBROUCKE du 20 juin 2000.....	25
3.	La problématique de la formation	27
4.	Journée des attestations et permanences	28
5.	Nouvelle composition des commissions d'agrément en soins d'urgences.....	29
6.	Modification des honoraires forfaitaires des permanences : A.R. du 4.12.2000 (M.B. du 16.1.2001).....	29
VIII.	Le paysage hospitalier	30
1.	Article 128 bis de la loi sur les hôpitaux : communication des données statistiques et comptables au Conseil médical	30
2.	Les accords sociaux et le montant B6 du budget hospitalier	31
3.	La révocation.....	32
4.	Hôpitaux royaux, universitaires et "de proximité"	33
IX.	La première ligne et les médecins spécialistes.....	34
1.	La note ministérielle "Etayer et structurer le premier échelon : la composante essentielle de l'organisation des soins de santé"	34
2.	Les réactions de la part de la direction du GBS... ..	35
3.	... et un choix entre les réactions des membres du GBS.....	36
4.	Projet d'A.R. fixant les normes pour l'agrément spécial des services intégrés de soins à domicile.....	37
5.	La note DETIENNE : "Organisation concrète de la première ligne autour du patient"	37
6.	Entretiens avec le ministre Thierry DETIENNE du 5.10.2000	38
7.	La patamédecine selon le Prof. VANHERWEGHEM	39
X.	Survol de quelques unions professionnelles	39
1.	Anesthésie	39
2.	Cardiologie.....	39
3.	Dermatologie.....	40
4.	Gastro-entérologie.....	40
5.	Gynécologie et Radiologie.....	41
6.	Médecine interne.....	42
7.	Médecine physique et réadaptation.....	42
8.	Pédiatrie	42
9.	Psychiatrie.....	43
10.	Stomatologie	43
XI.	La carte SIS	44
XII.	Politique en matière de médicaments et de l'usage du cannabis.....	45
XIII.	Conclusion	46

Rapport annuel GBS 2000

Dr Marc Moens, Secrétaire général

3 février 2001

I. Politique et éthique

I.1. Les élections du 8.10.2000 : les promesses créent des engagements

Dans la perspective des élections du 8 octobre 2000 en vue du renouvellement des conseils communaux et provinciaux, après exactement une année de gouvernement arc-en-ciel, le premier ministre Verhofstadt a laissé entendre, dans le cadre d'une interview accordée au Journal du Médecin (n° 1279 – 7.7.2000) qu'il croyait fermement dans la liberté de choix des médecins et dans la liberté thérapeutique. Cela a mis du baume au cœur de bon nombre de médecins qui encaissent difficilement l'esprit pointilleux dans les textes du ministre de la Santé publique Magda AELVOET (Agalev) et les accents dirigistes de l'approche du ministre des Affaires sociales, Frank VANDENBROUCKE (SP).

En Flandre, le parti du premier ministre, le VLD, a enregistré, le 8.10.2000, sa plus grande progression tandis qu'en Belgique francophone, le PS a enregistré de très bons résultats.

Le président du Conseil général de l'INAMI, Michel JADOT, un coryphée du PS, a fait très fort, le 8.1.2001, à la réception de la nouvelle année à l'INAMI, devant la partie néerlandophone de son auditoire, en déclarant dans son discours pessimiste prononcé à l'occasion de la nouvelle année : "On pensait que le nazisme appartenait au passé, mais il suffit de regarder l'Autriche et la situation à Anvers pour savoir que ce n'est pas le cas".

Cela n'a pas été chose facile pour le gouvernement de ramener à des proportions réalistes les attentes considérables créées à la suite des promesses exagérées faites par certains membres du gouvernement. Heureusement, la croissance économique, malgré une crise pétrolière et la débâcle retentissante de LERNOUT & HAUSPIE, a constitué le septième et le meilleur partenaire de cette coalition arc-en-ciel. L'atmosphère de camaraderie entre le VLD, le PRL, le SP, le PS, Agalev et Ecolo a en effet déjà été troublée à plusieurs reprises et de façon douloureuse, surtout depuis la fin des vacances parlementaires 2000.

Comme il le décrit dans son ouvrage "Op zoek naar een redelijke utopie. De actieve welvaartstaat in perspectief" (Uitgeverij Garant. 2000) ("A la recherche d'une utopie sensée. L'Etat social actif en perspective"), le ministre Frank VANDENBROUCKE veut passer d'un Etat providence surmené à un Etat providence détendu.

Le ministre VANDE LANOTTE (SP) impose le "fonds pour le vieillissement" pour constituer une réserve de quelques milliards en vue des années de pension difficiles entre 2010 et 2030. En communauté flamande, la ministre de la Santé et du Bien-Etre, Mieke VOGELS (Agalev), lancera une assurance de soins flamande le 1.7.2001.

Le ministre de la Fonction publique Luc VAN DEN BOSSCHE (SP) entend réformer en profondeur son administration avec le plan Copernic : les secrétaires généraux devront devenir des "general managers". Toutes les places des hauts fonctionnaires seront déclarées vacantes. La population mérite une fonction publique axée sur la clientèle, performante et disponible.

Dans l'intervalle, le patient atteint de sclérose en plaques qui décline peu à peu, mais pas par phases aiguës, continue à payer son beta-interferon à hauteur de 36.500 FB/mois tandis que le remboursement de la première génération des médicaments contre l'Alzheimer est reporté en raison du coût élevé estimé à 600 millions de FB/an. Le ministre VANDENBROUCKE donne à penser que si les médecins prescrivaient moins et de façon plus rationnelle, il pourrait rembourser plus facilement les molécules innovatrices. Ce faisant, il rejette bien facilement la responsabilité éthique sur les médecins.

I.2. Le secret professionnel médical : un droit civique

Tant au niveau national qu'international, le secret médical vacille sous la pression des autorités politiques et judiciaires. L'opinion publique considère même le secret professionnel médical comme un privilège pour les médecins, alors qu'il est pourtant un droit essentiel du citoyen. Le ministre VANDENBROUCKE a laissé échapper, le 26.9.2000 au cours d'un débat à Louvain, que la législation sur le respect de la vie privée bloquait le travail scientifique.

Voilà des déclarations qui ne sont pas sans danger lorsque l'on voit ce qui se passe au niveau international. Le gouvernement islandais a vendu les données afférentes à ses 270.000 habitants concernant leur patrimoine génétique pour une belle somme d'argent au géant pharmaceutique suisse ROCHE. Le royaume du Tonga, archipel de l'océan Pacifique, a vendu les informations génétiques de ses 108.000 Polynésiens à la firme australienne AUTOGEN, qui s'est spécialisée dans la recherche génétique. L'Estonie a adopté une loi permettant à ses 1,4 millions d'habitants de participer sur base volontaire à la constitution d'une "banque génétique".

On a pu lire dans "Het Volk" du 13.12.2000 qu'en Belgique également, de telles données sont collectées par un laboratoire privé, par le biais d'une banque de salive faisant de la publicité sur Internet. Le vulgaire commerce entourant la collecte de cellules souches issues du sang du cordon ombilical au début du mois de décembre 2000 a été un autre signal d'alarme laissant à penser que l'éthique suit péniblement les évolutions rapides de la science. Adam NASH, né le 29.8.2000 dans le Colorado (Etats-Unis), est le premier "Designer baby" à avoir été conçu pour permettre de traiter sa sœur Molly, âgée de six ans, atteinte d'une maladie mortelle. Cela serait également possible en Belgique, comme l'a fait remarquer la VUB dans une interview au journal "De Morgen" du 5.10.2000.

La chasse aux gènes est ouverte. Le 14 mars 2000, le premier ministre britannique Tony BLAIR et le président américain Bill CLINTON ont diffusé un communiqué de presse commun : "Les données fondamentales sur le génome humain, y compris le séquençage de tout le génome de l'ADN humain et de ses variations, devraient être accessibles aux scientifiques du monde entier".

Tout comme les scientifiques, les assureurs aussi prennent une part active à cette chasse. En Grande-Bretagne, les autorités ont décidé d'autoriser les compagnies d'assurances à utiliser les tests d'ADN.

La confidentialité des données médicales constituent également la pierre angulaire dans les discussions portant sur Pharmanet et sur le traitement des données par les mutuelles, par les sociétés privées comme Care-web, par des organisations de médecins comme l'"Institut Lemye" ou la *Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen*. Un Big Brother potentiel dans nos bases de données médicales reste inacceptable. Que ce soit contre paiement par une société privée ou parce que les autorités exigent des données pour organiser des soins de santé "plus économiques".

Si nous voulons recueillir des informations avec expertise, nous devons l'organiser nous-mêmes ensemble, en offrant une sécurité absolue et des garanties objectives, par le biais d'un Comité d'éthique indépendant.

I.3. Politique : de la culture d'embryon...

Après la mise au monde de l'ANDi, le premier primate transgénique sur notre planète, réalisée par l'Université de Portland (Oregon, USA) au début du mois d'octobre 2000, la Chambre des communes britannique a donné son feu vert, juste avant Noël 2000, au clonage d'embryons humains destiné à isoler des cellules pouvant être utilisées pour le traitement de maladies encore incurables comme l'Alzheimer, le Parkinson, le diabète, etc. La Chambre des Lords a confirmé le vote de cette loi le 23.1.2001. Celle-ci est entrée en vigueur le 1.2.2001.

La "Commission temporaire sur la génétique humaine et les autres technologies nouvelles en médecine moderne" du Parlement européen a débuté ses travaux, à Strasbourg, le 16.1.2001. Les 36 europarlementaires disposent d'un an pour définir des règles claires qui garantissent les principes éthiques dans les domaines biotechnologiques de manière à ce que la science ne dicte pas l'évolution de la société.

I.4. ... en passant par l'euthanasie...

En Belgique, nos responsables politiques consacrent plus de temps et d'énergie au débat sur l'euthanasie qu'à celui sur les fondements de la vie, le clonage et la culture d'embryons. Le besoin de définir une vision de la société à ce niveau est évidemment plus grand que la nécessité de promulguer une loi sur l'euthanasie en raison du rythme effréné des développements scientifiques. Le Comité de bioéthique qui doit conseiller le législateur en la matière se retrouve face à une mission particulièrement difficile.

Les artisans de la proposition de loi sur l'euthanasie auraient aimé voir leur loi publiée au Moniteur belge à l'occasion du dixième anniversaire de la publication de la loi sur l'avortement, le 3.4.1990. Ils n'ont pas réussi. Le débat a été élargi, mais il est loin d'être clos. Un effet secondaire bénéfique réside dans le fait qu'on note désormais un réel soutien en faveur des soins palliatifs, y compris au niveau des mesures budgétaires.

A l'occasion de notre éditorial "Pas d'acharnement euthanasique s.v.p. !" publié dans le Médecin Spécialiste n° 6 (juin 2000), le Prof. J. GRUWEZ et le soussigné ont eu, le 27.9.2000, une discussion particulièrement ouverte et courtoise avec le sénateur VLD Dr Jan REMANS, rhumatologue, et son épouse, le Dr M. VAN EMELLEN, anesthésiste, concernant l'euthanasie.

Les deux parties sont restées sur leur position. Le GBS a transmis à tous les parlementaires ses réflexions à propos des amendements apportés, après les vacances parlementaires 2000, à la proposition de loi initiale de la majorité du 20 décembre 1999 (cf. Le Médecin-Spécialiste n° 9, décembre 2000, pp. 6-10).

Notre confrère REMANS maintient son soutien à la proposition de loi sur la base d'une réflexion objective. Il défend ainsi le droit à l'autodisposition de l'individu dans son choix d'une fin de vie digne. Au terme de deux jours de travaux de la commission euthanasie du Sénat les 12 et 13 janvier 2001 à Val-Duchesse concernant l'article 3, qui autorise également l'euthanasie pour les patients non terminaux, 17 membres ont voté pour et 10 contre. Le Dr Jan REMANS a été le seul des quatre médecins présents à approuver

l'article 3. Les Drs Georges DALLEMAGNE (PSC) et Alain DESTEXHE (PRL) ont voté contre, le Dr Paul GALAND (Ecolo) s'est abstenu (cf. La Lanterne 16.1.2001).

Le droit à l'autodétermination qui est apparemment capital pour les partisans de l'euthanasie appliquée aux patients non terminaux a été poussé jusqu'à l'absurde par la Cour de cassation française avec son arrêt rendu dans l'affaire Nicholas PERRUCHE le 17.11.2000. Le jeune homme, né en 1982 et très gravement handicapé à la suite d'une infection de rubéole que sa mère a eu sans s'en apercevoir durant le premier trimestre de sa grossesse, a obtenu, à l'issue d'une procédure de 8 ans engagée par ses parents au nom de leur fils, un dédommagement de ± 700.000 FB par mois pour violation de "son droit à ne pas naître" (De Morgen, 18.11.2000). Comme l'infection de rubéole est passée inaperçue, la mère ne s'est jamais vu proposer d'opter pour un avortement.

L'avocat LE PRADO du médecin condamné qualifie l'arrêt de précédent dangereux. Selon LE PRADO, les parents de tout enfant né avec un handicap pourront se retourner contre le médecin. Et il craint que l'opinion publique parte du principe qu'une vie de handicapé doit être cataloguée par définition comme ne valant pas la peine d'être vécue.

Bien que Maître LEBOIS, avocat de la famille, ait déclaré après le prononcé : "...Il ne s'agit pas d'un arrêt qui ouvre la porte à l'eugénisme; c'est au contraire un arrêt humaniste qui prend en compte la douleur d'une famille et d'un enfant", nombreux sont ceux qui se demandent si des considérations utilitaires plutôt humanistes ne l'ont pas emporté dans le cas présent.

Le Dr Luc MICHEL, chirurgien et membre du GBS, a écrit un article d'opinion remarquable concernant l'affaire PERRUCHE dans "Le Soir" du 29.11.2000, intitulé : "Le syndrome de Petrucciani". Le célèbre pianiste de jazz Michel PETRUCCIANI (né le 28.12.1962 et décédé le 6.1.1999) était affecté de la maladie des os de cristal. Malgré son nanisme, il fut un géant dans son genre musical. Un de ses trois enfants a hérité de sa maladie. Bien que les deux parents en aient été informés au cours de la grossesse, ils ont déclaré : "Le nier, ça aurait été nous nier; lui donner la vie, c'est un cadeau, le cadeau de la vie telle qu'elle est."

I.5. ... jusqu'à la fumette en toute légalité

Les organisations médicales n'ont pas pris position au sujet des initiatives légales en matière de légalisation de la consommation (ou abus?) du cannabis. Certains médecins individuels l'ont cependant fait, parfois en lançant des appels flamboyants jusqu'à casser la baraque ("kort en klein slaan") du Parlement belge (Dr Luc BEAUCOURT, CVP – 25.1.2001).

Puisque certains veulent également faire usage du cannabis comme médicament, nous y revenons au chapitre concerné (Cf. point XII).

L'impression de "maintenant ou jamais" lors du traitement de certaines questions sensibles du point de vue éthique élève apparemment aisément vers les hauteurs la coalition arc-en-ciel, libérée de tout préjugé religieux sans finesse.

Les grands artisans de la légalisation, le Dr Patrick VANKRUNKELSVEN et Vincent VAN QUICKENBORNE (qui fut le propagateur de l'usage du cannabis au Sénat), menaceront bientôt de shooter en l'air leur propre parti VU-ID.

II. L'accord médico-mutualiste du 18.12.2000

II.1. Aspects budgétaires

A la demande du ministre VANDENBROUCKE, le banc des médecins de la Commission nationale médico-mutualiste a défini, le 6 juin 2000, ses besoins prioritaires pour les années 2001 à 2003. L'attention a principalement été dirigée vers une amélioration des honoraires des actes intellectuels : les deux syndicats médicaux ont demandé conjointement une augmentation de 10 % de ces honoraires par an, et ce en 2001, 2002 et 2003, soit trois fois 5.250 millions de FB ou 15,75 milliards.

Commission nationale médico-mutualiste 06/06/2000

Proposition médecins : montants cumulés

	2001	2002	2003
I. Dossiers en cours (approuvés par le CTM et la CNMM)			
1. Radiothérapie	440,0	440,0	440,0
2. Chirurgie	8,3	8,3	8,3
3. Anesthésiologie	321,6	321,6	321,6
4. Cardiologie	-139,8	- 139,8	- 139,8
Sous-total	630,1	630,1	630,1
II. Exécution accord			
Gynécologie, pédiatrie, ophtalmologie, surveillance psychiatrique, gériatrie	650,1	1.300,2	1.300,2
III. RMN + PET SCAN	600,0	600,0	600,0
IV. Nouveau			
1. Chirurgie plastique	32,0	32,0	32,0
2. Cancer chirurgie	15,0	15,0	15,0
3. Physiothérapie	65,0	65,0	65,0
4. Soins palliatifs	200,0	200,0	200,0
Sous-total	312,0	312,0	312,0
V. Actes intellectuels Augmentation consultations et visites, DMG, surveillance (général), consultance radiologues	5.250,0	10.500,0	15.750,0
VI. Désinfection matériel endoscopique (exogène)	500,0	500,0	500,0
VII. Biologie clinique	1.200,0	1.200,0	1.200,0
TOTAL	9.142,2	15.042,3	20.292,3
		20.292,3	

Tableau 1

Le 11.9.2000, le Comité de l'assurance avait proposé à l'unanimité un budget de 554,5 milliards pour 2001, et ce en tenant compte d'un probable dépassement du budget en 2000 de 6 à 8 milliards. (Fin janvier 2001, nous savons que le dépassement avoisinera peut-être les 10 milliards).

Le budget 2001 proposé par le premier ministre VERHOFSTADT à la mi-octobre a permis beaucoup moins que la campagne électorale ne l'avait laissé espérer. Le budget a malgré tout augmenté, en dépit des réticences des partenaires sociaux, passant de 500,7 milliards en 2000 à 542,8 milliards en 2001. Cela ne s'est pas fait sans coup férir. Une réunion de la médico-mut qui avait été programmée le 9.10.2000 en soirée a été annulée après que le Conseil général de l'INAMI eut présenté ses plans budgétaires dans la matinée. Le 11.10.2000, les syndicats médicaux, les mutuelles et les groupements d'hôpitaux ont publié conjointement dans la presse un appel au secours pour obtenir

davantage de moyens pour les soins de santé. "Pas d'argent, pas de médico-mut" clamait le Journal du Médecin (n° 1296, 13.10.2000) et l'Artsenkrant "Artsen, ziekenfondsen en ziekenhuizen : één strijd".

Le ministre VANDENBROUCKE a obtenu l'accord budgétaire de la médico-mut avec une injection au-delà de la norme de croissance de 2,5 % de 2,25 milliards de FB : 500 millions pour l'extension du Dossier Médical Global, 625 pour la revalorisation des actes intellectuels (soit seulement 13,2 % de l'augmentation demandée), 325 millions pour l'exécution du précédent accord (soit juste la moitié du montant nécessaire), 300 millions pour la radiothérapie, 200 millions pour la consultation oncologique multidisciplinaire et 300 millions pour la RMN.

L'objectif budgétaire 2001 est repris du point E (mesures de correction) de l'accord médico-mutualiste du 18.12.2000.

OBJECTIF 2001

Libellé	Base	Gouvernement	TOTAL
Biologie clinique	29.857,6		29.857,6
Imagerie médicale	28.255,7	540,0	28.795,7
Consultations visites : généralistes et spécialistes	39.243,2	918,5	40.161,7
Prestations spéciales sauf génétique et radiothérapie	31.282,8	36,0	31.318,8
Génétique	1.040,4		1.040,4
Radiothérapie	1.568,4	500,0	2.068,4
Chirurgie - Anesthésiologie	26.955,9	165,0	27.120,9
Gynécologie	2.268,5	124,0	2.392,5
Surveillance	7.187,9	565,0	7.752,9
S/TOTAL	167.660,4	2.848,5	170.508,9
Accréditation (20.306 BEF)	446,7		446,7
Forfait Dossier médical (5.000 BEF)	101,5		101,5
TOTAL	168.208,6	2.848,5	171.057,1
Dialyse	3.714,0		3.714,0

Tableau 2

Sous le titre "Base", nous trouvons les estimations techniques de l'INAMI, majorées de l'index qui a été fixé linéairement à 1,53 % pour toutes les disciplines. Sous le titre "Gouvernement", nous trouvons 2,8485 milliards, dont 240 millions pour le screening mammographique, 283,5 millions pour la réduction des tickets modérateurs dans les services A, K et T et pour l'extension du Dossier Médical Global (DMG) en 2000, 50 millions pour la prise en charge des tickets modérateurs pour les visites à domicile pour des soins palliatifs par des généralistes et 25 millions pour la prise en charge des tickets modérateurs sur les honoraires de surveillance palliatifs, soit un total de 598,5 millions de FB (Priorités Soins de santé 2001-2002-2003; INAMI; Note C.S.S. 2000/281 du 18.10.2000, pp. 6 et 7).

Il est remarquable de constater que de plus en plus de tickets modérateurs pris en charge par l'INAMI sont intégrés dans le budget des médecins. Jusqu'à l'introduction du DMG, qui garantit un ticket modérateur réduit pour le patient, ce phénomène n'existait pas.

II.2. Aspects politiques

L'accord du 18.12.2000 a été particulièrement difficile à obtenir. Il aura fallu, en 2000, 13 réunions officielles de la Commission nationale, trois réunions spéciales du groupe de travail sur le volet le plus explosif, à savoir la réglementation relative aux suppléments dans le contexte du fameux article 50 bis de la loi S.S.I. (la loi dite Vermassen-Lenssens), trois réunions laborieuses du comité de rédaction et une multitude de réunions informelles réunissant des hauts responsables politiques de toutes tendances et des hauts fonctionnaires.

De début juin à la mi-septembre, tout le monde a cru que le système des accords allait être liquidé pour des raisons politiques. Et puis des problèmes budgétaires ont surgi en octobre.

Grâce à l'obstination et au talent de négociateur du président de la médico-mut Gabriël PERL et la confiance que les politiques ont accordée aux responsables des syndicats médicaux, le modèle de consensus est resté debout.

L'accord portant sur la fixation libre des honoraires, qui sont généralement appelés suppléments par les mutuelles, doit maintenant être traduit rapidement en une loi. Cette loi constitue l'épreuve-test en ce qui concerne les promesses faites par le ministre VANDENBROUCKE en la matière.

II.3. Le Dossier Médical Global (DMG)

L'accord ouvre le DMG aux 50 ans et plus à partir du 1.5.2001 et à l'ensemble de la population à partir du 1.5.2002. A cette fin, le ministre VANDENBROUCKE débloque un montant supplémentaire de 1.400 millions de FB à l'attention des médecins généralistes, étalé sur 2001 et 2002.

L'exigence du président des MC, Marc JUSTAERT, d'intégrer prioritairement les 50 ans et plus et les enfants de 0 à 14 ans, en 2001, dans la cohorte des ayants droit au DMG, a été balayée mais il n'a malgré tout pas été possible d'éviter une extension. Du fait que toutes les catégories d'âge sont autorisées à partir du 1.5.2002, les pédiatres sont moins visés.

La tenue du DMG par le généraliste n'a aucune conséquence en ce qui concerne la liberté de choix du médecin, qu'il soit généraliste ou spécialiste, car il n'entraîne pas de remboursement différencié. Le patient qui demande à un généraliste de tenir son dossier obtient pourtant une réduction de 30 % sur le ticket modérateur lorsqu'il consulte un généraliste.

II.4. La fausse note : l'A.R. d'économie du 8.12.2000 (M.B. du 16.1.2001)

Alors que les négociations en étaient dans la dernière ligne droite (avec les réunions de la CNMM les 6, 20 et 27 novembre et le 18 décembre 2000 et celles des comités de rédaction les 1, 6 et 14 décembre 2000) avec des contacts presque quotidiens avec le ministre VANDENBROUCKE en personne ou avec son cabinet, ce dernier a adressé un Arrêté pour signature au Roi concernant, d'une part, une modification de la nomenclature portant sur les honoraires de permanence (A.R. du 4.12.2000, M.B. du 16.1.2000) et, d'autre part, un A.R. d'économie. Suivant les calculs du cabinet des Affaires sociales, ceci devrait représenter une économie de ± 650 millions : ± 500 en cardiologie, ± 75 millions en cardiochirurgie, ± 35 millions en physiothérapie, ± 50 millions pour les prestations spécialisées générales et encore quelques autres petites économies.

Le Roi a apposé sa signature respectivement le 4 et le 8 décembre 2000. Cet A.R. est une première de mauvais augure : contre les deux avis unanimement négatifs du Conseil Technique Médical, VANDENBROUCKE s'obstine dans son projet et procède à des économies. Il se base pour ce faire sur l'article 35, § 2, 2° et 3°, de la loi S.S.I., coordonnée le 14.7.1994. Ce fameux paragraphe a été inséré dans la loi S.S.I. par le ministère de Mme Magda DE GALAN et a probablement été imaginé par M. Jan BEECKMANS, alors collaborateur de cabinet et maintenant promu chef de cabinet adjoint de VANDENBROUCKE.

En d'autres termes, tandis que les syndicats médicaux et les mutuelles négociaient pour conclure un nouvel accord, VANDENBROUCKE fait signer, par le Roi, un arrêté d'économie introduisant une économie non pas de 650 millions de FB sur base annuelle comme indiqué au point I (Durée de l'accord), partie III (où les mutuelles et les syndicats médicaux s'engagent, en tant que partie, à ne pas dénoncer l'accord à cette publication) mais de au moins 1.200 millions. Il est difficile d'en chiffrer exactement le montant dans la mesure où le nombre de prestations concernant un deuxième ou un examen ultérieur ne peut être obtenu que par une analyse détaillée auprès de l'ensemble des dispensateurs de soins.

Dans sa lettre du 4.4.2000 adressée au Dr Jacques de TOEUF, président du Conseil technique médical, le ministre déclare que ces mesures ne constituent pas des économies mais une réaffectation des moyens disponibles. Les cardiologues ne l'entendront pas de cette manière : le service hospitalier de cardiologie moyen perd en moyenne 4 millions en recettes, les grands centres cardiologiques en moyenne pas moins de 10 millions de francs et les cardiologues extra-hospitaliers individuels 25 à 40 % de leurs honoraires. Les remboursements et le coût du personnel sont insupportables si les cardiologues doivent s'en tenir aux tarifs de la convention. Nous avons invité les cardiologues (ainsi que les physiothérapeutes et d'autres) à refuser leur adhésion à l'accord du 18 décembre 2000.

Comme ce dernier a été publié au Moniteur belge du 20 janvier 2001, ils ont jusqu'au 19 février 2001 pour signifier leur refus à l'INAMI par lettre recommandée ou pour adhérer partiellement à des heures et dans des lieux bien définis.

II.5. L'accréditation

II.5.1. Les structures de l'accréditation bientôt régies par A.R.

Dans notre précédent rapport annuel (5.2.2000), nous avons indiqué que les ministres AELVOET et VANDENBROUCKE avaient l'intention de mettre fin à la double réglementation en matière de dossier médical global et d'évaluation de la qualité.

Après un parcours riche en incidents, la médico-mut est finalement parvenue à un accord, le 6.11.2000, concernant un projet d'A.R. dotant l'accréditation, qui a été lancée à la fin de l'année 1993, d'une structure légale. Cela signifie qu'à l'avenir, les mandats au sein des différents organes seront pourvus par A.R.

Grâce à la résistance déployée par l'ABSyM, les ministres VANDENBROUCKE, par l'entremise de son conseiller (et, depuis le 1.1.2001, chef de cabinet adjoint) le Dr Ri DE RIDDER, et AELVOET, par l'entremise de son conseiller le Dr Herman VAN LOON, ne sont pas parvenus à faire de la structure de l'accréditation un théâtre de marionnettes où les ministres auraient le premier et le dernier mot. La participation du gouvernement au sein du Conseil national de la promotion de la qualité restant à créer (en lieu et place du Comité national Peer Review), est sur le même pied que celle des autres partenaires (syndicats médicaux, mutualités et organismes assureurs). Le lien avec la Commission nationale médico-mutualiste est également conservé.

Ce projet a depuis lors également été approuvé par le Comité de l'assurance de l'INAMI le 15.1.2001 et a été transmis aux ministres compétents. A cette occasion, nous avons demandé aux ministres compétents de se souvenir qu'ils s'étaient engagés, dans une lettre datée du 19.11.1999, à annuler les Arrêtés royaux concernant le dossier médical global, l'évaluation de la pratique médicale et la section médecins du Conseil supérieur des professions de la santé et à adapter la législation. Ces chimères de l'ancien ministre COLLA deviendront superflues à partir du moment où l'A.R. précité sera entré en application.

II.5.2. Nombre de médecins accrédités au 1^{er} février 2001

On n'observe pratiquement aucun changement par rapport aux pourcentages d'accréditation de l'année dernière publiés dans le rapport annuel du 5.2.2000. Le plus haut pourcentage de médecins accrédités se retrouve à nouveau chez les dermatologues, le plus bas pourcentage étant cette fois encore enregistré chez les stomatologues. Pour ces derniers, le chiffre n'est pas nécessairement exact car les stomatologues, étant également licenciés en sciences dentaires, peuvent éventuellement se faire accréditer dans le cadre du système dento-mutualiste. L'accréditation des dentistes, instaurée en 1998, accorde exclusivement un forfait annuel d'honoraires de 75.000 FB mais il ne prévoit pas de suppléments d'honoraires par consultation.

Nombre de médecins accrédités au 1^{er} février 2001

	Total en activité	Total accrédité	% accrédité
Généralistes 001-002	3.695	0	0,00
Généralistes 003-004	13.477	9.761	72,43
Généralistes 005-006	742	0	0,00
Généralistes 007-008	3	1	33,33
TOTAL GENERALISTES	17.917	9.762	54,48
Médecins-assistants en formation MACS	3.456	1	0,03
Dermato-vénérologie	610	498	81,64
Radiodiagnostic	1.419	1.106	77,94
Ophthalmologie	950	736	77,47
Gastro-entérologie	368	280	76,09
Anatomo-pathologie	251	190	75,70
Médecine nucléaire	299	223	74,58
ORL	557	417	74,87
Médecine physique	419	310	73,99
Radiothérapie	138	99	71,74
Neurologie	151	110	72,85
Cardiologie	758	535	70,58
Urologie	328	231	70,43
Pneumologie	289	201	69,55
Rhumatologie	232	159	68,53
Gynécologie-obstétrique	1.231	839	68,16
Anesthésiologie	1.519	1.015	66,82
Orthopédie	837	556	66,43
Médecine interne	1.938	1.268	65,43
Psychiatrie	463	299	64,58
Pédiatrie	1.290	814	63,10
Neuropsychiatrie	1.368	851	61,40
Biologie clinique	694	424	61,10
Chirurgie plastique	172	101	58,72
Chirurgie	1.407	760	54,09
Neurochirurgie	128	67	52,34
Stomatologie	294	136	46,26
Total spécialistes	18.126	12.225	67,44
Total spécialistes + MACS	21.582	12.226	56,65
TOTAL GENERAL	39.499	21.988	55,67

Source : INAMI, groupe de direction de l'accréditation

Tableau 3

III. Numerus clausus

III.1. Protestation : fiction contre réalité

Principalement du côté francophone, les étudiants et les universités ont pris la parole tant dans les médias que dans la rue pour annoncer que nous nous dirigeons tout droit vers une pénurie de médecins et pour se prononcer contre le système de sélection inhumain. Le ministre francophone de l'Enseignement supérieur Françoise DUPUIS (PS) a même réussi, le 21.11.2000, à faire accepter à l'unanimité par le parlement de la Communauté française, une proposition de résolution rejetant le numerus clausus (introduite par le PRL, le PS, Ecolo et le PSC). Seul le député Daniel BACQUELAINE (PRL) a ensuite rallié l'opposition.

Malgré la publication très claire de AUXIM asbl du 14 juin 2000 "Rapport sur la limitation de l'offre médicale" par le Dr Jean-Paul DERCOQ, Alexandre VAN OYTSEL et Aurélie SOMER, le Prof. Denise DELIEGE (Ecole de Santé publique, U.C.L.) continue à bombarder les médias de scénarios catastrophe sur "la pénurie de médecins". La Belgique compte 1,57 fois plus de médecins que les Pays-Bas par habitant. Si l'on fait une

comparaison avec le nombre de médecins par habitant en France, la Belgique en compte moins, à savoir 0,87 (dédié du Compendium IBES Statistiques de la santé 1999).

Les chiffres du Dr J.P. DERCQ comparent la densité (ou l'indice de la pléthore) des communautés belges à la France et aux Pays-Bas.

Indice de la pléthore			
Par rapport à la	Communauté flamande	Pays-Bas	France
Communauté française	+ 30,84 %	+ 46,16 %	+ 22,98 %
Communauté flamande	0	+ 22,15 %	-11,37 %
France	+ 10,21 %	+ 30,10 %	0

Tableau 4

La valeur –11,37 % ne signifie donc pas que la Flandre présente un déficit en médecins, comme le Journal du Médecin l'a affirmé assez maladroitement le 30.6.2000.

Ce "déficit" a, comme d'habitude, été volontiers propagé par les autres médias comme la VRT et Radio 1-nieuws. La valeur –11,37 % signifie uniquement qu'en Flandre, la pléthore de médecins est moins importante qu'en France.

Suivant l'avis de la Commission de planification, la ministre AELVOET a publié dans le Moniteur belge du 8.12.2000 un A.R. du 7.11.2000 précisant les chiffres de contingentement de l'accès à la profession médicale entre les généralistes et les spécialistes pour les années 2004 à 2006 (les chiffres globaux avaient déjà été fixés par A.R. du 29.8.1997, M.B. du 5.9.1997) et le chiffre global pour les années 2007 et 2008.

Année	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	650	390	260	300	180	120	350	210	140
2006	600	360	240	300	180	120	300	180	120
2007	700	420	280	-	-	-	-	-	-
2008	700	420	280	-	-	-	-	-	-

Tableau 5

La répartition entre les généralistes et les spécialistes pour 2007 et 2008 n'est pas encore décidée. Sur la base de l'étude susvisée du Dr J.P. DERCQ, les chiffres globaux pour les années 2009 à 2013 seront très probablement assouplis : 750 médecins devraient être autorisés : 450 pour la Flandre et 300 pour la Communauté française.

III.2. Projet d'A.R. concernant le cadastre des généralistes et des spécialistes

Au cours de l'été, le Dr J.P. DERCQ a sondé de manière informelle le GBS et l'ABSyM concernant la nécessité de pouvoir disposer de données objectives pour pouvoir procéder à des estimations correctes des besoins en ce qui concerne le nombre et la spécialisation des médecins.

Le projet d'A.R. que le cabinet a soumis à ce sujet pour avis au Conseil supérieur, lequel s'est réuni le 21.9.2000 pour examiner entre autres ce point après deux années d'interruption, divergeait fortement de l'objectif esquissé par le Dr J. P. DERCQ.

De plus, le projet enfreint la législation sur la protection de la vie privée en plusieurs points. Compte tenu de toute une série de remarques que nous avons formulées à ce sujet dans une lettre adressée directement au ministre AELVOET le 20.9.2000, le Dr J.P. DERCQ a supprimé le point de l'ordre du jour. En effet, le projet dans son ensemble doit être retravaillé en profondeur.

III.3. Nombre de médecins en activité enregistrés auprès de l'INAMI

	01.02.2001	01.02.2000	Δ 2001-2000 %
Généralistes 003-004	13.477	13.252	+ 1,70
Généralistes 001-002	3.695	3.690	+ 0,14
Généralistes 005-006	742	747	- 0,67
Généralistes 007-009	3	3	0,00
Total Généralistes	17.917	17.692	+ 1,27
Médecine interne	1.938	1.923	+ 0,78
Anesthésie	1.519	1.436	+ 5,78
Radiologie	1.419	1.386	+ 2,38
Chirurgie	1.405	1.376	+ 2,11
Neuropsychiatrie	1.386	1.419	- 2,33
Pédiatrie	1.290	1.247	+ 3,45
Gynécologie-obstétrique	1.231	1.198	+ 2,75
Ophtalmologie	950	932	+ 1,93
Orthopédie	837	808	+ 3,59
Cardiologie	758	725	+ 4,55
Biologie clinique	694	691	+ 0,43
Dermatologie	610	598	+ 2,01
ORL	557	548	+ 1,64
Psychiatrie	463	409	+ 13,20
Médecine physique	419	410	+ 2,20
Gastro-entérologie	368	345	+ 6,67
Urologie	328	318	+ 3,14
Médecine nucléaire	299	291	+ 2,75
Stomatologie	294	294	0,00
Pneumologie	289	268	+ 7,84
Anatomo-pathologie	251	242	+ 3,72
Rhumatologie	232	229	+ 1,31
Chirurgie plastique	172	165	+ 4,24
Neurologie	151	140	+ 7,86
Radiothérapie	138	136	+ 1,47
Neurochirurgie	128	124	+ 3,23
Total spécialistes	18.126	17.638	+ 2,77
Médecins spécialistes en formation	3.456	3.404	+ 1,53
Total spécialistes + MACS	21.582	21.042	+ 2,57
Total général	39.499	38.734	+ 1,98

Tableau 6

Source : INAMI, Groupe de direction de l'accréditation

IV. Les droits du patient et la responsabilité médicale

IV. 1. La proposition de loi de Magda DE MEYER (SP)

A l'instar d'une multitude d'autres initiatives lancées initialement par Marcel COLLA, le projet visant à légiférer dans le domaine des « Droits du patient » a également poursuivi son chemin. Dans le numéro de mars du « Médecin Spécialiste », nous vous avons fait part de nos commentaires et réflexions concernant une première proposition de loi introduite par Mme Magda DE MEYER (SP). Notre première et principale objection qui est encore d'actualité à l'égard des innombrables propositions et projets qui ont suivi, est qu'ils ne font pas mention, ou tout au moins pas clairement, du caractère inviolable des droits fondamentaux de la personne malade.

La protection de la personne malade ne doit pas uniquement être examinée dans le cadre des soins de santé proprement dits, mais bien en fonction de tous les éléments environnementaux et des composantes sociales qui sont ou peuvent être en relation directe ou indirecte avec le fait d'être malade. Pourtant, il n'en est pratiquement pas fait mention. Apparemment, nos responsables politiques ne voient pas d'inconvénient à ce qu'un assureur ou un employeur use à sa guise du droit à l'autodétermination pour obtenir sur cette base par exemple la communication des informations médicales personnelles. Quelle attention prête-t-on par exemple aux mesures de protection des personnes malades ou dépendantes sur le plan psychique, séjournant ou non dans une institution, en dehors du cadre strict des soins?

Même dans le cadre médical, on évite systématiquement tout aspect de la protection du patient sortant du cadre strict des soins de santé. Est-il par exemple normal qu'un médecin de contrôle puisse s'immiscer dans la vie privée d'une personne lorsqu'il enquête sur les actes médicaux effectués par un confrère à contrôler?

Non. Apparemment, toute l'attention doit exclusivement être dirigée vers ces matières qui risquent déjà de déstabiliser l'« équilibre » déjà très précaire de la problématique de la responsabilité médicale? Certes, on écrit « dispensateur de soins » mais, en fait, on pense « le médecin ». Et pas n'importe lequel. Non, le « spécialiste expérimenté ». Et il n'est question que du droit à des soins corrects, du droit à des informations exactes, du droit à connaître l'intégralité du dossier. Si les scanners du cerveau permettaient de lire les pensées, il y aurait également un droit dans ce sens. Dès le départ, les exigences fixées en ce qui concerne le devoir d'information ont été formulées à partir de l'idée fautive que la médecine serait une médecine exacte, comme si un bon diagnostic était la conséquence logique et exacte d'un examen diagnostique, comme s'il était possible de faire des pronostics infaillibles et comme si tout traitement menait mathématiquement au résultat escompté.

Il ne s'agit pas d'élargir les aspects de la responsabilité en matière de soins de santé sans prévoir dans la loi une définition précise de la responsabilité professionnelle du dispensateur de soins, dans le cadre d'une éventuelle initiative visant à légiférer dans le domaine des droits du patient. Ceci implique : droit à des soins de santé diligents suivant l'état d'avancement de la science, à des actes médicaux faisant l'objet d'un consensus médico-scientifique. On ne peut pas accorder un droit à des actes médicaux infaillibles ou à un résultat favorable garanti. Dans le domaine de l'obligation d'information également, le dispensateur de soins ne peut ni offrir la garantie que le patient a compris les explications, ni garantir que les informations données sont les seules et absolument exactes.

Une formalisation totale des droits, notamment avec le devoir d'information et le consentement éclairé, représente une mission impossible pour le médecin traitant le plus

intègre, diligent et consciencieux. L'effet amplificateur d'une jurisprudence incroyablement exigeante dans le domaine de la responsabilité médicale, la confusion totalement intenable entourant la notion d' « erreurs médicales » qui est propagée par les médias de même que la surenchère de versions successives de projets d'initiatives en vue de légiférer, toutes centrées sur le même mouchoir de poche, mènent dans une impasse nouvelle qui risque de conduire le système de soins de santé, un des meilleurs d'Europe et dans le monde, à un immobilisme sans âme.

IV. 2. La proposition de loi de Maggie DE BLOCK (VLD)

Au mois de juin, le Prof. J. GRUWEZ a été contacté par une députée du VLD, Dr Maggie DE BLOCK, concernant une proposition de loi que celle-ci était en train de préparer. Le comité exécutif du GBS a examiné attentivement le « texte martyr » de cette dernière. Nos commentaires lui ont été transmis en temps utile. Nous avons surtout attiré l'attention sur plusieurs droits fondamentaux, comme la liberté de choix du médecin et le droit à une seconde opinion, tout en précisant que la médecine n'était pas une science exacte et qu'on ne pouvait pas attendre du médecin un engagement de résultats.

Nous avons par la suite transmis à la fraction du VLD une version totalement remaniée de la proposition de loi et de l'exposé des motifs.

IV. 3. Assurance responsabilité professionnelle : fault, no fault... or ?

Dans le cadre d'un symposium portant le titre ronflant de « Fault, no fault... or ? », qui était organisé le 14 juin 2000 par le ministère fédéral des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, la ministre M. AELVOET a fait part de son intention de présenter, à l'automne, sa proposition de loi concernant les droits du patient. Ce faisant, elle a d'emblée laissé entendre que le problème de la responsabilité ne constituait certainement pas une priorité et pouvait certainement encore attendre un peu : il fallait d'abord que les droits du patient fassent l'objet d'une publication au Moniteur belge (une théorie qu'elle a à nouveau développée dans sa note politique concernant les droits des patients). En réponse à une question posée par une infirmière qui en avait assez de se faire engueuler par des patients par moments désagréables, elle a ajouté qu'elle n'avait pas non plus l'intention de définir les devoirs du patient.

En ce qui concerne la question « Fault, no-fault ? » proprement dite, nous n'en savons guère plus à l'issue de ce symposium. Un groupe de travail interministériel ayant entamé ses activités depuis un certain temps, était encore toujours dans le vague et, apparemment, les premiers symptômes d'une divergence d'opinion de plus en plus nette entre les deux ténors juridiques du système « no fault », les Professeurs Th. VANSWEEVELT et J.L. FAGNART, ont commencé à apparaître. La problématique ne se posait plus dans les termes « fault or no fault? » mais « no fault + fault » avec un choix entre « + uniquement faute grave » et « + également la plus légère ». Et pour couronner le tout, savoir si la victime doit ou non opérer un choix exclusif entre une indemnisation « sans faute » et l'indemnisation sur la base de la responsabilité de la faute. Il est heureux que le représentant du ministre Charles PIQUET ait apporté un peu de bon sens dans le débat en suggérant qu'il serait préférable d'éviter d'accorder des indemnisations qui ne feraient qu'accélérer la spirale de la responsabilité de la faute. Malgré tout, nous avons quitté le symposium avec la tête pleine de contradictions et le sentiment désagréable que les idéologues des différentes tendances étaient en train de s'enliser dans une impasse sans issue. Et avec l'idée angoissante que la solution devrait probablement être recherchée loin de toute logique cartésienne.

IV. 4. L'indemnisation accidents thérapeutiques selon Anne-Marie LIZIN (PS)

Au terme d'un été pluvieux, nous avons eu connaissance d'une proposition de loi émanant de la députée PS Anne-Marie LIZIN concernant l'indemnisation des « accidents thérapeutiques ». Dans un débordement d'hermétisme juridique, le système « no fault » a été traduit en langage de la « rue de la Loi » dans lequel, pour simplifier, les « dommages évitables » qui sont le résultat d'un acte médical seraient indemnisés par un fonds de dédommagement dont l'organe directeur déterminerait lui-même si les dommages pourraient éventuellement être imputés à un tiers responsable (médecin?). Nous avons fait plusieurs tentatives pour essayer de le comprendre pour finalement arriver à la conclusion, après avoir procédé à des échanges de vues avec des personnes considérées comme intelligentes, que notre incompréhension est partagée par bien des gens. Il peut sembler concevable de proposer l'indemnisation des dommages « évitables » dans un système « no fault » par un fonds d'indemnisation. Mais il faut une dose quasiment morbide de fatalisme de la part de la victime pour accepter que le fonds d'indemnisation puisse dire que les dommages auraient certes pu être évités, mais que celui qui aurait pu les éviter ne peut pas en être tenu responsable. Combien de fois les gens du fonds d'indemnisation pourraient-ils s'autoriser de telles décisions avant de voir leur nom et leur image faire les gros titres dans les médias? A cet égard, il semble certainement préférable de laisser au plaignant le choix entre deux pistes d'indemnisation.

IV. 5. La différence de vue FAGNART – VAN SWEEVELT

Par la suite, nous avons pris connaissance d'une nouvelle série d'options complémentaires au niveau du système « no fault » dans le cadre d'une soirée d'étude instructive organisée par l'Association des juristes d'assurances le 16.11.2000. Deux orateurs : le Prof. Th. VAN SWEEVELT et le Dr M. CALLENS de L.C.M. (Protection des affiliés). Du discours du premier cité, nous avons pu apprendre que la divergence d'opinion parmi les ténors du groupe de travail interministériel était maintenant manifeste. VAN SWEEVELT est partisan du maintien total de toutes les possibilités de recours sur la base de la responsabilité de la faute, et ce tout en se prononçant en faveur d'une indemnisation de première ligne sur une base sans faute. Une indemnisation totale dans un système sans faute serait « impayable ». Mais pour lui, il n'empêche que la victime doit avoir droit à une indemnisation complète.

Le fait que le débat connaisse toutes ses limites, constitue un pas en avant : le régime doit être finançable. Pourtant, l'article 1 de la future loi relative aux droits des patients énonce également d'emblée le droit à l'impayable. En effet, quand une voix s'est élevée dans la salle pour dire qu'il serait beaucoup plus logique de placer le patient en face d'un choix, à savoir soit l'indemnisation « no fault », soit le tribunal, VAN SWEEVELT a jugé « immoral » d'imposer à la victime un choix exclusif. Il s'est également refusé à admettre que son indemnisation de première ligne dite « sans faute » constituerait en fait une prime de l'Etat servant à couvrir les honoraires d'avocat.

Il a ensuite été expliqué – et ce ne fut rien d'autre que la répétition du concept de Mme A.M. LIZIN couplé aux évolutions de la jurisprudence – sur quelle base le régime sans faute (finançable) + responsabilité de la faute (impayable) allait fonctionner. Le concept abstrait des « dommages évitables » trouve son origine dans l'acte (ou l'absence d'acte) du représentant d'une science exacte jugé infaillible, à savoir le « spécialiste expérimenté ». La pratique du médecin généraliste n'est pas concerné par un principe de dommage. En juillet 1999, nous avons déjà pu remarquer que le terme « diagnostic » n'apparaît pas dans le cadre du dossier médical général du défendeur des droits du

patient, Marcel COLLA, et qu'il n'est donc pas censé figurer dans le dossier au niveau du contenu.

Aux deux premiers volets est rattaché un troisième volet : un système de prévention des accidents. Il est certain que l'organisation d'un suivi plus systématique des données relatives aux dommages contribuera à améliorer la qualité. Ces informations devraient être mises à la disposition de collègues de peer review et de groupes de qualité professionnels composés de « spécialistes expérimentés », de manière à ce qu'il soit possible d'en distiller des règles de sécurité pratiques. Par contre, cela serait faire preuve d'étroitesse d'esprit que de prétendre que jusqu'à présent, rien n'a été fait en matière de prévention des dommages. Il convient de remarquer à ce propos que la prévention des accidents n'offre pas la moindre solution en ce qui concerne les tracasseries juridiques onéreuses dans le cadre des concepts de responsabilité abstraits ayant cours actuellement.

En matière d'indemnisation de la victime, en plus de l'assurance responsabilité classique (qui devient impayable) et de la nouvelle indemnisation de première ligne sans faute, on pense en prime à une assurance accidents que le « spécialiste expérimenté » conclurait pour se couvrir contre les dommages qu'il occasionnerait à ses patients. Un nouveau produit qui soulève des questions : cette assurance serait-elle conclue a priori pour tous les patients ou pour une intervention planifiée bien définie? En communiquant voire en fixant le montant assuré en accord avec le patient? Cela relève-t-il encore des tarifs de la convention? N'y a-t-il pas alors doublement du coût de l'assurance? Possibilité de recours à l'encontre de l'assureur RC? Etc.

Nous avons ensuite pu entendre l'exposé du Dr M. CALLENS qui était d'avis qu'il serait injuste d'établir une distinction entre deux types de victimes, à savoir celles de « dommages évitables » et celles de « dommages inévitables ». Pour quelle raison indemniserait-on la victime de dommages évitables et ne le ferait-on pas pour la victime d'un coup du sort? D'un point de vue strictement mathématique, l'impayable reste de toute façon impayable. Comme l' « infini ».

La conséquence du critère « évitable » de Mme A.M. LIZIN sera alors probablement aussi que le « fonds d'indemnisation » aurait tendance, avec le temps et pour des raisons humanitaires, à intégrer les sinistres « inévitables » dans le système d'indemnisation, tout comme le principe de diligence du droit de la responsabilité s'est maintenant infléchi en un principe de résultat. Avec pour effet que les « dommages inévitables » seront qualifiés d' « évitables » de sorte que le « spécialiste expérimenté » devra également se justifier.

Il n'existe rien de plus difficile à vivre que de voir quelque chose d'inévitable considéré comme une faute professionnelle. Tout comme il est difficile de faire face à une plainte pour l'absence d'un résultat qui ne pouvait pas être garanti. C'est encore plus pénible lorsque l'on a à se justifier dans une situation où prévaut la charge de la preuve inversée. En octobre 2000, le ministre de la Justice Marc VERWILGHEN a laissé clairement entendre qu'il entend en effet placer la charge de la preuve sur les épaules des médecins. C'est peut-être pour cette raison que même dans les milieux médicaux, on est arrivé à un certain moment à envisager l'instauration d'un système « no fault ».

IV. 6. La note conceptuelle concernant les droits du patient, de la ministre Magda AELVOET

IV.6.1. La "version définitive du 1^{er} décembre 2000"

Les termes « Version définitive - 1er décembre 2000 » figurent au bas de la note conceptuelle de la ministre AELVOET concernant les droits du patient. Nous y avons

découvert une nouvelle fois sa théorie en matière de priorités : il faut d'abord une loi sur les droits du patient avant de légiférer dans le domaine du problème de la responsabilité. En effet, inverser les priorités pourrait « avoir des conséquences fâcheuses, non seulement en termes politiques car l'attention portée aux droits des patients diminuerait, mais aussi au niveau du contenu. » Elle cite en exemple les pays scandinaves qui se sont dotés d'un régime de dommages « sans faute » sans justification directe de la responsabilité de la faute dans le chef des dispensateurs de soins.

Elle oublie toutefois que chacun des droits du patient qui sont décrits dans son projet, tout comme dans les projets de ses collègues parlementaires, sont, dans le cas de la Belgique, exigibles en justice sur la base du code civil. Comme si cela ne constituait pas un stimulant pour le respect des droits du patient !

Leur situation de travail commence tout doucement à tourner les sangs aux médecins. Si l'approche actuelle de la problématique médico-légale apparaît insuffisante pour la société, ce n'est pas avant tout une affaire relevant des soins de santé mais bien l'affaire du système judiciaire souhaité par la société. Les droits en question, tels qu'on entend les définir, chevauchent tout bonnement la jurisprudence actuelle, qui évolue selon des règles très strictes, d'une part, et, d'autre part, le droit médical disciplinaire dont ils sont indéniablement issus et sur la base duquel ils sont en prime exigibles. Aucun système n'offre une meilleure garantie du respect des droits que celui qui réprime l'infraction et tient le contrevenant responsable. En ce qui concerne les actes médicaux, cela s'opère sur la base de l'évaluation contradictoire d'une faute professionnelle, et ce en fonction de l'expertise. Entend-on s'abstenir de toute évaluation de la faute? Ou agir en fonction de l'inexpertise? On peut malheureusement le craindre lorsque l'on voit comment certaines propositions de loi conçoivent le traitement des plaintes.

IV.6.2. Brainstorming au sein du bureau du GBS

Si quelqu'un veut réaliser un travail de pionnier dans le domaine des droits du patient, il doit, avant toutes choses, oser formuler les droits fondamentaux dont la valeur de principe est incontestable. Ceci suppose l'inviolabilité du contrat de soins ainsi que sa finalité par rapport à toute pression possible en provenance du monde extérieur. De plus, il convient, dans le cadre d'un travail de recherche multidisciplinaire, de définir les lacunes là où l'individu malade se retrouve sans protection dans un monde évoluant à un rythme fou.

La protection du droit à l'autodétermination sans que celui-ci ne soit élevé à sa forme absolue dominant tout, le droit au respect de la vie privée par rapport aux employeurs, aux assurances, à la gestion du patrimoine, au transport des malades, au contrôle des pouvoirs publics, aux membres de la famille, aux voisins dans les immeubles, aux visiteurs dans les institutions, aux médias et à la publicité, etc. Une dérogation typique à rectifier (ou un abus?) au droit à l'autodétermination consiste par exemple dans l'art. 95 de la Loi sur le contrat d'assurance terrestre (25.6.1992) par lequel le médecin est tenu de fournir aux patients les données nécessaires à la conclusion ou à l'exécution d'un contrat d'assurance. Il s'agit d'une atteinte inacceptable à la finalité de la relation médecin-patient. Ce type de travail est quelque peu plus difficile que la comparaison et l'étude des « hot items » répertoriés dans les livres spécialisés de jurisprudence médico-légale et qui font également à tout bout de champ les gros titres de la presse à sensation.

On a parfois même l'impression qu'il y a une volonté de ne pas préciser clairement le caractère inviolable des droits fondamentaux dans certaines initiatives visant à légiférer. Dans une note du GBS concernant l'avant-projet ministériel que nous avons remise aux

membres du cabinet au cours d'un entretien le 20.12.2000, nous avons entre autres choses attiré l'attention sur deux lacunes que nous jugeons importantes :

- le droit à l'autodétermination duquel découle la liberté de choix du dispensateur de soins, est complètement vidé de sa substance dans le projet dès que le patient est admis dans une institution. Dans ce cas, on estime même que (tous) les droits du patient prévus par la loi ne sont d'application que tant que l'institution n'en décide pas autrement.
- la mention des praticiens des médecines non conventionnelles parmi les « dispensateurs de soins », lesquels praticiens sont censés fournir au patient "toutes" les informations « nécessaires pour permettre de se faire une idée de son état de santé » ou « pour pouvoir répondre de manière satisfaisante aux besoins du patient », et ce « en accord avec les références en vigueur ». Nous avons estimé que le « droit à l'information » devait, dans ce cas précis, impliquer que le patient doit être averti explicitement du caractère non scientifique de ces praticiens et du risque qu'ils encourent en se laissant traiter sans qu'un médecin n'ait posé un diagnostic au préalable.

IV.6.3. Audition à la Commission Santé publique de la Chambre le 9.1.2001

Le 22 décembre 2000, nous avons également été invités par le Dr Y. AVONTROODT, présidente de la commission parlementaire de la Santé publique, à exposer notre point de vue lors d'une audition organisée le 9 janvier dernier à la Chambre. Pour nous préparer, nous avons reçu la totalité du paquet de propositions et de projets de loi introduits, parmi lesquels la vision du CVP de MM. BROUNS et VANDEURZEN, la proposition du VU-ID du Dr P. VAN KRUNKELSVEN et les documents déjà évoqués de Mme le Docteur M. DE BLOCK (VLD), de Mme M. DEMEYER (SP) et de la ministre M. AELVOET.

Malgré les festivités de cette fin d'année, de siècle et de millénaire, le Président est parvenu, avec l'aide du Bureau, à rédiger une note détaillée que le Prof. J. GRUWEZ a déposée et expliquée en séance le 9.1.2001. Cette note peut désormais être consultée sur le website du GBS.

Nous reprenons succinctement ses principales remarques :

- * Les droits et devoirs doivent être bilatéraux pour le patient et pour le médecin/dispensateur de soins et les droits des patients doivent également être opposables aux établissements et aux institutions de soins.
- * Le caractère personnel de la relation patient-médecin est essentiel – le libre choix du médecin et de l'établissement de soins ainsi que la sollicitation d'un deuxième avis constituent des droits inaliénables du patient.
- * Une information correcte et adéquate du patient ainsi que le consentement éclairé est un idéal à rechercher; le secret professionnel doit être scrupuleusement préservé.
- * Dispenser une médecine de qualité reste comme toujours l'objectif de tout spécialiste consciencieux mais il doit avoir le droit – hormis naturellement lors d'une urgence et en tenant compte de la continuité des soins – de refuser la prise en charge des soins ou de mettre un terme à un contrat de soins.
- * Un engagement de résultats n'est pas possible en médecine; il ne peut être question que d'un engagement de diligence.
- * Le respect de la personne ainsi que des convictions, de l'origine, de la culture et de la langue du patient constitue une obligation déontologique élémentaire.
- * Nous sommes partisans d'une prise en charge des plaintes par un ombudsman totalement indépendant.
- * Nous sommes totalement d'accord pour reconnaître que les mineurs sont capables de

manifester leur volonté à partir de 16 ans (comme proposé par le Dr DE BLOCK).

- * Peut-être nos mandataires politiques n'ont-ils pas prêté suffisamment d'attention par exemple à tout ce que le code de déontologie médicale prévoit à ce sujet.
- * Selon nous, il convient de définir tant les droits que les devoirs.
- * Une relation optimale patient-médecin constitue probablement l'élément essentiel des droits du patient. Il s'agit d'une relation personnelle qui génère en quelque sorte un contrat par lequel le dispensateur de soins s'engage à mettre en œuvre tous les moyens à sa disposition pour lui venir en aide. Pour ce faire, une bonne communication est nécessaire, ce qui demande du temps, de la confiance et de la loyauté. Les facteurs émotionnels et psychiques ne peuvent pas être négligés.
- * La pierre angulaire de la relation personnelle patient-médecin est la liberté de choix de son médecin par le patient, lequel perçoit d'ailleurs cette dernière comme un droit inaliénable.
- * En ce qui concerne la communication des dossiers, nous sommes d'avis qu'aussi dans l'intérêt du patient et compte tenu de la réalité de la pratique médicale journalière, un certain nombre d'arguments plaide en faveur d'une consultation indirecte, c'est-à-dire par l'entremise d'un médecin (comme c'est le cas en France pour les dossiers hospitaliers), du dossier par le patient ou, tout au moins, d'offrir cette possibilité au médecin.
- * Il faut pourtant se rendre compte que la définition d'une telle information consensuelle n'est pas une mince affaire. L'élaboration de catalogues de risques de toutes les pathologies couvrant les 25 spécialités n'est pas une sinécure !
De plus, des frais importants y sont associés. Les chirurgiens allemands disposent ainsi d'un volumineux paquet d' "informed consents" pour une série déjà relativement importante d'interventions, lesquels ont été élaborés par une société privée avec la collaboration de juristes et de chirurgiens et qui sont proposés à la vente au prix de 570 DM.

Tout comme d'autres intervenants, dont moi-même (invité en ma qualité de président de l'ABSyM), M. D. HOLSTERS, Président du Conseil national de l'Ordre, a plaidé pour que l'on s'attaque aux « dispositions défavorables au patient », comme l'art. 95 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre. Il a également fait remarquer que les droits des patients ne peuvent pas engendrer une « inquiétude artificielle », un automatisme linéaire de formulaires standards et de dépliants. Il met lui aussi en garde contre le risque d'en arriver à un système dysfonctionnel. Enfin, il a fait remarquer qu'une fonction de médiateur exigera une compréhension de la médecine et que l'Ordre des médecins peut apporter une contribution positive dans la réception de plaintes.

Contrairement au GBS et à l'ABSyM, le Dr Ivo UYTENDAELE, Vice-président du Conseil national, a plaidé en faveur d'un droit de regard direct dans le dossier médical.

V. Le "contentieux" judiciaire du Groupement

V. 1. Article 50bis de la loi coordonnée S.S.I. du 14.7.1994 (dite Loi Vermassen-Lenssens)

La faculté juridique que le ministre a d'imposer des tarifs maximaux ou de rendre, par A.R., les tarifs de la convention opposables en salle commune ou en chambre à deux lits et en cas d'hospitalisation d'enfants accompagnés des parents, a constitué une menace considérable pour le régime des conventions. Cette possibilité en cas d'exigences particulières du patient (hospitalisation pour des raisons personnelles dans une chambre individuelle) allait même encore plus loin.

La Cour d'arbitrage a rendu son arrêt le 21 décembre 2000 (arrêt n° 136/2000 – M.B. du 23.1.2001), rejetant bon nombre d'arguments avancés par notre conseiller. Malgré tout, la Cour d'arbitrage adopte une position critique en plusieurs points et émet même certaines réserves pour l'avenir, ce qui a indirectement des conséquences pour la réécriture de l'article, promise par le ministre VANDENBROUCKE.

Notre conseiller a formulé un certain nombre de remarques importantes à cet égard :

- la Cour d'arbitrage admet que la législation en la matière ne relève pas de la loi sur les soins de santé et indemnités mais plutôt de l'art de guérir en ce qui concerne la sécurité tarifaire et la transparence.
- elle admet également que les mesures contestées peuvent entraîner un ralentissement des investissements en équipements technologiques dans les hôpitaux et que les critiques émises à ce propos reposent sur une analyse pertinente des conséquences que les mesures peuvent entraîner. La Cour ajoute cependant qu'il s'agit ici de choix politiques.
- la Cour d'arbitrage reconnaît aussi que la situation des médecins conventionnés et non conventionnés n'est en aucune façon comparable et que, par conséquent, ils ne peuvent pas être soumis aux mêmes règles. Cependant, ... elle attire l'attention sur le fait que la décision d'adhérer ou non à l'accord est fonction de l'appréciation personnelle des médecins, de sorte que les dispositions ne peuvent pas être considérées "a priori" comme discriminatoires, si on leur applique un seul et même régime. *"Encore faudra-t-il que la pression que font peser ces mesures sur la liberté de choix des médecins, au point de réduire considérablement leur intérêt à refuser leur adhésion, puisse être raisonnablement justifiée".*
- la Cour admet également que les hôpitaux publics seront plus facilement à même de rectifier les conséquences financières des dispositions contestées que les hôpitaux privés.
- enfin, la Cour estime qu'il n'est pas exclu que l'expérience future montrera si les dispositions contestées ont des effets disproportionnés sur les revenus des médecins, sur les moyens financiers des hôpitaux, sur la qualité des soins, sur l'équilibre des accords et sur le régime des conventions proprement dit.

La Cour d'arbitrage donne en fait à penser que les textes pourraient, lors de leur mise en application concrète, porter atteinte au principe d'égalité et que les Pouvoirs publics devront en tenir compte lors des négociations concernant les accords.

En outre, la Cour d'arbitrage annule le § 3 de l'art. 50bis relatif à la limitation des suppléments exigibles en cas d'hospitalisation en chambre particulière.

Enfin, il convient également de noter que le 22 janvier dernier, un recours complémentaire a été introduit afin d'obtenir l'annulation de la disposition antérieure correspondante de l'art. 50bis § 3, et ce bien évidemment pour les mêmes motifs que ceux qui viennent d'être retenus par la Cour, puisque les deux textes sont identiques.

V. 2. L'oncologie et les titres professionnels

Notre recours en suspension et en annulation de l'A.M. du 11.4.1999 a donné lieu à un rapport favorable de l'Auditeur qui a indiqué plusieurs arguments en faveur de l'annulation et a même demandé la suspension de l'arrêté dans son intégralité. Le recours en suspension a malgré tout été rejeté par le Conseil d'Etat, en fait parce que nous avons été "trop gentils". Plusieurs personnes concernées par le recours avaient exprimé le souhait de ne pas laisser les patients sans la moindre protection avec la suspension, même temporaire, des dispositions. Et nous en avons tenu compte, en ne demandant qu'une suspension et une annulation très fragmentaire : uniquement la différence entre "oncologie médicale" et "oncologie".

Plusieurs recours ont été introduits mais, apparemment, aucun d'entre eux n'a permis d'obtenir la suspension. Par contre, dans le cadre de l'affaire introduite par l'ABSyM, l'Auditeur a entre-temps rendu un rapport proposant clairement l'annulation. Celle-ci est de plus quasiment inévitable dans la mesure où l'administration compétente a cessé de donner suite aux demandes introduites dans le cadre des dispositions transitoires de l'arrêté contesté.

Pour terminer, signalons encore qu'une procédure est également engagée au nom des radiothérapeutes contre l' "erratum" que l'ancien ministre COLLA avait fait publier.

V. 3. L'oncologie et les conditions afférentes à la prescription de médicaments

La procédure contre l'A.M. du 31 mai 1999 progresse apparemment beaucoup plus lentement que la précédente. Le 9.1.2001, nous avons reçu la réplique de l'avocat de la partie adverse, à savoir le ministre des Affaires sociales, qui maintient apparemment son point de vue que la prescription des cytostatiques doit être associée à une compétence/un titre professionnel particulier en "oncologie ou en oncologie médicale". C'est bien évidemment un élément important dont il convient de tenir compte étant donné que les concepts les plus récents émanant du ministère de la Santé publique évoluent vers l'introduction de seulement deux titres professionnels particuliers, à savoir celui d'interniste-oncologue et celui de pédiatre-oncologue, naturellement en partant de l'idée qu'aucune privilège fonctionnel ne peut y être associé. Le groupe de travail "cytostatiques" du Conseil technique des spécialités pharmaceutiques (CTSP) campe sur une position opposée, et ce avec l'appui du ministre des Affaires sociales.

En outre, la réponse à la réplique ministérielle est particulièrement difficile car l'A.M. du 11.4.1999 n'a pas encore été annulé de même qu'il n'a pas été retiré comme la ministre AELVOET avait déclaré en avoir l'intention.

V. 4. Les normes des fonctions urgences et SMUR

En octobre dernier, l'Auditeur a remis presque simultanément un rapport sur les trois recours introduits contre les normes relatives aux compétences de permanence dans le cadre des fonctions "soins urgents spécialisés", "première prise en charge des urgences" et "SMUR". L'Auditeur estime que le problème a été résolu avec l'A.M. du 12.2.1999, en vertu duquel les médecins des spécialités concernées peuvent conserver leur compétence moyennant l'attestation délivrée par le médecin-chef. Ce que l'Auditeur ne pouvait pas savoir, c'est que les ministres des Affaires sociales et de la Santé publique allaient décider un mois et demi plus tard de prolonger de 2 ans les dispositions transitoires des arrêtés contestés, mais sans – et c'est d'une importance capitale – pour la continuité des droits en

matière de compétence – postposer la date limite du 1.12.2000 au 1.12.2002, pour les médecins pouvant prétendre à l'attestation susvisée.

Le fait que de nombreux médecins appartenant aux 13 disciplines de base ont été lésés dans leurs droits dans le domaine des soins urgents, ressort clairement du rapport qui vient d'être rédigé par l'Auditeur du Conseil d'Etat dans le cadre d'un recours introduit par un chirurgien contre le refus de son agrégation comme médecin-urgentiste par le précédent ministre Colla. En fait, le rapport condamne la manière dont la commission d'agrégation néerlandophone de l'époque a traité les dossiers, et notamment une exigence était que le demandeur devait être chef de service des urgences et être responsable de l'organisation et du bon fonctionnement du service des urgences dans toutes ses facettes. C'est-à-dire des exigences qui vont bien au-delà de l' "activité principale" mentionnée dans les dispositions transitoires de l'A.M. du 12.11.1993.

V. 5. Questions préjudicielles concernant notamment la publicité de la jurisprudence dans le cadre de l'INAMI

Dans le cadre d'une procédure de la Commission d'appel de l'INAMI, le conseiller d'un médecin a fait valoir que son client n'avait pas bénéficié d'un procès équitable dans la mesure où l'INAMI a accès aux données provenant des décisions et de la jurisprudence de la Chambre restreinte et de la Commission d'appel, ce qui n'est pas le cas du médecin devant se défendre. La Commission d'appel a cependant soutenu initialement que l'INAMI n'était pas légalement habilité à communiquer ces consultations car le dernier alinéa de l'art. 156 prévoit expressément que "seul le dispositif des décisions est communiqué". Suite à l'insistance de la défense, la Commission a finalement décidé de poser plusieurs questions préjudicielles à la Cour d'arbitrage.

Le Comité directeur du GBS a décidé, sur proposition du conseiller, d'appuyer la défense des intérêts médicaux dans le cadre de ces questions préjudicielles. On ne peut pas mettre en doute qu'une forme relative de discrétion prévalait. L'INAMI argumente maintenant que des décisions anonymisées sont régulièrement publiées dans le "Journal d'information" trimestriel de l'INAMI. Cette revue intéressante et excellente ne contient que de temps en temps et alors une sélection très limitée des arrêts et des motivations de la Chambre restreinte et de la Commission d'appel. Certainement pas de manière suffisante pour que les médecins disposent d'informations correctes sur ce qui est autorisé ou non selon la jurisprudence des organes de l'INAMI.

Entre-temps, un mémoire a été introduit au nom du conseil des ministres. Il y est indiqué textuellement : *"Le principe contradictoire qui est à la base de tout procès équitable requiert que tout élément invoqué par une partie à l'appui de son argumentation soit communiqué à l'autre partie, ne fût-ce que par la mention d'une référence à une publication qui lui soit accessible"*. A quoi il est ajouté que l'INAMI doit dès lors veiller à ce que les documents soient anonymisés. Et que l'INAMI s'est déclaré disposé à fournir cette copie anonymisée ... de sorte qu' "en fait, le problème de la communication n'existe plus". Le gouvernement admet donc apparemment qu'il y avait au moins un problème.

L'arrêt de la Cour d'arbitrage devrait être rendu dans les prochains jours.

V. 6. Autres affaires à l'INAMI

Des procédures sont toujours en cours concernant la prestation 103014 – la consultation du médecin spécialiste au domicile du patient à la demande du généraliste (notamment un dermatologue et de deux ophtalmologues).

Une autre affaire singulière concerne l'intervention directe du ministre dans l'arrêt de la Chambre restreinte en vertu duquel les faits incriminés ont été considérés comme non prouvés (les moyens de preuve, à savoir des radiographies, ayant disparu, selon le médecin au niveau du contrôle médical et selon le médecin-inspecteur chez le médecin). Le commissaire du gouvernement a opposé son veto à la décision. A quoi l'avocat du médecin répond assez logiquement : *"En aucun cas, le veto peut avoir pour effet de rejurer notre client"*, indiquant que la seule possibilité consiste à interjeter appel auprès de la juridiction prévue à cet effet, à savoir la Commission d'appel. Le ministre reste cependant sourd et confirme tout simplement le veto en motivant sa décision comme suit : *"La chambre restreinte, au contraire de la chambre d'appel, n'est pas une juridiction administrative, mais bien un organe de l'administration active. Ce point de vue a d'ailleurs été consacré à plusieurs reprises par le Conseil d'Etat. En conséquence, le commissaire du gouvernement était en droit de prendre son recours contre une décision administrative qu'il estimait contraire à la loi, aux statuts ou à l'intérêt général"*.

V. 7. L'arrêt du 22 mars 2000 de la Cour d'appel d'Anvers (chirurgie plastique et dermatologie)

Notre conseiller a été chargé de demander au ministre de la Justice de charger l'avocat-général de demander, auprès de la Cour de cassation, l'annulation de l'arrêt du 22.3.2000 de la Cour d'appel d'Anvers, laquelle a jugé qu'il subsiste un doute sur la question de savoir si le traitement d'anomalies dermatologiques comme les tatouages avec des techniques laser, est un acte médical.

Dans l'intervalle, la société de détatouage contre laquelle la plainte initiale a été introduite, a engagé une action en dommages-intérêts contre un chirurgien plastique, l'Association professionnelle de chirurgie plastique et le pouvoir judiciaire, pour des dommages qui sont exclusivement imputables à ce dernier.

V. 8. Exigences particulières du patient : consultation sur rendez-vous

Le tribunal du travail de Bruges s'est prononcé le 12.5.2000 dans le cadre d'une action introduite par une mutuelle au nom du patient contre un médecin-spécialiste ayant porté en compte un supplément d'honoraires pour une consultation sur rendez-vous. Plus de sept ans après les faits, car les prestations de santé proprement dites datent du 9.10.1992, alors que le supplément en question s'élevait à 984 FB. Le GBS a entre-temps également écrit plusieurs lettres à la mutuelle.

Le tribunal du travail a jugé que les textes de la convention sont peut-être suffisamment clairs en ce qui concerne l'exigence particulière "hospitalisation en chambre particulière" mais que, par contre, ils manquent quelque peu de clarté en ce qui concerne les "consultations sur rendez-vous". Il a malgré tout été donné tort à la mutuelle. Le tribunal a en effet estimé que *"...on ne peut pas nier que X avait demandé d'une façon ou d'une autre un rendez-vous et avait appelé, selon sa propre déclaration écrite, la partie défenderesse (le médecin) à son domicile dans cette intention : par contre, il n'a pas contacté le service ...de... l'hôpital (dans lequel ce médecin tient également une consultation ouverte le mercredi après-midi et le vendredi après-midi), ce qui est*

significatif pour ce tribunal. Cela implique que l'intéressé ne voulait pas perdre de temps dans la salle d'attente de l'établissement de soins susvisé. Il est immédiatement apparu que X avait demandé une consultation sur rendez-vous et avait également, ce faisant, eu une exigence particulière au sens de l'accord. »

Le tribunal du travail se livre certes à quelques considérations critiques visant à nuancer quelque peu la signification de la notion « sur rendez-vous » : *« Ainsi, il existe certainement des médecins qui, lorsqu'ils reçoivent sur rendez-vous dans un hôpital, demandent un supplément alors qu'ils ne le font pas lorsqu'ils y effectuent des consultations sans rendez-vous. En outre, il n'est pas exceptionnel ou inimaginable que des médecins ne soient, de facto, consultables que sur rendez-vous à l'hôpital, et ce sans qu'ils ne portent en compte des suppléments pour autant. »*

« ...En raison du manque de transparence et de la multitude d'hypothèses possibles, il n'est pas du tout évident, de sorte qu'on ne peut pas le supposer sans plus, que le patient, qui prend rendez-vous chez son spécialiste traitant (même dans le cadre des jours et des heures proposés par le médecin), savait qu'il devrait payer des honoraires plus élevés de ce fait. »

Finalement, le juge indique quand même les exigences centrales pour remplir la condition de « rendez-vous » : *...un rendez-vous implique en effet en principe que :*

- il ne faut pas attendre son tour dans un groupe prévisiblement important, et*
- le patient est certain de la personne du médecin par lequel il sera examiné. »*

V.9. Rhumatologie : connexité en biologie clinique et radiologie

L'Union professionnelle des rhumatologues qui avait, en juillet 1999, introduit un recours auprès du Conseil d'Etat contre les dispositions relatives à la forfaitarisation de la radiologie, ont également lancé une procédure contre l'AR du 21.03.2000 (M.B. 30.03.2000 – en vigueur depuis le 1.5.2000) instaurant, dans le secteur ambulatoire, la forfaitarisation de la biologie clinique à raison de 75%. Soulignons que toutes ces procédures sont toujours en cours, y compris celle relative à l'arrêté initial de la forfaitarisation de la biologie clinique (AR du 24.09.92) qui prévoyait un forfait annuellement dégressif de 300, 200, 100 et finalement 0 FB. Il est évident qu'effectuer les analyses au tarif marginal résiduel de 25% relève de l'impossible. En effet, depuis l'arrêté royal du 24.9.1992, les connexistes n'ont plus droit aux honoraires forfaitaires de biologie clinique, qui remplacent théoriquement la forfaitarisation actuelle à 75%, y compris les 1200 millions de FB d'économies que le ministre VANDENBROUCKE a infligées au secteur de la biologie clinique ambulatoire à partir de l'année 2000.

VI. Oncologie : état de la situation sur le terrain

L'année dernière, nous nous sommes étendus longuement sur la problématique de l' "oncologie médicale et l'oncologie" (cf. notre rapport annuel du 5.2.2000 sous les points IV.4, IV.5 et VI.5.1.).

Bien que l'oncologie ait fait l'objet d'un vaste débat, rien n'a changé, stricto sensu, sur le plan législatif. Aucun des spécialistes ayant introduit une demande d'agrégation en tant que "oncologue médical" ou "oncologue" n'a été agréé. Une réponse standard leur a été envoyée pour les informer que la demande était prématurée. Probablement après avoir eu vent d'un nouveau projet d'arrêté ministériel en vertu duquel le médecin oncologue et tout spécialiste d' "organe" ayant un intérêt particulier et une qualification en oncologie – établis

par le Conseil médical de l'hôpital concerné – peut être coordinateur de l'équipe oncologique multidisciplinaire, le Prof. Dr Simon VAN BELLE (U.Z. de Gand) a lancé une campagne médiatique contre les patients souffrant du cancer et contre leurs médecins traitants dans un article intitulé "4 patients sur 10 atteints du cancer sont mal traités ou pas traités du tout" (Knack, 10 janvier 2001).

Conjointement avec l'ABSyM, le GBS a introduit, en date du 12.1.2001, une plainte auprès du Conseil provincial de Flandre orientale de l'Ordre des médecins contre le Dr S. VAN BELLE de même qu'il a exprimé son mécontentement dans les médias contre le fait que ce "confrère" trouve approprié de flanquer la frousse aux patients pour le simple plaisir d'avoir raison. Selon VAN BELLE et ses quelques dizaines de disciples, il n'est plus permis en Belgique d'entamer un quelconque traitement contre le cancer sans avoir sollicité l'avis et l'approbation d'un oncologue médical. Comme notre président l'a démontré au moyen d'une enquête réalisée par l'Union professionnelle des chirurgiens belges, une grande majorité des hôpitaux travaillent déjà depuis un certain temps avec des équipes multidisciplinaires et, dans des cas spécifiques, il est fait appel à un interniste-oncologue.

Nos entretiens avec les cabinets de la Santé publique (via le conseiller Prof. Dr Marc WAER) et des Affaires sociales (via le conseiller Dr Jan NAGLER) se sont d'ailleurs déroulés dans une atmosphère très constructive tandis que les "anciens programmes de soins à la COLLA" ont entre-temps été remisés.

VII. Soins d'urgences

VII.1. Agréé contre le gré des ministres de tutelle

Les listes des fonctions "soins urgents spécialisés" agréées ont été publiées au Moniteur belge du 28.1.2000 (A.R. du 19.1.2000). Quelque 145 services ont été agréés, en application des normes promulguées par l'ancien ministre Marcel COLLA. Le 16.12.1999, le Conseil national des établissements hospitaliers (CNEH) avait rendu un avis rejetant la programmation des services et recommandant une évaluation des activités, du fonctionnement des services et une enquête sur les besoins.

VII.2. La note politique des ministres M. AELVOET et F. VANDENBROUCKE du 20 juin 2000

L'encre des arrêtés d'agrément avait à peine eu le temps de sécher, dit une note de protestation signée par J. VAN CAMP, Président de la V.V.I., et C. BOONEN, Directeur général, que la moitié des fonctions agréées devait déjà disparaître ! En effet, principalement sous la pression budgétaire exercée par le cabinet des Affaires sociales, la ministre M. AELVOET avait diffusé dès le 20 juin une note politique d'adaptation de la politique relative aux urgences, affirmant que la réforme des urgences n'avait pas "donné le résultat que l'autorité fédérale avait espéré" et que les fonctions spécialisées agréées aujourd'hui ne sont pas en mesure de prendre en charge des "pathologies lourdes". Ces déclarations ont d'emblée été très mal perçues par les représentants tant des gestionnaires des hôpitaux que des médecins. Sur la base de quelles données d'évaluation s'est-on permis d'affirmer une telle chose?

L'intention était clairement budgétaire : ramener le nombre de fonctions de 145 à approximativement 75 à 85. Il est vrai qu'en raison du risque d'hooliganisme lors de l'Euro 2000, il a été proposé de postposer la mesure jusqu'à l'automne.

La note politique prévoyait la restructuration suivante :

– la notion de "première prise en charge" a disparu : on est passé à une fonction de "soins urgents" et à une fonction de "soins urgents spécialisés" où la fonction de soins urgents "ordinaires" a aussi pu être intégrée dans le service "100", sauf dans les cas d'intervention du SMUR. La fonction "spécialisée" serait désormais liée à la fonction du SMUR. Les agrégations seraient en outre octroyées (ou retirées) sur la base d'une sélection progressive en fonction d'un modèle de services (soins intensifs, CT, neurochirurgie, programme de soins cardiaques B...). Les fonctions "spécialisées" devraient alors conclure des accords de collaboration avec les hôpitaux disposant d' "urgences" ordinaires en ce qui concerne la destination de leurs patients et leur politique de "transfert" mutuelle. Ce type d'accords serait stimulé par des mesures politiques (financières) d'encouragement.

Toute une série d'éléments ont immédiatement déclenché de vives critiques : l'approche par la programmation du SMUR, les interconnexions de services et de fonctions, le caractère arbitraire de la définition du contenu de la fonction (inexistante par ailleurs), la mise en péril des accords locaux et régionaux, etc. Le critère aberrant imposant que le protocole radiologique soit disponible dans les 15 minutes était également particulièrement irritant.

– Dans la fonction d'urgences ordinaires, les permanences pourraient être assurées par les médecins spécialistes des 13 disciplines de base classiques. Par contre, dans la fonction spécialisée, seuls les urgentistes, les candidats-urgentistes et les "brevetistes" pourraient intervenir. Nous avons immédiatement fait remarquer que les fonctions spécialisées seraient probablement également présentes dans les hôpitaux ayant une fonction de formation, de sorte que les dispositions des critères généraux, et plus particulièrement celles relatives à la formation des 13 spécialités de base dans le domaine des soins urgents multidisciplinaires, seraient mises en péril.

Le 28.8.2000, nous avons examiné la note politique avec une délégation du Belgian College of Emergency Physicians (BeCEP). On est rapidement arrivé à un consensus pour affirmer que la politique de démantèlement envisagée devait être stoppée. La vision du cabinet de la Santé publique prônant dans le même temps la création de quelque 85 centres de généralistes, avec prise en charge des urgences, a également été rejetée à l'unanimité. Il a aussi été proposé :

– que, dans le cadre du 100, la liberté de choix du patient doit être garantie et que seul le patient se trouvant dans une situation où sa vie est menacée doit être transporté vers l'hôpital ayant un poste de SMUR, pour autant qu'il n'ait pas indiqué une autre destination de son choix (patient conscient). Cette réglementation concernant la liberté de choix serait d'application dans un rayon précis (10 à 12 km à partir du lieu de prise en charge du SMUR). La fonction "soins urgents" (ordinaire) doit évidemment être intégrée au "100".

– en ce qui concerne la destination du "100", y compris le SMUR, et pourvu qu'il y ait liberté de choix, il est tenu compte de la spécialisation de l'hôpital (ex. urgences obstétriques de préférence acheminées vers un hôpital disposant d'une prise en charge maternité, même en l'absence d'urgences spécialisées).

– tous les hôpitaux concernés entreraient en ligne de compte dans les accords de collaboration locaux en ce qui concerne la desserte du SMUR.

Ces positions consensuelles ont ensuite été adoptées par les organes de direction respectifs du GBS et du BeCEP.

Le 14.9.2000, la division "Programmation et Agréation" du CNEH a rendu un avis concernant la note politique "Adaptation de la politique relative aux urgences" dans laquelle elle se déclare opposée à la scission en une fonction "soins urgents" et une fonction "spécialisée" et plaide en faveur d'un financement basé sur une évaluation objective de l'activité.

Il ressort d'un certain nombre de données provenant du ministère de la Santé publique qu'annuellement, 20 % de la population fait appel à un service d'urgences et que le pourcentage des urgences conduisant à une hospitalisation s'élève à \pm 40 % du total des admissions. Le fait que, chaque année, 2.260.000 patients se présentent dans un service d'urgences doit, selon nous, inciter les autorités à faire preuve d'une extrême prudence dans leurs plans de restructuration.

En outre, la CNEH a demandé que le Collège des médecins des soins urgents s'attellent aussi rapidement que possible aux modèles d'enregistrement pour organiser l'évaluation de l'activité. De plus, le Conseil refuse que la programmation des fonctions "spécialisées" soit liée à la programmation du SMUR. Tout comme l'échelonnement normatif. La CNEH suggère également de revoir le financement en fonction des activités spécifiques des services d'urgences, avec une partie fixe pour garantir les normes de permanence et, au besoin, une partie variable selon la charge de travail.

VII.3. La problématique de la formation

Les normes existantes des fonctions soins urgents ainsi que les critères généraux d'agréation des médecins spécialistes doivent être appliqués et exécutés. En septembre 1999, le "groupe de travail ad hoc" du Conseil supérieur était parvenu à un consensus à ce sujet mais, apparemment, il n'y a été donné aucune autre suite, que ce soit au niveau du cabinet de la Santé publique ou de l'administration de l'Art de guérir.

Cette matière a également fait l'objet d'un examen approfondi dans le cadre de la concertation avec les représentants du BeCEP le 28.8.2000. Les médecins formés dans les 13 spécialités de base donnant accès au titre professionnel particulier en soins d'urgences doivent bénéficier d'une formation en soins d'urgence durant la formation théorique obligatoire prévue durant les deux premières années de formation tandis que ces candidats spécialistes doivent avoir la possibilité d'effectuer leur stage également obligatoire aux urgences. Ce stage est placé sous la direction du spécialiste en soins d'urgences, chef de service de la fonction "spécialisée", dont l'évaluation constitue un élément obligatoire de la formation de spécialisation dans les disciplines susvisées.

Les représentants du BeCEP n'ont émis aucune objection contre cette réglementation. Le Dr J. STROOBANTS a également proposé d'adapter la note politique "Adaptation de la politique relative aux urgences" aux mesures transitoires en vertu desquelles les candidats-spécialistes dans ces 13 disciplines sont intégrables aux permanences à condition qu'ils aient bénéficié de plus de deux ans de formation et qu'un médecin-urgentiste est appelable.

A l'initiative du Prof. Dr J. GRUWEZ, une lettre a été adressée au Président du Conseil supérieur par les Présidents des commissions d'agréation et par les professeurs des différentes facultés, des spécialités d'anesthésie-réanimation, de médecine interne et de chirurgie. Aucune suite concrète n'a été donnée jusqu'à présent. Le problème a été mis sur le tapis au cours d'un entretien le 20.12.2000, au cabinet du ministère de la Santé publique, avec le Prof. M. KEIRSE, lequel n'était apparemment pas au courant. La lettre a

à nouveau été transmise et il a été répondu verbalement avec une promesse formelle d'y réserver une suite.

A cette occasion, nous avons également rappelé les conclusions du "groupe de travail ad hoc" du Conseil supérieur qui s'est réuni le 21.10.1999 (cf. point V.3. du rapport annuel du 5.2.2000). Le texte contenant le projet d'arrêté ministériel issu de ce groupe de travail et qui nous a été transmis par le Dr J.P. DERCOQ par fax le 22 octobre, a été remis avec insistance à M. KEIRSE. Quatorze mois plus tard, le chef de cabinet ne savait vraiment pas de quoi il retournait.

Je répète mon titre de l'année dernière, tout en y ajoutant des points d'interrogation et d'exclamation : " Urgences : lentement mais sûrement (?), mais très lentement (!)".

VII.4. Journée des attestations et permanences

A la demande de notre président le Prof. Dr J. GRUWEZ, la ministre Magda AELVOET a répondu le 1.12.2000 que la disposition transitoire prévoyant que les médecins spécialistes dans une des treize disciplines de base donnant accès au titre professionnel particulier en soins d'urgence peuvent assurer la permanence minimale dans la fonction "soins d'urgences", qui cessait en principe d'être applicable le 1^{er} décembre 2000, sera prolongée d'un an au minimum par arrêté ministériel.

Dix-sept jours plus tard, dans une circulaire adressée en date du 18.12.2000 aux gestionnaires des hôpitaux, les ministres VANDENBROUCKE et AELVOET écrivent que la disposition transitoire est prolongée de deux ans, soit jusqu'au 1.12.2002. Nous citons :

"Cette prolongation se fera par le biais :

- d'un arrêté ministériel pris en application de l'article 13, § 4 de l'A.R. du 27 avril 1998 susmentionné;*
- d'un arrêté ministériel pris en application de l'article 18, § 4 de l'A.R. du 10 août 1998 susmentionné;*

Les deux projets d'A.M. ont déjà été transmis au Conseil d'Etat pour avis. L'objectif est que les A.M. entrent en vigueur le 1^{er} décembre 2000.

Ainsi, il sera permis, jusqu'au 1^{er} décembre 2002, que :

- le chef de service tel que défini à l'article 8 (A.R. du 27 avril 1998) et à l'article 5 (A.R. du 10 août 1998, soit un médecin-spécialiste¹;*
- la permanence médicale telle que définie à l'article 9, § 1er (A.R. du 27 avril 1998) et à l'article 6, § 2 (A.R. du 10 août 1998) soit assurée par un médecin spécialiste² ou un médecin spécialiste en formation³.*

En ce qui concerne la réduction de l'effectif de 3 à 2 médecins de permanence sur place pour la combinaison de la fonction "soins urgents spécialisés" et du "SMUR", le chef de cabinet Manu KEIRSE nous a assurés lors de notre visite du 20.12.2000 au cabinet d'AELVOET que le projet d'A.R. d'adaptation se trouvait au Conseil d'Etat pour avis.

¹ Tel que visé à l'article 2, § 1er, de l'arrêté ministériel du 12 novembre 1993 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes, porteurs du titre professionnel particulier en soins d'urgence, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en soins d'urgence

² Idem

³ Idem et pour autant que ce candidat médecin spécialiste ait suivi au moins deux années de formation, que le service où il assure la permanence figure dans son programme de stage et qu'il ait été familiarisé, en service des urgences, avec tous les aspects afférents de la réanimation et du traitement médical urgent.

VII.5. Nouvelle composition des commissions d'agréation en soins d'urgences

Comme je l'avais signalé dans mon rapport de l'année dernière (point IV.7), le Conseil d'Etat a annulé, le 30 juillet 1999, la nomination des membres issus des rangs des associations professionnelles de la commission d'agréation des médecins porteurs du titre professionnel particulier de médecin spécialiste en soins d'urgences.

Le 26.1.2001, l'A.M. du 3.1.2001 portant nomination des nouveaux membres a été publié au Moniteur belge. Les noms co cident avec la liste qui avait été introduite conjointement par le GBS, l'ABSyM, le Cartel et le BeCEP le 14.2.2000.

VII.6. Modification des honoraires forfaitaires des permanences : A.R. du 4.12.2000 (M.B. du 16.1.2001)

Contre l'avis négatif répété du Conseil Technique Médical, le ministre VANDENBROUCKE a publié, en recourant à l'article 35 à 2; 2  et 3  (cf. aussi II.4), un A.R. relatif au financement des honoraires forfaitaires par admission hospitalière.

A cette fin, il transfert 300 millions des 650 millions de FB qu'il dit économiser en cardiologie.

Bien que l'A.R. renvoie de manière explicite à l'A.R. du 27 avril 1998 énumérant entre autres les 13 spécialités pouvant être intégrées dans la fonction soins urgents, la neurologie est une fois de plus oubliée dans le libellé du 590225 :

"Honoraires forfaitaires pour la permanence médicale intra-hospitalière, par admission hospitalière dans un service aigu A, C, D, E, G, K, L, M ou N, d'un hôpital général qui dispose d'une fonction agr ee de soins urgents spécialisés et d'une fonction agr ee de soins intensifs A 40

Au moins un des médecins de permanence intramuros est soit porteur du titre professionnel particulier en soins d'urgence, soit porteur du titre professionnel particulier en soins intensifs, soit spécialiste agrée en médecine interne, en cardiologie, en pneumologie, en gastro-entérologie, en rhumatologie, en pédiatrie, en anesthésiologie, en chirurgie, en neurochirurgie, en orthopédie, en chirurgie plastique, en urologie."

Cela sera rectifié aussi vite que possible.

La condition " Au moins un...urologie" porte uniquement sur le libellé 590225 et non pas sur les codes 590166, 590181 et 590203 qui décrivent respectivement "Honoraires forfaitaires pour la permanence médicale intra-hospitalière, par admission hospitalière dans un service aigu A, C, D, E, G, K, L, M ou N, d'un hôpital général qui dispose d'une fonction agr ee de première prise en charge des urgences", respectivement "pour une fonction agr ee de soins urgents spécialisés" et "une fonction agr ee de soins intensifs".

Les prestations 590166, 590181, 590203 et 590255 ne peuvent être portées en compte qu'une seule fois par admission et ne sont pas cumulables entre elles.

Le ministre a tenu à créer un code particulier pour l'intervention du SMUR, à savoir le code 590472 : "Honoraires pour assistance médicale donnée par un médecin d'une fonction agr ee de soins urgents spécialisés, dans le cadre d'une intervention médicale extra-muros d'un service mobile d'urgence suite à un appel au centre d'appel unifié "100"... A 50

La prestation 590472 ne peut être portée en compte que si le médecin qui exerce la permanence du "service mobile d'urgence" remplit les qualifications visées à l'arrêté royal

du 10 août 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction "service mobile d'urgence" (SMUR) pour être agréée."

A 50 correspond à 1.694 FB. Il est naturellement totalement impossible de garder trois membres du staff 24 h/24 en stand-by pour d'éventuels appels du SMUR pour un tel montant. Avec une moyenne de ± 2 appels par jour dans un hôpital situé en dehors d'une grande agglomération, cela représente un salaire horaire brut de 141 FB.

La proposition formulée par le CTM était beaucoup plus équilibrée et avait le soutien tant des représentants des universités que de ceux des deux syndicats médicaux.

Dieu seul ... ou peut-être "son" chef de cabinet adjoint Jan BEECKMANS, directeur général de l'Hôpital universitaire de la VUB, sait pourquoi le ministre a, ici également, voulu persévérer dans son projet.

Le BeCEP nous a fait part de son mécontentement concernant les modifications apportées à la nomenclature en ce qui concerne le SMUR et il se demande s'il restera un nombre suffisant d'hôpitaux candidats à maintenir un SMUR.

VIII. Le paysage hospitalier

VIII.1. Article 128 bis de la loi sur les hôpitaux : communication des données statistiques et comptables au Conseil médical

A la mi-février, le Secrétariat de la Commission nationale paritaire médecins-hôpitaux (CNPMH) a reçu un projet d'A.R. portant exécution de l'art. 128 bis de la loi sur les hôpitaux, précisant les informations (statistiques et comptables) que le gestionnaire de l'hôpital doit fournir au conseil médical. Celui-ci était conçu comme un geste en direction des médecins, comme cela apparaissait d'ailleurs dès la première phrase d'une lettre d'accompagnement signée collégalement par les ministres de la Santé publique et des Affaires sociales, M. AELVOET et F. VANDENBROUCKE : "Depuis plusieurs années déjà, les médecins hospitaliers souhaitent participer plus étroitement à la gestion de l'hôpital afin d'assurer la continuité médicale et la qualité".

L'objectif réel était pourtant motivé d'une manière quelque peu différente, à savoir ne pas augmenter la charge administrative du gestionnaire et peut-être laisser tomber les données inutiles. En tout cas, il a été souscrit au principe de "non-identification des données individuelles". La transmission des données ne s'opérerait (qu')une fois par an et devrait être suivie d'une information verbale de la part du gestionnaire, par le biais du comité de concertation s'il existe au sein de l'hôpital, dans le cas contraire à l'initiative du conseil médical qui invite le gestionnaire.

Un projet d'A.R. portant exécution de l'art. 137 de la loi sur les hôpitaux a également été joint au paquet, afin de définir des règles comptables uniformes pour le fonctionnement du service de perception centrale des honoraires.

La CNPMH a examiné les projets le 3 mars, le 14 mars, le 28 mars et le 18 avril. Le premier projet d'A.R. comprenait pourtant plusieurs dispositions soulevant des questions techniques, notamment :

– la communication (obligatoire) du pourcentage des honoraires revenant aux hôpitaux pour les différents services, y compris pour l' "ensemble des consultations (total des postes 840 à 899)" où ces honoraires tombent généralement en dehors de la perception centrale. Il a dès lors été demandé de prévoir également une autre forme de communication.

– le conseil médical devait respecter la confidentialité des données et ne devait en aucun cas les diffuser en dehors du conseil médical. D'où la question fondée des médecins concernant la possibilité, pour le conseil médical, de se faire assister par un expert externe, qui aurait naturellement un devoir de discrétion. Dans la situation actuelle, c'est d'ailleurs également un droit de chaque médecin qui peut avancer des motifs pour contester le montant des retenues sur ses honoraires.

Dès le départ, le banc des gestionnaires d'hôpitaux s'est retrouvé considérablement divisé. Certains n'avaient aucune objection à formuler contre le projet d'A.R. D'autres, principalement les représentants de la V.V.I., le jugeaient inacceptable et ont émis des exigences en retour. Ils ont argumenté que ces mesures allaient déclencher une "escalade de demandes et d'exigences" et "paralyser l'actuel échange de données". Ils ont demandé :

– soit une perception centrale obligatoire générale des activités de polyclinique, soit que la transparence soit mise en relation avec le degré d'intégration dans l'hôpital, c'est-à-dire communication des données pourvu qu'il y ait perception centrale des activités de polyclinique.

– la reconnaissance (par le conseil médical) du réviseur de l'hôpital comme un interlocuteur à part entière et fiable et la non-remise en question des données certifiées conformes transmises par le réviseur.

Pour la V.V.I., il ne pouvait pas être question d'un expert externe pour le conseil médical ! Pourtant, il en est fait expressément mention à l'art. 32, § 1, 1° de l'A.R. du 10.8.1987 relatif aux Conseils médicaux.

Finalement, les discussions ont donné lieu à un rapport de la CNPMH reprenant les différentes positions. Le document a été remis en l'état aux ministres. Par contre, un avis favorable unanime a été émis concernant l'A.R. portant exécution de l'art. 137 de la loi sur les hôpitaux.

Entre-temps, un article 60 modifiant l'art. 128 bis a été publié dans la loi-programme portant des dispositions sociales du 2 janvier 2001 (M.B. du 3.1.2001, 2^e édition). L'explication est limpide : "Dans sa version actuelle, l'article 128 bis dispose que le Roi peut, selon les règles déterminées par Lui, fixer les données financières ou statistiques qui doivent être communiquées par le gestionnaire au Conseil médical d'un hôpital. La modification proposée vise à conférer au Roi la compétence de fixer également les conditions." Il faut donc s'attendre à une nouvelle version conditionnée du projet initial ainsi, bien entendu, qu'à de nouvelles discussions au sein de la CNPMH autour de cette problématique sensible.

VIII.2. Les accords sociaux et le montant B6 du budget hospitalier

Les discussions portant sur les nouveaux accords sociaux dans le secteur non marchand dans le courant du mois de février 2000 ont débouché, le 1.3.2000, sur un véritable conclave de négociation au cours duquel les parties en présence se sont rendu compte au cours de la nuit que l'on avait oublié d'associer les médecins aux discussions. En effet, une partie du personnel des établissements de soins est financée à partir des honoraires médicaux. Le gouvernement a alors décidé de financer l'impact des accords sociaux pour ce personnel intégralement à partir du prix de la journée.

Quelques mois plus tard, les ministres AELVOET et VANDENBROUCKE ont pourtant présenté un projet d'A.R. pratiquement identique à celui qui avait été soumis en son temps

(A.R. du 29.9.1992) par le ministre des Affaires sociales de l'époque, à savoir Philippe MOUREAUX, lequel prévoyait un octroi graduel de montants partiels additionnels, au fur et à mesure qu'un certain nombre de conditions étaient remplies en matière de perception centrale d'honoraires, de communication des données financières et d'intégration de l'activité médicale. Le Conseil d'Etat avait à l'époque déclaré cet A.R. nul, ce qui avait eu pour conséquence l'insertion par le gouvernement DEHAENE de l'art. 139 bis dans la loi sur les hôpitaux (A.R. du 16.4.1997 entériné par la loi du 12.12.1997, et ce alors que le premier ministre de l'époque s'était engagé, quelques mois plus tard, à le retirer). L'arrêt concernant le B6 est resté lettre morte mais les montants B6 ont malgré tout continué à être versés, huit années durant, en toute illégalité.

Avec ce nouveau projet concernant le B6, les ministres sont revenus sur la parole donnée puisqu'ils avaient promis inconditionnellement le financement total de l'impact financier des accords sectoriels. Cela a également été la réaction des deux bancs au sein de la CNPMH, lorsque le projet lui a été soumis le 18 septembre 2000. Ce dernier a d'ailleurs été rejeté à l'unanimité. Les gestionnaires des hôpitaux ont jugé que les conditions prévues dans le projet ne pouvaient pas être réalisées et que, de toute façon, elles ne faisaient pas partie de l'accord. Certains ont d'ailleurs trouvé qu'il était aberrant de lier l'octroi total du montant B6 à la condition que les médecins travaillent sous contrat. De plus, nous avons également attiré l'attention sur le fait qu'une adaptation apportée au texte est loin d'être innocente. Il s'agissait en effet des "coûts résultant des avantages complémentaires prévus dans les accords sectoriels, qui sont octroyés au personnel hospitalier dont le financement est, en tout ou en partie, directement à charge des honoraires...". Pour cette description, l'art. 139bis controversé n'était même pas nécessaire car l'objectif était précisément de rendre possible également l'imputation indirecte. Toutes les répercussions des accords sectoriels devraient donc bien, en ce qui concerne la charge de personnel financé indirectement, être supportées par les médecins. Ce qui constituait automatiquement une deuxième rupture de promesse !

Après avoir sollicité l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers (CNEH), le ministre VANDENBROUCKE aurait décidé de régler la nouvelle réglementation B6 inconditionnellement par A.R. Entre-temps, un article 61 a été publié dans la loi-programme portant des dispositions sociales du 2 janvier 2001 (M.B. du 30.1.2001) et il prévoit que les montants B6 octroyés pour la période comprise entre 1992 et 2000 restent acquis pour les hôpitaux. Il n'empêche que cette mesure ne peut être jugée que discriminatoire dans la mesure où les hôpitaux ne remplissant pas toutes les conditions de l'arrêté sur le B6 déclaré nul du ministre MOUREAUX, ont perdu une part importante de leurs droits, sans aucune base juridique. La réglementation relative au B6 pour le futur, pour ce qui est de l'exécution des accords sectoriels de mai 2000, doit encore faire l'objet d'un A.R.

VIII.3. La révocation

Malgré le commentaire particulièrement limpide qu'avait donné J.L. DEHAENE, ministre des Affaires sociales de l'époque, dans une lettre historique du 16 avril 1986 au président du GBS, le Dr G. DES MAREZ, certains tribunaux semblent vouloir déroger du principe de l'avis préalable obligatoire du Conseil médical. Pour la sécurité juridique des médecins il est donc de la plus haute importance que la procédure de l'avis renforcé du Conseil médical en cas de licenciement d'un médecin soit inscrit formellement dans le règlement des rapports juridiques.

Donnant suite à une suggestion de Mr C. DECOSTER, Directeur-général du Ministère de

la Santé publique et ancien collaborateur du cabinet susmentionné, l'actuel ministre des affaires sociales VANDENBROUCKE a adressé une lettre (du 23.10.2000) à la Commission nationale paritaire médecins-hôpitaux, en invitant celle-ci à actualiser sa lettre-circulaire du 8.11.1991 relative à la procédure de mise à terme des rapports juridiques entre le gestionnaire et le médecin hospitalier. La discussion à ce sujet a été reportée à une date ultérieure.

L'"Algemeen Syndikaat der Geneeskundigen van België" (ASGB) qui, depuis quelque temps déjà, plaide pour une révision de la loi sur les hôpitaux, proposait récemment de modifier l'art. 125,7° de manière telle que toute forme de mise à terme des rapports juridiques entre gestionnaire et médecin hospitalier nécessite l'avis renforcé préalable, sauf lorsque les rapports juridiques cessent de plein droit ou par l'accord entre parties.

Là aussi, la candeur des mots vire à l'imposture. Le règlement des rapports juridiques doit obligatoirement se réaliser selon la procédure de l'avis renforcé du conseil médical. Est-il dès lors préférable de laisser la détermination de la surface de négociation interne au hasard d'une initiative du législateur? Compte tenu des dirigeants actuels au niveau Santé publique et Affaires sociales, cela ne peut conduire qu'au démontage des quelques leviers permettant aux médecins d'être associés à la gestion de leur hôpital. Les affinités pro-médicales du monde politique sont-elles si abondantes? Même la parole écrite d'un ex-premier ministre passe comme du vent!

En outre, l'ASGB commet une grave erreur avec son exception (pas d'avis renforcé pour la "cessation de plein droit des rapports juridiques"). Notre pays compte suffisamment de gestionnaires en pleine opération de fusion, qui verraient d'un bon œil la « cessation de plein droit » de tous rapports dans la situation qui les préoccupe. Dans l'actuelle mouvance des restructurations hospitalières, dont on est loin de nous promettre la fin, le corps médical peut se passer d'une telle initiative comme d'une rage de dents. En se rappelant les idées développées à ce sujet par le Vice-Président de l'ASGB, J.P. BAEYENS (cf. VIII.4.), on a vite compris que réclamer ce genre de démarche équivaut à organiser le suicide professionnel collectif des deux tiers des médecins hospitaliers.

VIII.4. Hôpitaux royaux, universitaires et "de proximité"

A l'occasion d'une interview accordée à "Vers l'Avenir" (17.4.2000), la ministre AELVOET a laissé entendre qu'elle souhaitait une hiérarchisation stricte entre les hôpitaux universitaires et régionaux.

Le moment n'était pas idéalement choisi, étant donné qu'Albert II était justement hospitalisé à l'hôpital O.L.Vrouw d'Alost pour une intervention cardiaque.

Il s'en est suivi une vaste polémique dans tous les médias.

"Quel est l'avenir des hôpitaux universitaires en Belgique?" se demandait, désabusé, le Dr Bart VANDAELE, directeur général de l'hôpital universitaire de la K.U.Leuven dans "De Standaard" (20.4.2000).

Son avis est qu'à court terme, ce n'est pas une catastrophe si les hôpitaux universitaires sont supprimés. (Nous traduisons) "Mais, dans 5 à 10 ans, nous nous retrouverons en dernière position de l'Union européenne en matière d'innovation et de développement." La plupart des réactions consistait à dire que les hôpitaux universitaires méritent le soutien de l'Etat pour la recherche et le développement, mais qu'ils n'ont pas droit à des monopoles. Il a également été demandé à plusieurs reprises si les 10,2 millions de Belges ont besoin de 8 hôpitaux universitaires, appartenant à 7 universités.

A l'occasion de l'inauguration d'une nouvelle aile de l'hôpital O.L.Vrouw d'Alost, le 20.9.2000, au cours de laquelle notre Président le Prof. J. GRUWEZ a également prononcé un discours fort intéressant et bien documenté, le ministre VANDENBROUCKE a laissé entendre que les hôpitaux non universitaires peuvent également se tailler un statut universitaire, à la condition que les médecins y soient salariés. Le ministre a également parlé de "DRG-creep" et de "DRG-engineering" avec une "optimisation" du système DRG, tout en annonçant des sanctions et un financement lié à l'activité sur base du système APR-DRG.

Dans une lettre adressée au "Groupe de travail hôpital de base", le vice-président de l'ASGB, le Prof. Dr J.P. BAYENS, a écrit le 28.9.2000 qu'il ne voyait pas à quoi un hôpital de base à seuil bas ("l'hôpital de proximité") peut encore servir. L'époque des (je cite) "koekedoosziekenhuizen" est révolue. Selon lui, ils doivent – en raison de leur coût trop élevé – céder la place à des centres de généralistes bien structurés. Seuls les hôpitaux de taille moyenne et les hôpitaux universitaires de troisième ligne ont encore le droit d'exister. Les petits hôpitaux (nous traduisons) "trompent la population avec des services bidon situés dans des hôpitaux bidon". Pour lui, la solution consiste dans le modèle néerlandais qui compte 50 hôpitaux pour 16,1 millions d'habitants, soit, transposé à la Belgique, 32 hôpitaux pour 10,2 millions de Belges. Il n'est apparemment pas embarrassé par les listes d'attente des patients néerlandais et le phénomène de burn-out qui touche leurs médecins.

Le groupe de travail n'a heureusement pas encore tiré ses conclusions.

IX. La première ligne et les médecins spécialistes

IX.1. La note ministérielle "Etayer et structurer le premier échelon : la composante essentielle de l'organisation des soins de santé"

Vers la fin de l'année 1999 la Ministre M. AELVOET concrétisait ses premières réflexions (ou plutôt celles de son technocrate-collaborateur et médecin, Herman VAN LOON) concernant les "soins de première ligne". Sa note du 6 décembre 1999 relative au "Soutien aux soins de première ligne" fut diffusée début mars 2000. Nous l'avons publiée in extenso dans le numéro d' avril du "Médecin spécialiste" tout en annonçant que nous ne manquerions pas de réserver la suite appropriée à son appel de "lui faire part de notre expérience dans les matières visées et, le cas échéant d'apporter une contribution judicieuse à cette redéfinition du paysage de la santé en Belgique".

Les points de départ de cette politique étaient, selon H. VAN LOON, prévus dans la déclaration gouvernementale qui stipulait:

- la prise en charge du patient doit se faire au niveau le mieux adapté
- les soins de première ligne et la prévention doivent être stimulés
- l'échelonnement des soins doit être initié de manière à ce que le généraliste joue un rôle central dans le système
- le dossier médical doit être développé plus avant.

Rien dans ces quatre points ne permettait de conclure que la médecine spécialisée devait être évacuée des soins de première ligne. Cependant, on ne pouvait nier qu'au moment de la négociation gouvernementale, la place centrale du généraliste avait eu plus de poids que celle du patient. En politique, rien ne se fait sans casser des œufs...

La note « Etayer et structurer le premier échelon » était rédigée dans un jargon pseudo-scientifique dont les thèses, extrêmement dogmatiques, reposaient davantage sur une

idéologie et sur une conviction « sacrée », certes, mais personnelle que sur des faits établis et sur la science. L'intérêt du patient et de la santé publique y étaient plutôt secondaires. Il ne fallait d'ailleurs pas chercher loin pour découvrir que le rôle effectif du médecin généraliste l'était tout autant, pas moins bien sûr que celui du spécialiste extra-hospitalier. Les non-médecins et les pratiques non-conventionnelles étaient au centre du système.

IX.2. Les réactions de la part de la direction du GBS...

Le 31.3.2000 nous adressions notre réponse à la ministre en lui faisant clairement comprendre qu'elle avait été mal conseillée et que les positions dogmatiques de son collaborateur avaient réduit en pièces les droits les plus élémentaires du patient.

Nous résumions comme suit:

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.

IX.3. ... et un choix entre les réactions des membres du GBS

D'autres réactions, acerbes ou aigre-douces allaient suivre. L'une d'entre elles nous a permis de découvrir l'excellente plume de notre confrère, membre de notre Bureau, Dirk VAN RENTERGHEM qui ne pouvait se priver d'une réponse à la « très cordiale invitation à la réflexion » du cabinet de la Santé publique :

D'une manière générale, il me semble donc que les "Caractéristiques fondamentales..." (point 2) sont fondamentales pour l'ensemble des soins de santé et ne peuvent dès lors *pas servir à établir une distinction* entre les différents échelons. Ainsi, tant le dialogue avec le patient que le *dialogue "entre les échelons"* est essentiel aussi bien pour la réalisation d'une définition de tâche/répartition de tâche. Et ce dialogue qui existe déjà par-ci, par-là nécessite certainement aussi d'être "cultivé"...

J'ai vraiment peine à croire que vous souteniez une vision non holistique du contact spécialiste-individu ou que vous souhaitiez fournir des éléments susceptibles d'y contribuer. Je ne peux pas croire davantage que vous soyez disposé à décourager ou à faire disparaître l'empathie dans le contact entre les citoyens (où que ce soit)...

Nous remercions également l'intervention particulièrement critique et très originale du Prof. Dr Gaston VERDONK, Président d'honneur de l'Union professionnelle des médecins belges spécialistes en médecine interne, qui regrettait l'absence de tout raisonnement cartésien : comment concilier médecins alternatives et « Evidence Based Medicine » ? Pour lui les « structures » développées ne laissent aucune place aux caractéristiques fondamentales véritables et réelles que le médecin doit avoir pour approcher ses patients (Ezikei, JAMA, 25, 1995, 273,4) :

1. Etre librement choisi et indépendant
2. Compétence, technique et également dextérité
3. Etre compatissant dans le sens le plus large
4. Etre constamment disponible pour dispenser à tous moments les soins nécessaires
5. Etre communicatif et à l'écoute
6. Etre confident et également exempt de conflits d'intérêts. »

D'une manière presque prophétique par rapport à ce qui allait suivre quelques mois plus tard –le développement détaillé des structures évoquées- il posait la question

fondamentale : « Où allons-nous en poussant vers une médecine intégrée éléphantique et qu'advient-il du patient ? Particulièrement au niveau des typologies d'organisation, je recherche en vain où il est encore question du patient ? Mais il y a bien pire : le patient trouve-t-il encore son généraliste » ?

IX.4. Projet d'A.R. fixant les normes pour l'agrément spécial des services intégrés de soins à domicile

Mais, la ministre n'avait guère l'intention de tenir compte de tous les commentaires négatifs qu'avait suscités sa note conceptuelle. Au contraire, le 2 mai 2000 nous prenions connaissance d'un projet d'arrêté royal fixant les normes pour l'agrément spécial des services intégrés de soins à domicile, les SISD. Les mesures projetées furent accueillies par un rejet généralisé au sein du corps médical. Un communiqué de presse de l'ABSyM du 13 mai 2000, qualifiait les SISD de "Kolkhozes des soins de santé". Les soins sont "intégrés" pourvu que la médecine spécialisée du premier échelon en soit exclue et que l'on mette en place un système qui, jusqu'à présent, était considéré comme une collusion entre professions médicales et non médicales. Les "Kolkhozes-SISD" seraient obligatoirement constituées sous forme d'ASBL par région de soins, dont les contours seraient établis sur base des données récoltées concernant les flux des patients dans une "aire géographique regroupant une ou plusieurs entités". Chaque entité serait composée de

- praticiens individuels (généralistes, infirmiers, dentistes, pharmaciens, paramédicaux et psychologues)
- pratiques de groupe unidisciplinaires
- pratiques de groupe pluridisciplinaires
- structures de soins faisant office de domicile.

Tous praticiens ou ensembles de praticiens, à l'exclusion des médecins spécialistes seraient donc intégrés, par adhésion, un seul choix étant possible, dans un SISD, l'idée sous-jacente étant de convertir les pratiques individuelles de médecins généralistes en "maisons de soins" tout en réduisant de manière draconienne le nombre de "cabinets".

Deux éléments positifs toutefois, par rapport aux concepts initiaux: on ne voyait plus apparaître les pratiques non-conventionnelles en première ligne; la liberté du patient de choisir le prestataire de soins doit être garantie, mais c'est le SISD qui éclaire le patient et le guide tout au long du traitement qui lui convient le mieux. Les "soins intégrés" sont gérés par un médecin librement choisi par le patient, et couvrent au moins (quoi de plus?) l'ensemble des besoins curatifs, diagnostiques, thérapeutiques, palliatifs et de revalidation.

IX.5. La note DETIENNE : "Organisation concrète de la première ligne autour du patient"

Les choses devenaient plus inquiétantes encore lorsque, le 26 avril 2000, le ministre des affaires sociales wallon, Thierry DETIENNE (Ecolo) rendait publique une note politique "Organisation concrète de la première ligne autour du patient", sensiblement inspirée, parfois même littéralement traduite, des notes conceptuelles de H. VAN LOON. Le Journal du Médecin du 26 mai 2000 avait pourtant insisté sur la "manière douce" dont le ministre wallon entendait mettre en application ses projets pour stimuler les actions coordonnées autour des soins et services de première ligne. Une phrase, cependant, concernant les spécialistes ambulatoires, nous avait fortement choquée: "...De fait aujourd'hui ils en font partie (n.d.l.r.: des soins de première ligne) dans la mesure où le patient s'y réfère en premier; la même réflexion vaut pour les services d'urgence 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 avons réagi énergiquement par une longue lettre du 8 juin, publiée dans "Le Médecin Spécialiste" (n°6/2000) et dans laquelle nous démontrions l'absurde principe de "la subsidiarité":

-sur le plan médico-légal tout médecin est inéluctablement contraint d'intégrer l'approche globale du patient dans sa performance professionnelle. On n'a jamais vu un juge disculper un spécialiste pour avoir ignoré l'existence de l' affection de son patient parce ne relevant pas de sa spécialité.

-le médecin-spécialiste est avant tout un médecin ayant en outre bénéficié d'une formation complémentaire de 5 à 6 ans visant à le rendre plus performant dans un domaine précis. Cette formation complémentaire intègre en permanence l'approche globale parce que la médecine est un tout.

-les soins d'urgence sont "pluridisciplinaires" par excellence.

Pour toute clarté, nous avons rappelé un extrait de l'arrêt de la Cour d'arbitrage (recours contre l'art. 12,2° de la loi du 26.7.1996 sur la modernisation de la sécurité sociale):

"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."

IX.6. Entretiens avec le ministre Thierry DETIENNE du 5.10.2000

Pour rectifier le malentendu, Mr DETIENNE nous a aimablement invité à le rencontrer. Lors de cet entretien qui, pour des raisons pratiques, n'a pu avoir lieu que le 5 octobre 2000, notre Président le Prof. Dr J. GRUWEZ, notre ancien Président le Dr J. MERCKEN et notre directeur administratif J. VAN DEN NIEUWENHOF ont souligné que l'échelonnement est une piste de réflexion totalement dépassée et que les pays fonctionnant selon ce système, en vivent en ce moment la pénible démonstration, au détriment de la population.

Le ministre a précisé que son but n'est nullement d'imposer un système coercitif, ni même d'imposer un système. Il souhaite simplement dépister les déficits d'organisation où ils existent et intervenir ponctuellement de manière facilitante : parvenir à la création de cellules locales, de manière à ce que celles-ci développent des solutions aux lacunes organisationnelles. Sa première action consiste à établir un inventaire sur base d'une vaste consultation et d'établir un premier bilan. Voilà qui fut plus rassurant.

Quant à nos craintes à l'égard des initiatives de la ministre AELVOET, légèrement atténuées durant la période précédent les élections d'octobre, elles allaient se dissiper dans le constat de l'impossibilité d'une intervention politique fédérale dans ce domaine, faute de cadre légal, la matière relevant clairement du communautaire. En vérité, à l'heure actuelle les initiatives s'orientent prudemment vers l'organisation plus structurée du système des gardes de médecine générale. Quant à la politique de soutien des soins de première ligne, le ministre VANDENBROUCKE lui a réservé une enveloppe budgétaire plutôt réduite de 75 millions.

IX.7. La patamédecine selon le Prof. VANHERWEGHEM

S'il fallait attribuer un prix au "meilleur article de l'année" relatif à l'évolution de politique de la santé, il faudrait accorder celui de l'an 2000 au Prof. Jean-Louis VANHERWEGHEM, pro-recteur de l'Université libre de Bruxelles pour son article sur la "PATAMEDECINE?" paru dans "Méditations sur l'avenir de la médecine" (N°s 11,12 et 13). (citation)

"Imposture des mots"

"Anti- et Patasciences trouvent leur succès dans leur force de persuasion basée sur l'imposture du vocabulaire et le sophisme du raisonnement. Ainsi, insidieusement, le vocabulaire oppose l'oligarchie de la "Big Science" à la démocratie des cultures traditionnelles. L'allopathie traiterait les symptômes tandis que l'homéopathie traiterait les causes, alors qu'en réalité, la situation est exactement l'inverse. La médecine scientifique est chimique et donc polluante, la patamédecine est naturelle, donc, bienfaisante. La pensée scientifique est linéaire, donc limitée, la pensée alternative est complexe, donc ouverte à l'avenir. La science est occidentale, donc colonialiste et dominante, les pensées orientales sont sages, donc réconciliatrices. La science moderne est orthodoxe, donc conservatrice, les patasciences sont alternatives, donc originales. La science est technologique, donc dure, agressive, inhumaine et polluante, les patasciences sont douces, donc en harmonie avec la nature. La science est réductionniste, donc bornée, la patascience est holistique, donc universelle et sacrée. Enfin la patamédecine est douce quand les maladies sont bénignes, elle est complémentaire quand les maladies sont plus sérieuses, elle est alternative quand les maladies sont incurables. Elle est donc omniprésente...."

Ce passage nous rappelle combien l'imposture des mots fut poussée jusqu'au paroxysme dans les notes politiques établies par Herman VAN LOON pour le cabinet de la ministre AELVOET. L'ironie veut que l'auteur en question n'hésitait pas à situer la patamédecine dans les soins de première ligne, dans toute leur douceur, leur complémentarité et leur caractère alternatif.

X. Survol de quelques unions professionnelles

X.1. Anesthésie

Malgré toute l'attention qu'accordait la presse au traitement de la douleur, notamment à la suite du débat relatif à l'euthanasie et aux soins palliatifs, le ministre VANDENBROUCKE ne considérait pas les propositions approuvées par le Conseil Technique médical concernant le traitement de la douleur comme suffisamment prioritaire pour y consacrer des moyens supplémentaires.

Il en était de même pour la consultation préopératoire, alors que la note introduite auprès du C.T.M., fondée sur une étude de la littérature internationale en démontre clairement l'effet réducteur de dépenses.

Il semble toutefois que le ministre n'ait pas abandonné définitivement l'idée de centres de la douleur ou d'algologie.

X.2. Cardiologie

Après la publication au Moniteur belge du 16.1.2001 de l' "arrêté d'économie" du ministre VANDENBROUCKE du 8.12.2000, le Comité directeur du GBS a immédiatement informé

l'ensemble des spécialités concernées des conséquences possibles de cet A.R. pour leur pratique médicale.

Les cardiologues, qui sont les principaux touchés, ont exposé leurs problèmes dans le cadre de leur congrès des 1^{er} et 2 février 2001, également par le canal des médias. Une menace de déconventionnement, qui créerait une insécurité tarifaire pour le patient, porte apparemment ses fruits puisque, hier soir 2.2.2001, nous avons été informés par téléphone que le ministre a décidé de s'asseoir autour d'une table avec l'Association professionnelle des cardiologues belges. Les répercussions budgétaires de cette intervention autoritaire sont présentées au point II.4.

X.3. Dermatologie

Il faut d'urgence trouver une solution pour la demande d'adaptation de la liste des prestations de dermatologie donnant droit au maxiforfait selon l'art. 4 de la convention entre hôpitaux et mutuelles, à savoir le remplacement des codes 531716/20, 531812/23, 531915/26 et 532210/21 par les nouveaux codes similaires 532674/85, 532696/700, 532210/21, 532593/604 et 532711/22, en vigueur depuis le 1.7.99 (A.R. du 29.04.1999).

Le 24.10.2000 le Conseil Technique Médical a approuvé ce remplacement dans le cadre de l'art 4. de la convention hospitalo-mutualiste.

On peut donc espérer que le problème de la facturation d'un forfait par le gestionnaire hospitalier en hôpital de jour puisse trouver une solution prochainement.

Par le transfert des prestations chirurgicales de l'art 14 vers l'art. 21 de la nomenclature, celles-ci ne sont plus remboursées dans le cadre du statut social des indépendants. Suite à l'intervention du Dr J. MERCKEN auprès du ministre des Classes Moyennes, J. GABRIELS, un projet d'arrêté a été élaboré et approuvé le 8.11.1999 par le Comité de l'Assurance de l'INAMI (Note CSS 99/342 dd. 14.10.1999), visant à rétablir l'intervention de l'assurance pour les indépendants et les membres des communautés religieuses, par une modification de l'art 1, 2^e al., 5^e et 6^e de l'A.R. du 29.12.1997.

Ce problème n'étant toujours pas réglé, nous avons adressé, le 22.01.2001, une nouvelle lettre aux ministres VANDENBROUCKE, Affaires sociales, et GABRIELS, Classes moyennes. Nous soulèverons également une nouvelle fois la question au Comité de l'Assurance.

La lettre recommandée non motivée de démission reçue au nom de l'Union professionnelle des Dermatologues, le 2.1.2001, et signée par les Docteurs Jacques DEBOIS, Président, Béatrice DE DONDER, Vice-présidente francophone, Johan SNAUWAERT, Vice-président néerlandophone, Daniel CANDAELE, Secrétaire, Yvette DOFFINY, Trésorier et Jean-Marie OCTAVE, Conseiller, est invalide.

L'association des dermatologues reste donc statutairement membre.

X.4. Gastro-entérologie

Le 11 mai 2000, nous avons appris par les médias que ± 50.000 patients ayant subi une intervention endoscopique durant la période allant du 10 février au 10 mai 2000 avaient couru un risque de contamination. Il est apparu que les endoscopes traités avec du "Cidex", un produit de la société Johnson & Johnson, n'ont pas été stérilisés à la suite d'une erreur de production d'un lot déterminé de "Cidex". Le "Conseil supérieur d'hygiène"

a établi un modèle mathématique et a calculé qu'un maximum de 11 patients auraient été infectés par l'hépatite B, un maximum de 2 patients par l'hépatite C et aucun par le SIDA. Les chiffres définitifs ne seront probablement pas connus avant longtemps.

Il va sans dire que cette affaire a suscité un grand émoi dans les médias. Après le scandale de la dioxine et alors que la problématique de la maladie de la vache folle prend de l'ampleur, le public s'est à nouveau senti agressé dans le domaine de la protection de la santé publique.

Entre-temps, un groupe de travail institué auprès du Conseil technique médical de l'INAMI a élaboré son rapport sur la décontamination et la stérilisation du matériel endoscopique. Vu les caractéristiques spécifiques de leur spécialisation, il s'agissait d'un document important pour les gastro-entérologues. Le prix de cette décontamination pour l'ensemble des spécialités a été estimé à 500 millions de FB. Après plusieurs réajustements dans la nomenclature de gastro-entérologie, ce document a été intégré dans un paquet commun qui a été approuvé par le CTM en séance plénière.

Le ministre VANDENBROUCKE a également jugé que ce dossier n'était pas suffisamment prioritaire, de sorte qu'il a refusé de débloquent des moyens supplémentaires. Comme vous avez pu le constater dans le tableau 2 (point II.1), le matériel endoscopique figurait comme facteur exogène prioritaire sur la liste remise conjointement par les deux syndicats médicaux le 6.6.2000.

Etant donné qu'il s'agit d'un problème de santé publique et que le ministre VANDENBROUCKE n'y est pour personne (bien qu'il ait malgré tout reçu une délégation de l'union professionnelle par l'entremise de son collaborateur de cabinet, le Dr Dirk RAMAEKERS, interniste, qui s'est montré très compréhensif et à l'écoute), nous suggérons à l'union professionnelle d'insister pour obtenir une intervention financière de la Santé publique. Au cas où la ministre AELVOET refuserait également de débloquent des fonds, la seule alternative possible consisterait à faire payer la facture de ces coûts nécessaires par le patient.

X.5. Gynécologie et Radiologie

Faisant front avec les généralistes de l'ABSyM, les gynécologues et les radiologues ont réussi à conserver le « screening » mammaire à deux pistes : d'une part par le canal du médecin traitant, et d'autre part sur base d'un appel des autorités adressé au groupe cible des femmes de plus de 50 ans.

Il semble que, là aussi, le ministre VANDENBROUCKE aura recours à l'article 35, §2, 2° et 3° de la loi S.S.I. c.à.d. qu'il écrira lui-même la nomenclature en prévoyant les honoraires qu'il (= collaborateur de son cabinet) estimera suffisants. Dans une lettre dd. 22.01.2001, soumise au CTM le 30.1.2001, il a proposé comme honoraires pour la seconde lecture d'une mammographie de screening, un montant de 200 FB, frais d'administration compris.

Le CTM accueille favorablement le scission du numéro de code de nomenclature en un code pour la mammographie (honoraires= 1.993 FB) et un code pour la seconde lecture, tout en insistant sur le fait que les honoraires proposés sont ridiculement bas.

X.6. Médecine interne

Une délégation des néphrologues a été intégrée au Comité Directeur du GBS sur le banc de l'Union professionnelle des internistes. Il s'agit des collègues Jan DONCK (néerlandophone) et Bernard GEORGES (francophone).

Le 30.3.2000, une réunion de travail entre les néphrologues d'une part et le GBS et l'ABSyM d'autre part, fut consacrée au complexe problème des honoraires du néphrologue dans le cadre de la dialyse hors services hospitaliers. Des propositions concrètes seront élaborées davantage par un groupe de travail prévu au point N de l'accord médico-mutualiste, devant fixer les honoraires de coordination du médecin spécialiste dans l'application de traitements de substitution de la fonction rénale sous la responsabilité d'un centre pour autodialyse collective, dialyse péritonéale ambulatoire et dialyse à domicile.

X.7. Médecine physique et réadaptation

La liste des priorités introduite auprès de l'INAMI, le 06.06.2000, au nom du corps médical (cf. Point II.1) comportait un budget de 65 millions pour les physiothérapeutes. Cela devait permettre de rétablir l'équivalence des honoraires K15 (2 techniques) pour les physiothérapeutes par rapport au M 24 des kinésithérapeutes. En effet, ceux-ci bénéficiaient d'un tarif supérieur de 7,2% pour la même prestation.

Il n'a pas plu au ministre VANDENBROUCKE de réserver un sort favorable à cette priorité. Bien au contraire. Par son A.R. du 08.12.2000 (M.B. 16.01.2001) (cf. point II.4.) il ampute de 34,5 millions le déjà très modeste budget de la médecine physique. En outre, il supprime pour les spécialistes l'électrothérapie, tout en la maintenant pour les kinésithérapeutes.

Les possibilités d'un recours contre cet arrêté issu d'une application de l'article 35,§2 de la loi S.S.I. sont actuellement à l'étude.

X.8. Pédiatrie

Le 18.9.2000, nous avons reçu de la part du Dr Michel PLETINCX, Président de l'Académie belge de Pédiatrie, la prise de position des pédiatres concernant les soins de première ligne pour enfants, document que les pédiatres avaient établi en juillet. A la lecture de certains articles parus dans le Journal du Médecin et dans l'Artsenkrant (n° 1290 – 22.9.2000), les généralistes s'y opposent résolument. Le Dr Michel MEGANCK, Président de la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) déclare : « La première ligne, ce sont les généralistes et exclusivement les généralistes ». A quoi son équivalent flamand, le Dr Jos DE SMEDT de la « Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen (WVVH) ajoute: "...Mais le généraliste gère le dossier médical global. Cela implique que le pédiatre doit transmettre toutes les informations nécessaires dont le généraliste a besoin pour p.ex. suivre le patient dans des situations aiguës. Car généralement, c'est le médecin de famille qui assure la continuité des soins. »

Le message des pédiatres a été accueilli favorablement par le Comité Directeur du GBS du 19.10.2000.

Par une modification du schéma des vaccinations, les médecins flamands se sont trouvés, début 2001, privés de vaccin contre la polio. Selon une directive des Autorités flamandes

le vaccin anti-polio oral doit être remplacé dès le 1.1.2001. par une forme injectable. Le vaccin combinant polio, diphtérie, tétanos et pertussis était totalement introuvable, début 2001. Cette fois, généralistes et pédiatres étaient sensiblement du même avis : de tels manquements dus à une approche chaotique administrative inadmissible sont incompatibles avec une politique de santé sérieuse.

X.9. Psychiatrie

A l'ordre du jour de la réunion du Conseil Supérieur des médecins spécialistes et médecins généralistes du 21.9.2000 figurait, parmi d'autres, le projet relatif au titre professionnel particulier de psychiatre ayant la compétence particulière en psychiatrie infantile et juvénile.

L'Association belge des neurologues et psychiatres n'était pas parvenue à adopter une position unique interne.

Même au sein de l'Association professionnelle des Pédopsychiatres francophones (APPF) il n'y pas d'unanimité quant à la reconnaissance ou non de cette nouvelle spécialisation.

Le Professeur UCL HAYEZ et son collègue UCL le Dr CHARLIER étaient les promoteurs de ce nouveau titre. L'Université de Liège par contre était violemment opposée.

Au sein de la commission monospécialisée de psychiatrie de l'ABSyM on maintient le point de vue que la psychiatrie reste une et indivisible.

Le 22.5.2000, la commission d'agrégation de psychiatrie francophone avait rendu un avis négatif concernant le projet relatif à la psychiatrie infantile et juvénile.

Après un avis unanime négatif, le 21.9.2000, au sein du Conseil supérieur, le Dr J.P. DERCOQ modifia l'ordre du jour de la seconde réunion du Conseil (qui devait se tenir le 12.10.2000 pour s'occuper uniquement, comme convenu, de la médecine générale), en insérant une discussion sur un nouveau texte relatif à la psychiatrie.

Le Conseil Supérieur donnait un nouvel avis négatif, si bien que le Dr DERCOQ, pour débloquer l'impasse, organisa, le 26.10.2000, une réunion « de conciliation » entre les représentants du cabinet AELVOET, des membres du Conseil Supérieur, des « experts » et des pédopsychiatres.

Il est incontestable que la Belgique souffre d'un manque de psychiatres d'enfance, et que de surcroît certains néerlandophones préfèrent aller exercer aux Pays-bas.

Le Conseil supérieur estime cependant – et je suis du même avis – que la création d'un nouveau titre professionnel ne permet pas de résoudre ce problème, bien au contraire.

A suivre.

X.10. Stomatologie

Lors de la même séance du Conseil supérieur du 21.9.2000 fut également débattu le projet d'arrêté ministériel fixant les critères particuliers pour l'agrément des praticiens de l'art dentaire, porteurs du titre professionnel particulier de dentiste-spécialiste en parodontologie.

Il semble toutefois que le Conseil Supérieur des médecins spécialistes et médecins généralistes n'a pas la compétence pour rendre un avis en cette matière, le Conseil Supérieur de l'Art dentaire décidant de manière autonome. Le Dr DERCQ avait donc soumis ce projet à titre "service d'ami" et de précaution. En effet, comme l'avait d'ailleurs fait remarquer, à juste titre, le Dr C. POLITIS, lors de la réunion du Comité Directeur du 7.9.2000, le projet dépassait largement les compétences des licenciés en sciences dentaires, en leur permettant d'accéder à des diagnostics médicaux importants et d'instaurer des traitements chirurgicaux.

A l'initiative du Dr DERCQ, Président du Conseil Supérieur, une réunion de concertation a été organisée entre les deux conseils. Notamment grâce aux efforts déployés par les Drs C. POLITIS et B. KOVACS, un accord a pu être trouvé, le 18.1.2001, concernant une version adaptée qui s'efforce de respecter la discipline et la compétence tant des dentistes que des stomatologues.

XI. La carte SIS

L'article 37, 1^{er} alinéa de l'AR du 22 février 1998 stipule que les assurés sociaux sont tenus de présenter leur carte SIS à tous les dispensateurs de soins. Le 2^e alinéa du même arrêté prévoit que les dispensateurs suivants sont obligés de faire usage de la carte SIS pour tous les soins dispensés dans le cadre du tiers-payant:

- les hôpitaux
- les pharmaciens
- les dispensateurs autres que pharmaciens exerçant en milieu hospitalier.

Les autres dispensateurs peuvent faire usage de la carte SIS pour soins dispensés à leurs patients.

Actuellement, la réglementation permettant aux médecins d'avoir accès aux données protégées de la carte SIS, n'existe pas encore. Plusieurs démarches à ce sujet ont été faites dans le courant de l'année 2000. Le 29 septembre, un groupe de travail du Comité de l'Assurance est parvenu à un consensus visant à étendre l'accès à tous les dispensateurs, sur une base volontaire.

Une récente modification légale (loi portant dispositions sociale du 12 août 2000) étend le principe de l'usage de la carte SIS à tous les dispensateurs, sans exception. Un projet d'arrêté permettant l'accès aux données cryptées est en cours d'élaboration. Il doit, ensuite, parcourir la procédure d'approbation des différents organes de l'INAMI. Ce n'est que par la suite que les mesures concrètes pourront être prises pour la diffusion des cartes "SAM" (cartes professionnelles donnant accès aux éléments protégés, en lecture conjointe avec la carte SIS). Tout cela devra se faire par étapes successives. Un long chemin reste à parcourir et la date initialement avancée pour le démarrage, le 1^{er} avril 2001, ne sera certainement pas maintenue.

Il faut d'abord diffuser des cartes "test", fournir les informations et instructions relatives à la carte SAM qui, elles aussi, devront être approuvées par le Comité de l'Assurance. Le délai de livraison des cartes SAM est évalué à quatre mois; celles-ci doivent être personnalisées, ensuite adressées aux demandeurs, suivies de l'envoi d'un code PIN, et toutes ces données doivent être enregistrées au niveau de l'INAMI...

XII. Politique en matière de médicaments et de l'usage du cannabis

Le GBS n'a été que faiblement associé au débat relatif à la nouvelle politique en matière de médicaments, si ce n'est que par l'exposé du Dr Jacques DEBOIS à l'occasion de la séance d'audition à ce sujet organisée par la Commission des Affaires sociales de la Chambre (14.3.2000).

Peut-être est-ce à tort que les autorités estiment que les spécialistes sont moins concernés, ±80% des médicaments étant prescrits par les médecins généralistes.

Lors de la réunion de consensus concernant les antidépresseurs organisée par l'INAMI, le 14.03.2000, une véhémente controverse se développa entre généralistes et spécialistes.

L'exposé du Dr Jan HEYRMAN, prof. de Médecine générale de la K.U.L. et du Dr Marc DEMEYERE, concernant la vision à long terme du généraliste quant aux dépressions, ne fut guère apprécié par les psychiatres présents. Le Prof. Dr. MENDELWICZ, membre du panel, quitta la salle, outré et refusant de voir son nom mentionné dans le rapport de la réunion de consensus.

Le Dr BUNTINX, président du G.B.M.E.H. et psychiatre, en réagissant dans l'Artsenkrant (n° 1253; 21.03.2000) aux thèses développées par HEYRMAN (Artsenkrant n° 1252; 17.03.2000), n'hésitait pas à conclure que les conceptions scientifiques relatives à la psychiatrie qu'avaient étalées les académiciens généralistes étaient obsolètes depuis dix ans au moins.

Indépendamment du débat parlementaire au sujet de la légalisation mitigée des drogues « douces », avec ses défenseurs (parmi lesquels le Prof. Brice DERUYVER, conseiller juridique du Premier, la ministre AELVOET, la plupart des députés socialistes, les journalistes "progressistes" comme Yves DESMEDT...) et ses adversaires (dont le recteur honoraire de la KUL Roger DILLEMANS, le Bourgmestre SP de Louvain Louis TOBBACK, l'urgentiste de l'UZA et mandataire CVP Dr Luc BEAUCOURT, et la plupart des parlementaires CVP ou PSC...), la ministre de la Santé publique lançait un projet d'A.R. autorisant l'usage médical du cannabis pour certaines affections.

Le 22.03.2000, le journal "Het Laatste Nieuws" publiait déjà une liste de résultats positifs possibles en cas de (citation) "glaucome, épilepsie, migraine, purite, douleurs chroniques et cancer ». Le cabinet de la Santé publique annonçait que la drogue douce ne peut être utilisée que pour le traitement de maladies pour lesquelles on "dispose déjà d'un certain nombre de données" dans la littérature.

Le 15 septembre 2000, l'ex-président de la VU-ID Patrik VAN KRUNKELSVEN a organisé un colloque sur l'utilisation médicale du cannabis. Patrik VAN KRUNKELSVEN, sénateur, bourgmestre de Laakdal, co-président de la Commission de la réforme de l'Etat, administrateur de l'INRA, professeur à la K.U.Leuven et généraliste avec un doctorat en médecine, entend également briser ce tabou – après celui de la mort volontaire et de l'euthanasie. A quiconque était intéressé, il a envoyé, des mois durant, une lettre standard contenant des indications (selon nous pseudo-)médicales sur le cannabis et ses limites. Il y a joint les coordonnées des endroits aux Pays-Bas où il est possible de se procurer du cannabis, sans manquer d'ajouter que "comme Rotterdam (à ± 90 km d'Anvers) est trop éloignée, vous pouvez également vous rendre dans un coffee shop; dans chaque ville néerlandaise, vous en trouvez plusieurs; par exemple à Vlissingen, Terneuzen, Bergen op Zoom, Breda, Tilburg, Maastricht, etc." On y trouve même une indication de prix "1

gramme coûte approximativement 150 FB. J'espère que ces informations vous auront été utiles. En cas de problème, vous pouvez toujours prendre contact avec mon secrétariat durant l'après-midi au 013/66.65.60. Veuillez agréer.... Patrik VAN KRUNKELSVEN." Voilà sans aucun doute des informations utiles de la part d'un sénateur qui est censé respecter la législation en vigueur.

Si le Dr VAN KRUNKELSVEN avait pu trouver le temps, à côté de ce service bien intentionné, de consulter l'ouvrage de référence néerlandais fort intéressant de la KNMP (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie), à savoir le "Informatorium Medicamentorum", ce fervent défenseur de l'Evidence Based Medicine et opposant de l'acharnement thérapeutique aurait pu constater de manière objective que les études réalisées (en double aveugle) n'ont rien prouvé et que les effets secondaires du cannabis dépassent généralement largement le résultat thérapeutique escompté.

Dans l'intervalle, le ministre VANDENBROUCKE négocie en premier lieu avec l'industrie pharmaceutique concernant l'exécution de l'accord qui a été trouvé dans le domaine des médicaments. Les généralistes et les médecins spécialistes ne suivront-ils que dans un deuxième temps?

Nous en saurons certainement plus l'année prochaine.

XIII. CONCLUSION

2000 a – une fois encore – été une année surchargée de travail. Or les cabinets des Affaires sociales et de la Santé publique commencent à peine à trouver vraiment leur rythme de croisière. En 1999, le Moniteur belge a compté 50.560 pages et, en 2000, "seulement" 43.557. Conformément aux lois de la politique, ce chiffre devrait à nouveau fortement augmenter en 2001.

Que ce soit pour saisir, préparer, critiquer et au besoin attaquer tout ce jargon de la rue de la Loi, une collaboration semble essentielle. Mon appel à davantage de cohérence et de coopération n'est pas nouveau au terme de mon onzième rapport annuel du GBS, mais il se fait de plus en plus pressant au fil des ans. Avec le tandem DE GALAN-COLLA, il était encore possible d'avancer, même si, de temps en autre, on se heurtait au narcissisme de Marcel COLLA. Avec la combinaison rouge-verte VANDENBROUCKE-AELVOET, nous pouvons juste espérer que les confrontations entre Frank VANDENBROUCKE et sa suprématie hyperrationnelle, académique et surtout obstinée, d'une part, et Magda AELVOET et sa manière d'agir verte, tantôt irréfléchie, tantôt pointilleuse, mais toujours très convaincue, d'autre part, laisseront suffisamment d'espace aux professionnels du terrain, c'est-à-dire à nous les médecins, pour nous permettre d'entreprendre ce qu'il faut pour optimiser et conserver un système fonctionnant correctement sans creuser un cimetière social parmi nos confrères.

Je vous remercie de votre attention.

Dr M. MOENS,
Secrétaire général