

**Rapport annuel 2004 du G.B.S.
Dr Marc MOENS, Secrétaire général
05.02.2005**

LE CIRQUE DEMOTTE

avec comme distribution :

Elio en dompteur de lions
Guy en trapéziste travaillant sans filet
Steve en clown céleste
sans oublier une ribambelle de nains

SOMMAIRE

I.	Quelques chiffres et quelques considérations organisationnelles en guise de préambule	1
II.	La scène politique	3
1.	A nouveau une année électorale	3
2.	Rudy DEMOTTE: to be or not to be?	6
3.	Péripéties communautaires	7
4.	Le moulin à papier électronique	10
III.	L'accord médico-mutualiste 2004-2005 du 15.12.2003.....	11
1.	Accord accepté en dépit des protestations des généralistes du SVH.....	11
2.	De 2004 à 2005	13
3.	Gymnastique budgétaire	14
4.	Fixation de l'objectif budgétaire 2005	20
5.	Accréditation.....	22
IV.	Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) de l'INAMI	25
1.	Le SECM comme organe juridictionnel administratif.....	25
2.	La "Modernisation" du SECM.....	26
V.	La nomenclature des prestations de santé.....	28
VI.	Procédures juridiques.....	29
1.	Procédures juridiques introduites ou financées par le GBS.....	29
1.	Décret de la Communauté flamande du 3 mars 2004 relatif aux soins de santé primaires et à la coopération entre les prestataires de soins.....	29
2.	Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 19 mai 2004 fixant la liste des masters complémentaires du secteur de la santé	29
3.	Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 19 mai 2004 fixant la composition et l'organisation du jury délivrant les attestations d'accès aux titres professionnels particuliers des sciences médicales et dentaires.....	30
4.	Loi du 22 juin 2004 modifiant l'article 140 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994	30

2. Arrêts	31
1. Suppression des psychothérapies pour les médecins-spécialistes en neuropsychiatrie	31
2. Action en annulation de la nomination de deux opticiens au Comité de l'Assurance de l'INAMI	32
3. Arrêt de la Cour de première instance de Bruxelles dans l'affaire de l'Union Professionnelle des dermatologues belges contre le GBS	32
4. Conseil d'Etat – arrêt n° 136.962 du 3 novembre 2004	32
VII. Pédiatrie et gynécologie-obstétrique	33
VIII. Médicaments	36
1. Perturbations entre toutes les parties	36
2. Fruit importé non pas de Turquie mais de Nouvelle-Zélande	38
3. L'incident gastro-intestinal	39
4. Remplacement à la Commission de Remboursement des Médicaments	40
IX. A vol d'oiseau	41
X. CONCLUSION	42
POST-SCRIPTUM : Lettre d'opinion du 26.01.2005 destinée à la presse générale	44

I. QUELQUES CHIFFRES ET QUELQUES CONSIDERATIONS ORGANISATIONNELLES EN GUISE DE PREAMBULE

Tout comme durant l'exercice précédent, le Comité exécutif s'est réuni à 42 reprises le lundi midi depuis la dernière Assemblée générale statutaire (07.02.2004). Ceci correspond à pratiquement toutes les semaines si on tient compte des jours de fête et des vacances. Le Comité directeur s'est réuni 7 fois le jeudi en soirée.

Le 01.05.2004, notre président, le Dr Jean-Luc DEMEERE, a organisé une réunion extraordinaire, durant toute une journée, du comité exécutif dans un site paisible à Meise. Le projet de "mission statement" en 10 points, préparé par un groupe d'experts et rédigé par notre président avec le soutien des membres du comité exécutif et de la direction administrative, a été analysé et retravaillé en profondeur. Le rôle et l'importance du GBS ont été examinés de plus près. Les problèmes possibles en matière de communication avec les associations professionnelles autres que le GBS, les échanges internes de données au départ du GBS central vers les unions affiliées, les échanges de données au départ des unions affiliées vers le GBS et vers les autres unions professionnelles affiliées ont été largement évoqués. Le "mission statement" a été approuvé par le Comité directeur du 06.05.2004 et, à la suite des discussions au cours de cette journée de remue-méninges, le comité directeur a donné son accord pour procéder à certaines réalisations concrètes.

Afin d'optimiser le flux d'informations, il a été procédé au lancement d'une publication électronique, le "e-spécialiste". Le premier numéro du 02.06.2004 disponible sur <http://www.gbs-vbs.org/e-specialiste/index.asp> a été suivi à ce jour de 15 autres numéros. Au cours de l'année écoulée, nous avons également sorti 10 numéros classiques sur papier de notre bulletin "Le Médecin Spécialiste". Et à l'occasion du 50^e anniversaire du GBS, nous avons édité deux numéros spéciaux en août 2004 et nous avons remis aux participants du symposium, en supplément du recueil des textes des orateurs, deux fac-similés des deux premiers numéros véritablement imprimés de notre bulletin portant les références 1^{ère} année : N°3, juillet 1955 et N° 4, octobre 1955. Les numéros 1 et 2 étaient tout simplement des A4 stencillés. Un demi-siècle plus tard, le contenu de ces écrits est toujours d'actualité. Apparemment, les difficultés à collaborer et à échanger des informations pour parvenir à un consensus et l'opposition d'une profession libre et indépendante à une autorité étatisante encline aux chicaneries s'observent de tout temps.

Enfin, en janvier 2005, nous avons consacré un numéro spécial du "Médecin Spécialiste" à l'accréditation lancée il y a quelque 10 ans, afin de vous remettre en mémoire la réglementation applicable en la matière.

Un deuxième point concret a trait à la concertation avec l'ABSyM. Un accord a été signé en 1999 concernant la collaboration au niveau du Conseil supérieur et des commissions d'agrément du Service Public Fédéral de la Santé publique. Pour la nomenclature, l'accord existant prévoit un échange optimal des informations relatives à l'évolution des discussions au sein du Conseil technique médical de l'INAMI vers les groupes de travail mixtes des commissions monospécialisées de l'ABSyM et les unions professionnelles correspondantes du GBS.

Les pédiatres et les ophtalmologues ont créé la possibilité d'une cotisation commune. D'autres unions professionnelles envisagent de franchir ce pas. Il subsiste encore un certain nombre de problèmes pratiques en raison de la particularité de la structure des deux associations de base, l'ABSyM, d'une part, comptant cinq chambres (ou sections) syndicales et le GBS, d'autre part, regroupant 23 unions professionnelles et 4 unions professionnelles associées. Une concertation entre les deux associations a eu lieu les 30 juin et 29 septembre 2004. Des accords portant sur la répartition des tâches sur un plan technico-administratif sont certainement envisageables et des réalisations concrètes à plus petite échelle en fonction des situations spécifiques qui se présentent ont eu lieu à plusieurs occasions. Une éventuelle collaboration structurée nécessite toutefois une étude et une concertation approfondies. Un ancrage plus étroit des deux associations pourrait faciliter considérablement les affaires du soussigné, qui occupe le poste de secrétaire général du GBS depuis 1990 et est président de l'ABSyM depuis mars 2004, et ce pour un second mandat de 3 ans.

Le 29 mai 2004, le signal de départ a été donné pour la création d'une "association d'assistants", le GBCS-VBKS ou en toutes lettres le Groupement Belge des Candidats-Spécialistes – Verbond van Belgische Kandidaat-Specialisten, au sein du GBS-VBS, à l'initiative du Dr Freddy Vandenbussche, interniste en formation, avec plusieurs assistants des différentes Universités belges. Une telle initiative avait déjà été lancée il y a quelque 25 ans par Jos Van den Nieuwenhof et il s'en était dégagé un certain nombre de figures qui occupent aujourd'hui des postes au premier plan tant au sein du GBS que de l'ABSyM. Le comité directeur entend apporter un soutien total à cette jeune association dans la mesure où il semble être extrêmement difficile d'adjoindre ou de substituer progressivement des consœurs et des confrères plus jeunes à ceux ayant atteint ou dépassé la cinquantaine.

Comme si cela ne suffisait pas encore, le GBS a organisé – sous l'impulsion de son président le Dr Jean-Luc DEMEERE et de son ancien président le Prof. Dr Jacques GRUWEZ et avec l'engagement enthousiaste de l'ensemble de l'équipe administrative du GBS – un symposium au "De Montil" à Affligem le 25.09.2004. Une pléiade d'orateurs intéressants y ont tenu un exposé devant une assistance nombreuse à l'occasion du 50^e anniversaire du GBS. Il ne nous a pas fallu longtemps pour trouver le titre du symposium : "Les spécialistes sur toute la ligne". Ces termes ont été tirés du dernier alinéa de mon rapport annuel 2003¹ où ils avaient été utilisés pour définir l'objet de l'engagement de notre président alors démissionnaire Jacques GRUWEZ pendant des décennies. Dans le futur, le comité directeur s'efforcera d'organiser tous les ans un symposium susceptible d'éveiller l'intérêt de toutes les unions professionnelles. Le symposium a bénéficié d'une large couverture dans la presse médicale.

Par ailleurs, le GBS apporte depuis des années son soutien matériel et intellectuel aux unions professionnelles organisant un symposium dans leur domaine particulier.

¹ "2003: l'année de la grande illusion. Ceci n'est pas un gouvernement". M. Moens. Le Médecin Spécialiste. N° spécial, mars 2004.

II. LA SCENE POLITIQUE

II.1. A nouveau une année électorale

Les cinq gouvernements belges s'apparentent à des auberges espagnoles. Il n'y a pas de ligne conductrice dans tout ce qui s'y trame et la valse des remaniements donne à penser que chacun y entre et en sort comme bon lui semble. Cinquante-huit (58) dames et messieurs s'efforcent d'y concrétiser leurs idées et d'y régler leurs petites affaires. Dans le gouvernement fédéral : 15 ministres et 6 secrétaires d'Etat; dans le gouvernement de la Région flamande : 10 ministres; dans le gouvernement de la Communauté française de Belgique : 6 ministres; dans le gouvernement de la Région wallonne : 9 ministres; dans le gouvernement de la Région Bruxelles-Capitale : 8 ministres et dans le gouvernement de la Communauté germanophone : 4 ministres. Pour peu qu'ils aient le même goût que Marie ARENA, ministre-présidente du gouvernement de la Communauté française (PS), il en coûtera quelque 17,4 millions d'euros avant qu'ils puissent tous disposer d'une douche et d'un bureau.²

Si la Chine qui compte pas moins de 1,2 milliard d'habitants avait une densité ministérielle aussi élevée qu'en Belgique avec ses 10,3 millions de compatriotes, nos princes et délégations commerciales devraient nouer des contacts et serrer la main de quelque 6.760 ministres.

Les élections du 13 juin 2004 pour les parlements européen et régionaux débouchent sur des gouvernements asymétriques. A peine de retour de vacances, VERHOFSTADT annonce un départ en trombe du gouvernement violet avec une présentation anticipée du State of the Union³. C'est un faux départ et, jusqu'à aujourd'hui, c'est le train-train. En Wallonie et à Bruxelles, les libéraux francophones (Mouvement Réformateur) sont mis sur la touche de sorte que le PS d'Elio DI RUPO peut aisément contrôler les petits partenaires de la coalition, à savoir ECOLO et le CDH. Le résultat est une situation jamais vue auparavant où le vice-premier ministre fédéral et ministre des Finances Didier REYNDERS est également le président du principal parti d'opposition en Belgique francophone. En Flandre, Groen! n'est plus partie prenante et une tripartite (SP-A, CD&V et VLD) est constituée à cinq. En effet, le wagonnet de Spirit est rattaché au SP-A tandis que le CD&V repêche, au terme d'un petit jeu sans fin, si!, non! et finalement si! le N-VA. Des présidents, des députés et des portefeuilles à ne pas savoir qu'en faire : la démocratie parlementaire financée avec l'argent du contribuable peut avoir un coût. Celui-ci suscite beaucoup moins de questions que les dépenses en matière de soins de santé ou les prétendus honoraires excessifs des spécialistes. Une enquête réalisée par Le Journal du Médecin – Artsenkrant⁴ au début du mois de mai 2004 a montré que le médecin flamand commençait à ne plus avoir confiance dans le VLD. Les intentions de vote en faveur des libéraux, par rapport aux résultats des élections fédérales du 18.05.2003, sont passées de 45,6 à 26,3 % chez les généralistes et de 55,3 à 31,3 % chez les spécialistes. Le ministre-président flamand de l'époque, qui est

² Début décembre 2004, il a filtré dans la presse francophone que Marie ARENA a dépensé 300.000 euros pour l'aménagement de son cabinet. Cf. notamment: "Zoveelste minischandaal roept herinneringen op aan 'vieux PS'." De Morgen. 11.12.2004.

³ "Verhofstadt vervroegt politiek startschot". De Standaard 27.08.2004.

⁴ "Artsen ruilen liberalen in voor CD&V/N-VA" Artsenkrant. N° 1593. 11.05.2004.

entre-temps devenu président du VLD, Bart SOMERS, n'a obtenu la confiance que de 31 % des généralistes et de 30 % des spécialistes. Avec un tel score, il tient compagnie au président du SP-A, Steve Stevaert, auquel seuls 26 % des spécialistes et 32 % des généralistes accorderaient leur confiance. En Flandre, seul Filip De Winter du Vlaams Blok – rebaptisé Vlaams Belang depuis le 14 novembre 2004 – inspire encore moins confiance : 14 % chez les généralistes et 11 % chez les spécialistes.

L'organisation des bassins de soins qui se caractérise par une "organisationite" verte très poussée et par l'exclusion des spécialistes extra-hospitaliers et qui fait l'objet du "Décret du 3 mars 2004 relatif aux soins de santé primaires et à la coopération entre les prestataires de soins"⁵, a considérablement envenimé les choses. Parmi les généralistes car il n'est pas tenu compte des cercles de généralistes qui se sont développés au fil du temps et qui fonctionnent correctement. Parmi les spécialistes car les spécialistes extra-hospitaliers sont chassés du domaine d'application de la première ligne de manière explicite⁶. Le décret relatif aux soins de santé primaires a été signé par Bart SOMERS et Adelheid BYTTEBIER, le ministre Groen! qui a pu pendant un temps assumer les compétences de Mieke VOGELS dans le domaine de la Santé, du Bien-être et de l'Égalité des chances en Flandre lorsque celle-ci a été contrainte de quitter la scène politique après la punition électorale essuyée par son parti de l'époque, à savoir AGALEV, en 2003. Si le commun des mortels se souviendra de BYTTEBIER, ce sera par ses petits couvre-chefs sympathiques et sa sempiternelle réponse qu'elle n'avait rien à dire concernant la question qui lui était posée. Dans le cadre de l'évaluation du précédent gouvernement flamand que les journalistes du "De Standaard" ont à l'occasion qualifié de ribambelle de nains, elle est arrivée tout en fin de classement avec un score de 32 sur 100⁷.

Tout comme l'ABSyM, le GBS est très remonté contre ce Décret qui a vu le jour sans que le secteur concerné n'ait voix au chapitre⁸. Le 08.06.2004, en pleine campagne électorale, une délégation du GBS et de l'ABSyM a eu une entrevue avec des collaborateurs du cabinet de Bart SOMERS. Immédiatement après le 13.06.2004, le GBS a tenté à plusieurs reprises de rencontrer l'informateur Yves Leterme, qui avait été jusqu'alors président du parti de l'opposition CD&V, pour lui exposer le point de vue des spécialistes. En vain. Pratiquement tout le monde a été reçu, que ce soient les partis, les hôpitaux (le VVI le 19.06.2004), le front commun syndical (21.06.2004), les militant(e)s verts et roses, ... mais pas les médecins-spécialistes ou leurs unions professionnelles, ni le GBS ni le VAS (Vlaams artsensyndicaat).

Le 21.06.2004, nous avons fait part à l'informateur de nos réflexions concernant la situation du spécialiste flamand et la surorganisation tatillonne des soins de santé primaires flamands. Par souci de clarté, nous nous sommes déclarés contre la dictature de la première ligne et nous avons renvoyé à une étude réalisée par les MC

⁵ Moniteur belge du 20.04.2004, Ed. 3, pp. 23180 et ss.

⁶ L'article 2, 19° du Décret du 03.03.2004 définit en effet le dispensateur de soins comme : " *un pharmacien, médecin, diététicien, kinésithérapeute, logopédiste, dentiste, infirmier, sage-femme ou praticien d'une autre discipline fixée par le Gouvernement flamand, hormis le médecin-spécialiste, y compris les entités juridiques ou de fait qui les regroupent dans une structure mono- ou multidisciplinaire*".

⁷ "Het rapport van de Vlaamse regering. Geslaagd, maar niet met glans". De Standaard. 29.05.2004.

⁸ "Titre olympique en soufflage de bulles de savon pour Adelheid BYTTEBIER et titre olympique en tournage en rond pour le premier ministre flamand Bart SOMERS!". Communiqué de presse du 22.04.2004. Le Médecin Spécialiste n° 5; juin 2004.

qui a laissé apparaître que 84 % de leurs membres tiennent à pouvoir consulter un spécialiste directement ainsi qu'à une étude des Mutualités libres montrant que l'échelonnement n'entraîne aucune réduction des dépenses de santé. Nous avons insisté une nouvelle fois pour être associés à la politique⁹.

Après de multiples tentatives, nous avons finalement obtenu une rencontre, le 17.12.2004, avec Sonja BECQ, chef de cabinet adjointe de Yves LETERME, qui est devenu entre-temps le ministre-président de la Communauté flamande, ainsi qu'avec Karine MOYKENS, chef de cabinet adjointe de la nouvelle ministre flamande du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille, Inge VERVOTTE (CD&V). Au cours de cet entretien très constructif, nous avons fait savoir aux deux collaboratrices de cabinet que le GBS et l'ABSyM avaient introduit ensemble un recours en annulation contre ce Décret (cf. point VI.1.1.). On nous a répondu que le nouveau Gouvernement flamand n'était en fait pas non plus très satisfait du texte et qu'il réalisait un tour de table en vue d'apporter d'éventuelles modifications.

L'annonce faite à la fin du mois d'août, à l'occasion de la reprise de l'année politique, par Bart SOMERS¹⁰, qui était alors président par intérim du VLD, que : "*Het nu het moment (is) voor structurele ingrepen in de ziekteverzekering. We hebben enkele jaren geen verkiezingen*" (nous traduisons : "*C'est maintenant le moment de procéder à des interventions structurelles dans l'assurance maladie. Il n'y a pas d'élections pendant plusieurs années*") était, d'une part, naïvement optimiste car des dossiers comme ceux de DHL et de Bruxelles-Hal-Vilvorde ont, depuis, déjà conduit le gouvernement au bord de crises graves mais, d'autre part, a donné aux médecins le sentiment que le VLD suivrait les socialistes servilement pour enterrer définitivement les ultimes restes de la profession libre de médecin. Dès lors, les médecins ne sont pas étonnés d'apprendre qu'il ressort du sondage d'opinion politique réalisé à la mi-décembre 2004 que le VLD n'occupait plus désormais que la quatrième place en Flandre, après le Vlaams Belang, le CD&V et le SP-A.

En Belgique francophone, les médecins ont encore accordé toute leur confiance aux libéraux¹¹. Pour ce qui est de la confiance placée en certains responsables politiques, c'est Louis Michel qui a obtenu le meilleur score : 55,7 % auprès des généralistes et 57,9 % auprès des spécialistes. Frank Vandebroucke a eu la moins bonne note : 19,5 % auprès des généralistes et 18,8 % auprès des spécialistes, ce qui constituait un contraste frappant avec la confiance dont il aurait bénéficié à cet instant en Flandre : 65 % auprès des généralistes voire 80 % auprès des spécialistes.

Dans l'intervalle, Frank Vandebroucke a rejoint le Parlement flamand. Quant à Louis MICHEL, il a été nommé commissaire européen au Développement et à l'Aide humanitaire et il a fort à faire avec l'aide urgente et le lancement de la phase de reconstruction dans les zones dévastées par le tsunami.

Pour le monde médical, les élections régionales du 13.06.2004 ont également apporté une surprise agréable¹². Les ministres ECOLO de la Santé Nicole

⁹ "VBS tegen de dictatuur van de eerste lijn". Artsenkrant. N° 1606. 02.07.2004.

¹⁰ Het Volk. 25.08.2004.

¹¹ "Les médecins francophones encore très libéraux". Le Journal du Médecin. N° 1593. 11.05.2004.

¹² "Deux mères dynamiques et volontaires s'occuperont de la Santé en Région wallonne et en Communauté française». Journal du Médecin. N° 1607. 23.07.2004.

MARECHAL (Communauté française) et Thierry DETIENNE (Région wallonne) ont été remplacés respectivement par Catherine DOYEN-FONCK (CDH) et Christiane VIENNE (PS). Catherine DOYEN-FONCK, interniste-néphrologue diplômée de l'UCL, a immédiatement reçu le surnom de "madame 3M": maman, médecin, ministre. Des journalistes la décrivent comme quelqu'un soutenant résolument le modèle de soins de santé belge¹³. L'Union professionnelle belge des médecins spécialistes en biopathologie médicale a obtenu, en partie grâce à l'intervention de celle-ci par l'introduction d'une série d'amendements préparés conjointement avec le GBS, au début du mois de mai, en pleine campagne électorale, que le projet de loi modifiant l'A.R. 143 régissant l'exploitation des laboratoires de biologie clinique, soit renvoyé à la commission parlementaire de la Santé publique. Dans ce cadre, les biologistes ont également bénéficié de l'aide experte d'une autre responsable politique médecin, à savoir le Dr Yolande AVONTROODT (VLD).

II.2. Rudy DEMOTTE: to be or not to be?

A l'issue des élections fédérales du 18 mai 2003, Frank VANDENBROUCKE a été, à la demande de Elio DI RUPO, muté du ministère des Affaires sociales vers celui de l'Emploi et des Pensions par son président de parti Steve STEVAERT. Il avait entre autres pour mission de faire en sorte que le slogan de VERHOFSTADT se vérifie : des emplois, des emplois et des emplois ! Il allait y avoir 200.000 nouveaux jobs.

Le Parti Socialiste crée un supercabinet des Affaires sociales avec la Santé publique pour Rudy DEMOTTE, un des protégés de Elio DI RUPO. Après avoir conduit pendant des mois des Dialogues au sein de quatorze groupes de travail¹⁴ et pressé par l'opposition, et notamment par Jo VANDEURZEN (qui sera élu président du CD&V le 29.10.2004), DEMOTTE remet, le 26.05.2004, une liste avec ses 120 priorités au Parlement. Un exemple type de comment noyer le poisson de main de maître. Cela n'intéresse pas grand monde¹⁵. Son arrêté royal portant une interdiction sur la détention de certaines espèces dans des cirques¹⁶, l'arrêt du Conseil d'Etat du 03.08.2004 qui a suspendu cet A.R. et l'accord avec les directeurs de cirque que DEMOTTE a conclu par la suite, ont nettement plus attiré l'attention que sa note définissant les priorités en matière de soins de santé.

Ce n'est que quand Marie ARENA (PS) s'est installée, à la fin du mois de juillet 2004, au poste de ministre-président du gouvernement de la Communauté française, lequel avait longtemps semblé prédestiné pour Rudy DEMOTTE, que c'est devenu du sérieux pour le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique.

¹³ "Une militante du modèle de santé belge ministre de la Communauté française". Le Généraliste. N° 699. 28.07.2004.

¹⁴ "Et pour les spécialistes ... un dialogue de sourds ?". 2003: l'année de la grande illusion. Rapport annuel 2003 du GBS, point II.4. M. Moens.

¹⁵ "Gezondheidsdialoog.: veel geblaat, weinig wol." Artsenkrant. N° 1596. 25.05.2004.

¹⁶ Arrêté royal du 20 juillet 2004 portant une interdiction sur la détention de certaines espèces dans des cirques et expositions itinérantes. M.B. du 26.07.2004.

II.3. Péripéties communautaires

Lorsqu'il occupait le poste de ministre fédéral de l'Emploi et des Pensions, Frank VANDENBROUCKE (SP-A) s'est régulièrement heurté au Parti Socialiste. Dans son allocution "Hoe het succes van de vergrijzing maatschappelijk verzilveren?"¹⁷ (nous traduisons : "Comment faire un succès social du vieillissement?"), il pousse tout bonnement son successeur DEMOTTE à l'action. Son idée que, à partir de 2008, une norme de croissance de 3 % doit suffire au lieu de la norme actuelle de 4,5 %, suscite une forte incompréhension au PS. VANDENBROUCKE est d'avis qu'il y a trop de spécialistes et de services spécialisés et déblatère contre les spécialistes "*die zich met hand en tand verzetten tegen prikkels die de patiënt aanmoedigen om bij voorkeur in de eerste instantie beroep te doen op de huisarts. Ze trekken zich niets aan van de bewijzen dat een filtering van de toegang leidt tot betere gezondheidszorg en beroepen zich op de absolute vrijheid van keuze.*"¹⁸ (nous traduisons : "*qui se défendent bec et ongles contre les incitants encourageant le patient à faire de préférence d'abord appel au généraliste. Ils n'ont cure des preuves attestant qu'un filtrage de l'accès contribue à l'amélioration des soins de santé et invoquent une liberté absolue en matière de choix.*") La litanie bien connue qui amène le GBS (et l'ABSyM) à se demander pourquoi VANDENBROUCKE a, à l'époque, conclu un contrat avec l'Angleterre pour que des patients soient opérés en Belgique et pourquoi des Néerlandais descendent de plus en plus nombreux en Flandre pour y bénéficier de soins médicaux.

Ses idées en matière de chèques-service et de contrôle des chômeurs n'ont pas plu davantage au PS. Au lieu de se porter candidat pour le Parlement européen, comme il comptait soi-disant le faire en 1999, il devient, en Flandre, avec le ministre-président Yves Leterme (CD&V), le ministre avec le nom le plus long : ministre vice-président et ministre de l'Enseignement et de la Formation. En proposant la régionalisation de l'indemnité de chômage, il s'est mis à dos non seulement les francophones mais également toute la veille garde du SP et les syndicats. Les journaux francophones parlent d'un homme aigri à l'ego frustré. La bombe n'éclate véritablement qu'avec sa note charnière bis du 18.10.2004. Il y buse le gouvernement violet, plaide ouvertement en faveur de l'intégration du CD&V dans le gouvernement fédéral et rend Rudy DEMOTTE publiquement responsable de la faillite de la politique sociale¹⁹. Les libéraux rient dans leur barbe, ceux qui restent des joyeux teletubbies du SP-A de la dernière campagne électorale restent muets et le GSM du président du SP-A Steve STEVAERT, qui est en visite chez son ami personnel Fidel CASTRO, ne fonctionne pas à Cuba.

Silence glacial en Flandre, indignation considérable en Belgique francophone²⁰. Malgré le fait que VANDENBROUCKE, abandonné par son parti, tente, le soir même de la publication de son "J'accuse", d'arrondir les angles saillants²¹, cette fois, le toujours aimable DEMOTTE règle son compte très durement à son prédécesseur dans les médias. Au cabinet des Affaires sociales et de la Santé publique où

¹⁷ "Zevende lentecyclus: vergrijzing" de l'Académie Royale Flamande de Belgique des Sciences et des Arts. Bruxelles. 12.05.2004

¹⁸ <http://www.kvab.be/downloads/Toespraak%20F.%20Vandenbroucke.pdf>

¹⁹ "Frank Vandenbroucke blaast zichzelf en de wereld op". Artsenkrant n° 1625. 22.10.2004.

²⁰ "Le Frank-tireur". La Libre Belgique. 20.10.2004

²¹ "Vandenbroucke fait marche arrière". Le Soir. 20.10.2004.

travaillent non seulement des fidèles de VANDENBROUCKE qui ont été repris, mais également des nouveaux venus qui ont été attirés par DEMOTTE, il règne une ambiance duale et hybride.

Trois jours plus tard, DI RUPO déclare sans détours : *"Had ik gewild, dan was de regering gevallen."*²² (nous traduisons : *"Si je l'avais voulu, le gouvernement serait tombé."*) La vice-premier ministre et ministre de la Justice Laurette ONKELINX n'y va pas non plus par quatre chemins. Selon elle, l'élaboration du budget et la déclaration gouvernementale du "State of the Union" ont été retardées à cause du congrès du parti du PS car *"het was nu niet het moment om even (proeft de woorden) 'snel en efficiënt' te werk te gaan."*²³ (nous traduisons : *"Ce n'était maintenant pas le moment de travailler (elle apprécie les mots) 'vite et efficacement' "*). Le 21.09.2004, la voiture du premier ministre VERHOFSTADT avait raté un virage et fait un tonneau dans la région gantoise. Heureusement, le premier ministre et son chauffeur s'en sont sortis sans aucune blessure grave. Les grondements et coups de tonnerre politiques ainsi que la crise qui a vu le jour autour des vols de nuit de DHL ont perdu en intensité à la suite du "crash du premier ministre".

Vers la fin de l'année, le premier ministre VERHOFSTADT est responsable d'une double primeur. Il est le premier premier ministre à adresser aux citoyens du pays un message à l'occasion des fêtes de Noël et de Nouvel An, s'adjugeant ainsi un privilège tacitement réservé au Roi et au Cardinal. Dans sa "lettre contre l'idéologie de la confrontation" du 20.12.2004²⁴, il veut que nous quittions tous les tranchées, comme en 1914, à Noël, sur le front de l'Yser. Il conclut son "homélie de Noël" par ces mots : *"... Qu'ils se rendent compte que la seule véritable base de la cohérence d'une société saine ne s'acquiert pas par le biais d'une amère confrontation mais par un dialogue constructif."* Après quoi le conseil du cabinet décide, le 23.12.2004, d'introduire la loi des pouvoirs spéciaux, à partir du 01.04.2005, en ce qui concerne le contrôle du budget des soins de santé. A n'en pas douter pour faciliter le dialogue.

Le projet relatif à cette toute nouvelle loi-santé a été concocté dans le plus grand secret. Un "vent favorable" a déposé délicatement le projet dans la boîte d'e-mails du soussigné le 20.12.2004. Seuls un petit groupe de parlementaires et un nombre très limité de ministres en connaissaient l'existence. Des transmissions par internet ciblées ont remédié à cette situation et les réactions ne se sont pas fait attendre. Le 22.12.2004, le GBS et l'ABSyM ont adressé une lettre de vive protestation au premier ministre VERHOFSTADT ainsi qu'à l'ensemble des ministres fédéraux. Les pouvoirs spéciaux ont été maintenus. Toutefois, grâce aux interventions du MR et du VLD, le passage prévoyant que, si le ministre des Affaires sociales opère des coupes sombres dans les honoraires, les médecins conventionnés restent malgré tout liés par l'accord médico-mutualiste, a disparu.

Un des articles du projet de loi a directement une origine communautaire. Après qu'un collaborateur d'une mutuelle eut fait savoir, à la mi-octobre 2004, sur TV1 (télévision flamande) que les dépenses pour les examens préopératoires étaient significativement plus élevées à Bruxelles et en Wallonie qu'en Flandre, cela a été le

²² "Elio Di Rupo over de spanningen binnen paars". De Standaard. Trottoir. 23.10.2004.

²³ Interview avec Laurette Onkelinx. "Ik ben niet bang voor krachtmetingen". De Morgen. Zeno. 16.10.2004.

²⁴ "Verhofstadt vliegt weer. Premier schrijft brief tegen 'ideologie van de confrontatie' ". De Standaard. 21.12.2004

commencement de la fin. La presse indique que des hôpitaux wallons et bruxellois arrivent en tête en matière de surconsommation d'examens préopératoires. Des chiffres établis par l'Agence intermutualiste (AIM) pour 14 interventions standard pour l'ensemble des hôpitaux belges devaient en attester. Les résultats – révélés par une fuite – d'un document non validé d'un groupe de travail du Conseil National de la Promotion de la Qualité de l'INAMI constituaient d'ores et déjà de l'huile communautaire sur le feu de la politique. La conséquence politique est que le ministre DEMOTTE compte mettre à profit sa loi de pouvoirs spéciaux pour introduire des prix standard pour toute la série de prestations chirurgicales qui sont actuellement énumérées dans la loi S.S.I. et qui sont soumises au principe des montants de référence instaurés par Frank VANDENBROUCKE²⁵. Dans la mesure où ces montants peuvent difficilement avoir des effets avant la fin 2006 et où ils ont de plus un effet rétroactif via des retenues ou des remboursements, DEMOTTE entend adopter une attitude proactive et mettre sur pied un forfait²⁶.

L'annonce de mesures d'économies en septembre, aggravée plus encore par les mauvaises perspectives budgétaires de l'INAMI en novembre 2004 en combinaison avec les chiffres relatifs aux dépenses préopératoires, a eu pour effet que les hôpitaux flamands du VVI (Verbond der Verzorgingsinstellingen) et du VOV (Verbond van Openbare Verzorgingsinstellingen) réclament la scission de la sécurité sociale au cours d'une conférence de presse à l'occasion d'une réunion des Etats généraux convoquée le 22.11.2004²⁷. En ce, ils sont soutenus par le ministre-président flamand, Yves LETERME, et par la ministre flamande de la Santé publique Inge VERVOTTE. Comme d'habitude, la presse francophone réagit en marquant son refus^{28,29} à l'instar du ministre DEMOTTE qui est horrifié par tout ce qui évoque la scission de la sécurité sociale. Probablement sous la pression de son aile francophone, l'"Association des établissements publics de soins" (AEPS), le VOV retire son appel à la scission quelques jours plus tard³⁰. Une surprise de taille compte tenu de l'unanimité initiale. Dans un communiqué de presse du 26.11.2004, le comité directeur déclare : *"Dat hij gekant is tegen de splitsing van de gezondheidszorgsector en eist dat alle inspanningen worden geleverd om de leefbaarheid van het systeem te waarborgen."* (nous traduisons : *"Qu'il est opposé à la scission du secteur des soins de santé et qu'il demande que tous les efforts soient fournis pour garantir la viabilité du système."*) Avec la signature conjointe des Chambres néerlandophone et francophone.³¹

Le 09.12.2004, "Le Généraliste" publie une enquête qui laisse apparaître que 70,4 % des généralistes flamands sont pour la scission des soins de santé alors que 81,8 % des généralistes francophones sont contre³².

²⁵ Article 56 ter de la loi S.S.I.

²⁶ "Demotte veut une loi-santé spéciale pour l'année décrétee "année du coq" en Chine". Le Médecin Spécialiste. N° 1. Janvier 2005.

²⁷ "Staten-Generaal VVI-VOV NLK". Note CSS de l'INAMI n° 2004/304 du 26 novembre 2004.

²⁸ "Grenade flamande sur la santé". Le Soir. 24.11.2004.

²⁹ "Les hôpitaux francophones répliquent. Les établissements de soins francophones en ont marre des critiques de la Flandre". La Libre Belgique. 25.11.2004.

³⁰ "Les hôpitaux publics flamands font marche arrière". La Libre Belgique. 27.11.2004.

³¹ "Openbare ziekenhuizen blazen koud en warm over splitsing gezondheidszorg". De Standaard. 29.11.2004.

³² "Scindera, scindera pas?". Le Généraliste. N° 716. 09.12.2004.

II.4. Le moulin à papier électronique

La pseudo-activité politique des cinq gouvernements totalisant 58 ministres sans parler d'un nombre indéfini de collaborateurs de cabinet a produit, en 2004, une quantité gigantesque de pages électroniques du Moniteur belge. Pour être exact : 87.430. Soit 24.624 de plus qu'en 2003, l'année qui détenait le record. Depuis que l'électronique a remplacé la bonne vieille édition imprimée sur papier journal, la règle qui voulait que le volume du Moniteur belge augmentait trois années durant avec ensuite, après une année électorale, un recul du nombre de pages publiées pendant un an, n'est apparemment plus d'application. Peut-être faut-il chercher l'explication dans la multitude des élections qui se suivent de façon très rapprochée. On n'observe plus de diminution du volume mais bien des accélérations ou des ralentissements de la croissance au niveau de la publication.

Le chiffre incroyable de 53.300 pages a été atteint à la mi-2004³³. Le cap historique des 100.000 pages de lecture officielle quotidienne gratuite s'annonçait à l'horizon. Toutefois, à partir de la fin du mois de septembre, l'ardeur à publier s'est quelque peu calmée. Le compteur indiquait 69.862. Durant les campagnes électorales, il y avait clairement d'autres priorités que d'écrire des arrêtés royaux et ministériels. L'année s'est finalement clôturée avec "seulement" 87.430 pages. Une augmentation de 39,2 % par rapport à 2003 et un volume qui a été plus que multiplié par quatre au cours des 15 dernières années (cf. tableau 1).

Nombre de pages du Moniteur belge

Année	Nombre de pages	Croissance annuelle en %	Augmentation cumulative 1989 = 100
1989	21.634		100,0
1990	24.732	+ 14,3	114,3
1991	30.176	+ 8,8	139,5
1992	28.212	- 6,5	130,4
1993	29.614	+ 5,0	136,9
1994	32.922	+ 11,2	152,2
1995	37.458	+ 13,8	173,1
1996	32.701	- 12,7	151,2
1997	35.508	+ 8,6	164,1
1998	42.444	+ 19,5	196,2
1999	50.560	+ 19,1	233,7
2000	43.557	- 13,9	201,3
2001	45.768	+ 5,1	211,6
2002	59.169	+ 29,3	273,5
2003	62.806	+ 6,1	290,3
2004	87.430	+ 39,2	404,1

Tableau 1

³³ Moniteur belge. 30.06.2004. Edition 2

III. L'ACCORD MEDICO-MUTUALISTE 2004-2005 DU 15.12.2003

III.1. Accord accepté en dépit des protestations des généralistes du SVH

L'accord médico-mutualiste qui a été conclu péniblement dans la nuit du 15 au 16 décembre 2003 pour les années 2004 et 2005 a été publié au Moniteur belge du 21.01.2004. Compte tenu que les médecins disposent de 30 jours pour se déconventionner, il ne nous a pas été possible de faire savoir le jour de notre précédente assemblée générale statutaire si l'accord avait été accepté ou rejeté. Nous savions que seul le SVH (Syndicaat van Vlaamse Huisartsen) – disposant d'un seul siège dans la médico-mut – avait refusé d'adhérer.

La Commission nationale médico-mutualiste, qui s'est réunie en séance plénière à 7 reprises en 2004 et qui a tenu toute une série de réunions de groupe travail, a constaté le 1^{er} mars 2004 que l'accord avait été accepté et le nombre total de refus était légèrement inférieur à celui de 2002 (cf. tableau 2).

COMPARAISON REFUS DE LA CONVENTION 2002-2003

Généralistes	19.12.2002			15.12.2003		
	Total	Refus	Refus %	Total	Refus	Refus %
Flandre	9.405	680	7,23	9.454	1.172	12,40
Bruxelles	2.398	622	25,94	2.377	558	23,47
Wallonie	6.110	1.502	24,58	6.169	1.133	18,37
Belgique	17.913	2.804	15,65	18.000	2.663	15,91

Spécialistes	19.12.2002			15.12.2003		
	Total	Refus	Refus %	Total	Refus	Refus %
Flandre	11.627	2.238	19,25	11.997	2.180	18,17
Bruxelles	3.731	861	23,08	3.829	821	21,44
Wallonie	7.395	1.340	18,12	7.520	1.245	16,56
Belgique	22.753	4.439	19,51	23.346	4.246	18,19

Tous les médecins	19.12.2002			15.12.2003		
	Total	Refus	Refus %	Total	Refus	Refus %
Flandre	21.032	2.918	13,87	21.451	3.352	15,63
Bruxelles	6.129	1.483	24,20	6.206	1.379	22,22
Wallonie	13.505	2.842	21,04	13.689	2.378	17,37
Belgique	40.666	7.243	17,81	41.346	7.109	17,19

Source : INAMI – situation au 27.02.2004

Tableau 2

Le pourcentage des refus n'a augmenté que parmi les généralistes flamands, toutefois pas suffisamment pour qu'il y ait un risque de voir l'accord être rejeté. Un seul petit arrondissement, à savoir Dixmude, n'est pas conventionné. Parmi les 87 médecins qui y résident, 37 ont refusé d'adhérer à l'accord, soit 42,5 % : 31 généralistes sur 66 (47 %) et 6 spécialistes sur 21 (28,6 %).

Le tableau 3 donne, pour chaque province, le pourcentage de refus depuis l'accord du 18.12.1990. Le seul chiffre qui se démarque véritablement des autres est la conséquence de l'action contre le "Document Moureaux" du 18.12.1992, où 51,5 % de l'ensemble du corps médical avaient rejeté les propositions d'honoraires du

ministre des Affaires sociales de l'époque (63,73 % des spécialistes et 37,80 % des généralistes).

Si le pourcentage des déconventionnements était le reflet de l'insatisfaction à l'égard du système, celle-ci serait alors croissante parmi les généralistes flamands tandis qu'elle serait plus ou moins stable dans les autres groupes.

% des refus des accords médico-mutualistes depuis 1990

	2003	2002	2000	1998	1997	1995	1993	1992	1990
GENERALISTES + SPECIALISTES									
Anvers	17,11	14,98	11,62	12,54	12,57	13,00	15,07	44,35	10,38
Brabant flamand	17,17	15,23	13,46	12,85	12,50	12,25	14,61	41,85	8,42
Flandre occid.	12,79	11,93	6,40	7,26	6,92	7,25	8,99	57,72	4,20
Flandre orientale	16,23	14,31	11,68	12,18	12,11	11,84	15,46	56,57	8,07
Limbourg	11,82	10,38	7,70	7,91	7,26	8,06	11,79	48,33	4,85
<i>Flandre</i>	<i>15,63</i>	<i>13,87</i>	<i>10,78</i>	<i>11,13</i>	<i>10,92</i>	<i>11,05</i>	<i>13,65</i>	<i>49,10</i>	<i>7,75</i>
<i>Bruxelles</i>	<i>22,22</i>	<i>24,20</i>	<i>24,39</i>	<i>26,73</i>	<i>25,61</i>	<i>26,70</i>	<i>29,19</i>	<i>52,89</i>	<i>21,49</i>
Brabant wallon	22,19	23,90	20,87	21,76	20,89	21,99	23,26	58,00	16,31
Hainaut	13,76	18,48	13,01	15,42	14,57	15,99	19,07	53,93	10,53
Liège	20,30	24,55	18,91	21,89	21,10	23,32	27,61	55,36	19,52
Luxembourg	21,63	25,21	22,13	24,50	25,76	29,00	28,66	51,83	17,85
Namur	10,40	12,76	11,15	11,93	12,36	13,33	16,34	49,90	12,59
<i>Wallonie</i>	<i>17,37</i>	<i>21,04</i>	<i>16,57</i>	<i>18,68</i>	<i>18,13</i>	<i>19,81</i>	<i>22,78</i>	<i>54,37</i>	<i>15,07</i>
Belgique	17,19	17,81	14,77	16,02	15,60	16,50	19,28	51,50	12,58

GENERALISTES									
Anvers	15,98	11,11	5,34	7,39	7,00	8,53	9,85	33,06	5,61
Brabant flamand	15,97	10,11	9,51	10,21	9,99	10,30	11,96	25,42	5,21
Flandre occid.	10,48	4,85	3,91	4,55	4,52	5,17	6,37	41,53	2,79
Flandre orientale	10,09	4,57	3,84	4,73	4,50	4,92	7,95	42,58	3,42
Limbourg	5,56	2,24	1,60	3,38	2,86	4,42	7,19	27,02	3,09
<i>Flandre</i>	<i>12,40</i>	<i>7,23</i>	<i>5,19</i>	<i>6,37</i>	<i>6,10</i>	<i>9,14</i>	<i>8,90</i>	<i>34,38</i>	<i>4,25</i>
<i>Bruxelles</i>	<i>23,47</i>	<i>25,94</i>	<i>25,39</i>	<i>30,49</i>	<i>29,46</i>	<i>32,43</i>	<i>36,39</i>	<i>42,89</i>	<i>19,82</i>
Brabant wallon	21,70	25,78	21,24	26,61	25,10	28,65	28,93	43,40	15,54
Hainaut	18,90	27,24	17,98	22,12	21,92	24,21	27,60	42,97	11,79
Liège	18,66	25,56	15,47	19,68	19,63	22,56	25,10	42,41	14,46
Luxembourg	24,77	28,34	23,27	27,86	30,47	34,83	29,92	35,44	17,75
Namur	10,61	13,91	9,37	11,66	12,28	13,97	16,99	32,12	12,68
<i>Wallonie</i>	<i>18,37</i>	<i>24,58</i>	<i>16,73</i>	<i>20,74</i>	<i>20,75</i>	<i>23,52</i>	<i>25,56</i>	<i>40,84</i>	<i>13,64</i>
Belgique	15,91	15,65	11,85	14,50	14,29	16,18	18,42	37,80	9,78

SPECIALISTES									
Anvers	18,07	18,26	16,96	17,07	17,52	16,99	19,98	55,17	17,51
Brabant flamand	17,92	18,51	16,12	14,65	14,31	13,61	16,50	53,82	12,75
Flandre occid.	14,80	18,39	8,80	9,95	9,34	9,35	11,72	75,31	6,36
Flandre orientale	20,99	22,06	18,16	18,51	18,73	17,94	22,72	70,53	15,15
Limbourg	18,13	18,83	14,35	13,05	12,24	12,24	17,49	74,97	7,91
<i>Flandre</i>	<i>18,17</i>	<i>19,25</i>	<i>15,49</i>	<i>15,24</i>	<i>15,15</i>	<i>14,64</i>	<i>18,06</i>	<i>63,12</i>	<i>12,97</i>
<i>Bruxelles</i>	<i>21,44</i>	<i>23,08</i>	<i>23,73</i>	<i>24,30</i>	<i>23,08</i>	<i>23,11</i>	<i>24,76</i>	<i>59,29</i>	<i>23,28</i>
Brabant wallon	22,47	22,80	20,64	18,79	18,26	17,79	19,57	67,45	17,06
Hainaut	9,09	10,45	8,30	9,02	7,54	8,15	10,57	65,30	8,83
Liège	21,58	23,77	21,79	23,80	22,37	23,99	29,84	67,23	26,22
Luxembourg	17,96	21,58	20,77	20,18	19,75	20,96	26,94	74,34	18,02
Namur	10,21	11,64	12,56	12,20	12,44	12,68	15,58	70,00	12,45
<i>Wallonie</i>	<i>16,56</i>	<i>18,12</i>	<i>16,44</i>	<i>16,86</i>	<i>15,79</i>	<i>16,48</i>	<i>20,18</i>	<i>67,30</i>	<i>16,95</i>
Belgique	18,19	19,51	17,16	17,29	16,71	16,77	20,03	63,73	16,35

Source : INAMI + calculs personnels

Tableau 3

III.2. De 2004 à 2005

Dans son point 18.2.2.1., l'accord prévoit qu'un médecin individuel pouvait dénoncer l'accord pour l'année 2005 pourvu qu'il le fasse avant le 01.11.2004. Dans la mesure où la soif d'économies du Gouvernement était de plus en plus grande au fur et à mesure que les perspectives budgétaires s'assombrissaient, le GBS a recommandé à ses membres conventionnés de sortir de l'accord pour l'année 2005.

Dans l' "e-spécialiste" n° 11 du 22.10.2004, nous avons expliqué les modalités à suivre pour dénoncer l'accord à titre individuel ainsi que pour revenir sur cette dénonciation avant le 31.12.2004 au cas où la menace d'économies se révélerait moins grave que prévu.

La médico-mut ne s'est réunie que deux fois depuis les vacances d'été, à savoir les 27.09.2004 et 29.11.2004. Aucune information officielle n'était disponible pour prendre une décision quant à un déconventionnement individuel.

L'éventuel déconventionnement par une des parties n'a pas non plus été facilité par le fait que la réunion au cours de laquelle on allait éventuellement pouvoir discuter du déconventionnement, a été reportée au 29 novembre 2004, en d'autres termes 24 heures avant la date limite jusqu'à laquelle une des parties signataires pouvait dénoncer la deuxième année de la convention, à savoir le 30 novembre 2004 ³⁴.

L'INAMI a reçu 290 refus de l'accord pour l'année 2005, lesquels viennent s'ajouter à ceux qui se sont déconventionnés dès le départ. Une dizaine d'entre eux sont revenus ensuite sur leur déconventionnement avant le 31.12.2004.

Dans l'arrondissement déconventionné de Dixmude, 3 nouveaux médecins se sont installés et un médecin a retiré son refus. Le pourcentage de déconventionnement est maintenant exactement de 40 % (36 refus sur les 90 médecins inscrits auprès de l'INAMI) de sorte que l'accord du 15.12.2003 est désormais également applicable dans cet arrondissement depuis le 01.01.2005³⁵.

Tant le manque de transparence des perspectives budgétaires que les nombreuses informations totalement contradictoires diffusées dans la presse à la suite des communiqués prêtant à confusion émanant du cabinet DEMOTTE ont énormément compliqué le choix des syndicats médicaux de résilier ou non l'accord. Après avoir pesé le pour et le contre, il apparaît que les arguments contre la dénonciation de l'accord l'emportent. L'accord reste applicable mais pour savoir si des moyens suffisants seront disponibles pour respecter tous les accords – notamment une indexation un peu plus tard en 2005 – il faudra attendre de connaître les données 2004, c'est-à-dire pas avant le 15.04.2005.

³⁴ Le point 18.2. de l'accord du 15.12.2003 prévoit que l'accord peut être dénoncé, par lettre motivée recommandée à la poste, adressée au Président de la Commission nationale médico-mutualiste par une des parties avant le 1^{er} décembre 2004 si elle estime que les moyens financiers complémentaires octroyés pour l'année budgétaire qui suit, ne sont manifestement pas suffisants pour garantir la bonne exécution de l'accord.

³⁵ L'article 50 § 3, premier alinéa de la loi S.S.I. du 14.07.1994 stipule que : "Ces accords entrent en vigueur dans une région déterminée, quarante-cinq jours après leur publication au Moniteur belge, sauf si plus de 40 p.c. des médecins ou des praticiens de l'art dentaire ont notifié, par lettre recommandée à la poste, leur refus d'adhésion aux termes desdits accords. ...".

III.3. Gymnastique budgétaire

En 2003, l'objectif budgétaire total pour les soins de santé a été fixé à 15,342 milliards d'euros. Les dépenses totales de 15,384 milliards d'euros n'ont dépassé l'objectif budgétaire que de 0,27 %, soit 0,042 milliard d'euros, ce qui est dérisoire au niveau de l'INAMI.

En 2003, pour les honoraires médicaux, l'objectif budgétaire a été fixé à 4,749 milliards d'euros. Les dépenses ont été limitées à 4,624 milliards d'euros, soit 0,126 milliard d'euros ou 2,65 % en dessous de l'objectif.

Dans ce contexte, il est utile d'établir une comparaison entre les dépenses belges dans le cadre du régime des soins de santé et celles des autres pays occidentaux³⁶. Dans sa note, le ministre estime que 9,1 % du Produit intérieur brut (PIB) est raisonnable.

**Pourcentages des dépenses totales des soins de santé
en pourcentage du PIB (en 2002)**

PAYS	% du PIB
Belgique	9,1
France	9,7
Allemagne	10,9
Pays-Bas	9,1
Etats-Unis	14,6

Tableau 4

Source : OCDE, données 2004, 1^{ère} édition

Lors de l'établissement du budget 2005 au début du mois de septembre 2004, les estimations techniques de l'actuariat de l'INAMI ont montré que l'objectif budgétaire 2004 serait considérablement dépassé. L'objectif budgétaire global 2004 a été fixé à 16,258 milliards d'euros, dont 5,013 milliards d'euros pour les honoraires médicaux (soit 30,83 % du total).

A la mi-septembre, le ministre DEMOTTE a chargé ses collaborateurs de cabinet de convoquer des délégations de l'industrie pharmaceutique, des pharmaciens et des hôpitaux à son cabinet. Le 19 septembre 2004 – déclaré journée sans voiture à Bruxelles – à 12 h, une délégation de la médico-mut a pu partager une légère collation avec entre autres des collaborateurs de premier plan de DEMOTTE, à savoir Raynaud WITMEUR, Ri DE RIDDER et Johan KIPS. Rien de réjouissant au menu : le point de départ consistait en un plan d'économies global de ± 310 millions d'euros, dont 50 millions d'euros dans le secteur des honoraires médicaux.

Une délégation des Mutualités Chrétiennes, Socialistes et Libres a rejoint le lieu de la réunion en train, en tram, en bus et en taxi. Les organisations représentatives de médecins étaient représentées par le soussigné, Jacques DE TOEUF et Roland LEMYE pour l'ABSyM et par le seul président du SVH, Karel VAN DE MEULEBROEKE, pour le Cartel.

³⁶ "Note du Ministre de tutelle sur les suites à donner aux calculs techniques revus 2004-2005." Note C.S.S. n° 2004/287. 10.11.2004.

Très pressés par le temps, il leur a fallu prendre des décisions qui n'allaient pouvoir être soumises à la base de chacun des groupes qu'ultérieurement pour être examinées et éventuellement faire l'objet d'une approbation. En fin de compte, les délégations ont accepté un compromis prévoyant une économie de 37,5 millions d'euros avec, en guise de contre-partie accordée par le Gouvernement par le biais d'une proposition de loi qui doit encore être élaborée, entre autres choses le blocage des retenues croissantes opérées par les gestionnaires des hôpitaux sur les honoraires médicaux, une intervention pour le paiement des primes dans le cadre de l'assurance responsabilité professionnelle et un budget pour la mise à disposition des pédiatres hospitaliers via le budget des moyens financiers de l'hôpital, etc.

Un volet important avait trait à l'exécution du point 4.3 de l'accord médico-mutualiste du 15.12.2003 relatif à la constatation d'une rupture de tendance dans la prescription de médicaments au 01.10.2004. Ce point a suscité de vives polémiques au cours desquelles l'accord a été qualifié de non éthique par certains adversaires, parmi lesquels le S.V.H.³⁷.

Etant donné que l'INAMI n'a pas été en mesure de réaliser une étude au 01.10.2004 sur une rupture de tendance pour cause de données insuffisantes, la délégation de l'ABSyM a, sur proposition du Dr Jacques DE TOEUF, obtenu un accord octroyant les 10 millions d'euros prévus le 01.10.2004 – en cas de rupture de tendance –, et ce même sans constatation de la rupture de tendance. Pour les généralistes, cela a conduit, à partir du 01.10.2004, à une revalorisation des honoraires pour la visite à domicile de 2,67 euros, portant ceux-ci à 28,0 euros, et à une augmentation de 0,75 euro des honoraires pour l'ouverture d'un dossier médical global, ce qui les porte à 19 euros³⁸.

Les spécialistes quant à eux ont bénéficié d'une revalorisation des honoraires de surveillance à partir du 01.10.2004 pour un montant de 1,141 million d'euros et une revalorisation des honoraires des rhumatologues et des gériatres³⁹. Cet accord permet également que les 40 millions d'euros prévus en 2005 soient octroyés aux prestations intellectuelles comme prévu : la consultation pour le "petit spécialiste" et le généraliste est portée à 19 euros à partir du 01.04.2005 et à 20 euros à partir du 01.12.2005. Le 01.04.2005, les généralistes obtiennent également une augmentation pour le Dossier médical global qui est porté à 20 euros tandis que leur visite à domicile est désormais de 29 euros, pour atteindre, le 01.12.2005, les 20 euros symboliques pour la consultation et les 30 euros pour la visite à domicile.

Cependant... quelques semaines plus tard, des chiffres révélés par des fuites tendraient à montrer que les dépassements budgétaires seraient beaucoup plus importants que prévu. Les chiffres de 600⁴⁰ voire 800 millions d'euros⁴¹ de dépassement ont circulé. Le ministre DEMOTTE a diffusé un communiqué de presse le 12.10.2004 pour essayer de calmer les esprits et il a déclaré que cela n'allait pas

³⁷ Cf. "L'accord médico-mutualiste 2004-2005 "non éthique" du 15.12.2003". Rapport annuel 2003 du GBS, point III.2. Le Médecin Spécialiste. Numéro spécial. Mars 2004.

³⁸ Accord médico-mutualiste du 15.12.2003. Point 2.1. Projets H0405/03 et H0405/04.

³⁹ Accord médico-mutualiste du 15.12.2003. Point 2.2. Projets H0405/06 et H0405/07.

⁴⁰ "Gat in de ziekteverzekering groeit tot 600 miljoen EURO". De Standaard. 12.10.2004.

⁴¹ "Zo moet onze nieuwe welvaartstaat er uitzien. De kanker in de Belgische gezondheidszorg". Trends. 21.10.2004.

aller jusque là⁴². La presse ne facilite pas la vie du citoyen-médecin en juxtaposant les dépenses de l'INAMI avec des chiffres fluctuant de jour en jour dans le rouge et une analyse des chiffres de la sécurité sociale globale qui tend vers le positif⁴³. Cette valse de chiffres est entrecoupée de heurts entre les gouvernements qui ne parviennent pas à régler le dossier DHL sur les vols de nuit à Zaventem, de critiques émanant des partis politiques flamands faisant régner un soupçon de prodigalité dans le secteur francophone de la santé⁴⁴ et les tensions croissantes portant sur la scission de Bruxelles-Hal-Vilvorde.

Le 9 novembre 2004, à 20 h 00, le ministre DEMOTTE convoque les représentants de tous les acteurs du secteur de la santé à son cabinet pour leur expliquer que la situation est finalement plus grave qu'on ne l'avait pensé initialement. Sur base des chiffres du premier semestre 2004, l'objectif budgétaire global de l'INAMI pourrait être dépassé de 634 millions d'euros, dont 127,5 millions d'euros pour les médecins et 353,1 millions d'euros pour les prestations pharmaceutiques.

Le ministre soumet une série de propositions d'économies afin de neutraliser les dépassements retravaillés par l'INAMI depuis septembre. Il ne faut donc plus trouver 310 mais 634 millions d'euros. Le tableau 5 indique les principaux dépassements pour l'année 2004 selon l'INAMI. De ces montants, il convient de défalquer plusieurs économies qui sont déjà entrées en vigueur.

Principaux dépassements pour 2004 (en millions d'euros)	
1. Honoraires médicaux	127,476
2. Dentistes	12,968
3. Médicaments	335,103
4. Implants	14,258
5. Bandagistes	5,578
6. Hôpitaux	19,168
7. MRS-MRPA-CSJ	54,297
8. Fin de carrière	12,095
9. Fonds de solidarité	10,836
10. MAF	58,435
Total	650,214

Source : note du ministre Demotte du 09.11.2004
(note C.S.S. n° 2004/287. 10.11.2004)

Tableau 5

Les "invités" ont eu jusqu'au 23.11.2004 à 08 h 00 pour proposer des alternatives. Le ministre n'a pas tenu compte du fait que les collaborateurs de l'INAMI n'étaient pas disponibles du 11 novembre (jour de congé pour l'anniversaire de l'armistice de la Première guerre mondiale en 1918) au 15 novembre 2004 (jour de congé pour les fonctionnaires à l'occasion de la Fête de la dynastie). Durant les 6 jours de travail effectifs, il y a eu 4 réunions de groupe de travail.

⁴² "Dépassement budgétaire de l'assurance maladie en 2004 ?". Communiqué de presse de Rudy DEMOTTE, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique. 12.10.2004.

⁴³ "Sociale zekerheid stevent af op een overschot van 218 miljoen in 2005. Rudy DEMOTTE, federale minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid (PS), tevreden over uitkomst begrotingsconclaf". De Tijd. 18.10.2004.

⁴⁴ "DEMOTTE : "Les Wallons ne sont pas de profiteurs" ". Interview de Bénédicte VAES avec Rudy DEMOTTE. Le Soir. 18.10.2004.

L'ABSyM a notamment développé une série de 4 arguments pour montrer que les chiffres de l'INAMI sont très probablement erronés et exagérés.

- Les dépenses en biologie clinique et en imagerie médicale ont été très surévaluées. L'INAMI n'a pas tenu compte des différences algébriques appliquées aux budgets de 2002 et 2003. Il a fallu attendre le 17 novembre 2004, après la prise en compte des différences algébriques, pour finalement constater que le dépassement budgétaire en biologie clinique n'atteignait pas 11,2 % comme suggéré dans la note initiale du ministre DEMOTTE mais seulement 5,4 %. L'imagerie médicale n'a pas augmenté de 13,6 % mais seulement de 7,3 %⁴⁵.
- 11 % des prestations de l'année 2003 ont été comptabilisés en 2004 alors que seuls 9 % des prestations de 2002 avaient été comptabilisés en 2003. On assiste par conséquent à une hausse du report des prestations de l'exercice précédent.
- Le nombre de jours entre l'envoi de la bande magnétique et l'enregistrement à l'INAMI se monte en moyenne à 63 jours. En septembre 2004, on a constaté que cette durée n'était plus que de 52 jours en moyenne, soit une différence de 11 jours. Ceci donne lieu à un pseudo-surplus de dépense de 78 millions d'euros résultant de l'accélération de la comptabilisation. L'INAMI s'en défend en constatant qu'en octobre 2004, il a à nouveau connu une augmentation du nombre de jours et que la différence n'était plus que de 5 jours. Cinq jours représentent encore un pseudo-surplus de dépense de 35 à 37 millions d'euros.
- En cas d'accélération de la facturation, il convient d'adapter la clé de calcul si le premier semestre sert de base de calcul pour un exercice. La consommation en soins par semestre n'équivaut pas exactement à 50 % des dépenses annuelles. Sur la base d'une longue expérience acquise au fil des ans, on multiplie en moyenne les dépenses de l'INAMI du premier trimestre par un facteur de 1/0,4973. En cas de prise en compte de l'accélération de la facturation, ce facteur de 1/0,4973 doit être remplacé par 1/0,512. Si on appliquait ce calcul au montant total des honoraires médicaux, le budget 2004 pour les honoraires médicaux ne serait même pas épuisé.

A l'heure actuelle, nul ne sait avec certitude quel sera le montant des dépenses. Les critiques persistantes et bien documentées de l'ABSyM ont toutefois permis d'éviter ou de modifier certaines économies programmées.

Dans sa note du 9 novembre 2004, le ministre souhaitait surtout s'attaquer aux "dépassements" suivants :

⁴⁵ Le système des différences algébriques est défini aux articles 59 (biologie clinique) et 69 (imagerie médicale) de la loi S.S.I. coordonnée le 14.07.1994. En simplifiant très fort, cela revient à dire que, lorsque les dépenses en biologie clinique ou en imagerie clinique de l'année X dépassent l'objectif budgétaire, le montant de ce dépassement est défalqué, par le biais des honoraires forfaitaires, de l'objectif budgétaire normal du secteur concerné durant l'année X + 2. Lorsque les dépenses de l'année X se situent au-deçà de l'objectif budgétaire, le montant du solde est ajouté, par le biais des honoraires forfaitaires, à l'objectif budgétaire normal du secteur concerné durant l'année X + 2. Lors du calcul des différences algébriques, une distinction est établie entre les dépenses pour les patients hospitalisés et pour les patients non hospitalisés. En 2002 et 2003, les dépenses pour la biologie clinique et l'imagerie médicale se sont situées pour la première fois au-deçà de l'objectif budgétaire. C'est pourquoi les honoraires forfaitaires ont été augmentés du montant correspondant en 2004. Cette augmentation des dépenses en 2004 doit par conséquent être isolée de l'augmentation réelle des dépenses en 2004 avant de procéder à une évaluation.

Secteurs visés par le ministre	Dépassements supposés
Biologie clinique	15,878
Prestations spéciales	38,883
Imagerie médicale	28,911
Chirurgie	40,157
Gynécologie	5,120
Total	128,949

Source : note C.S.S. n° 2004/287 du 10.11.2004

Tableau 6

Pour la chirurgie et les prestations spéciales, DEMOTTE proposait une réduction linéaire. Celle-ci a pu être évitée. De même, la suppression de l'index qui bénéficiait du soutien du ministre du Budget Johan VANDELANOTTE a pu être (provisoirement ?) écartée : "De honoraria van de artsen zijn met tien procent gestegen. Moet daar nog een index bovenop ?"⁴⁶ (nous traduisons : "Les honoraires des médecins ont augmenté de 10 %. Faut-il encore y ajouter une indexation?")

DEMOTTE a fait connaître ses économies dans le cadre d'une nouvelle réunion qui s'est tenue le 23.11.2004 à 08 h 00. Il a consacré beaucoup plus de temps à expliquer ses mesures à la presse qu'à son auditoire. Il s'en est suivi un échange verbal sec entre le directeur du VVI, le Dr Carine BOONEN, qui avait convoqué les Etats généraux flamands des hôpitaux le 22.11.2004 en vue de réclamer la scission des soins de santé (cf. point II.3), et le ministre DEMOTTE. Une série d'économies ont été maintenues :

- Un gel de l'index (pour un montant de 44,160 millions d'euros) jusqu'au 15 avril, après quoi la question de l'attribution ou de la non-attribution de l'index pour le restant de l'année sera à nouveau examinée. Un gel de l'index pour une période déterminée est préférable au saut d'index de VANDE LANOTTE qui est perdu pour toujours.
- L'imagerie médicale doit réaliser des économies pour un montant de 20 millions d'euros. L'enveloppe 2005 a été fixée à 885,570 millions d'euros, soit une augmentation de 2,3 % par rapport à 2004, mais, dans le même temps, l'augmentation estimée suivant les techniques actuarielles habituelles est réduite de 20 millions d'euros. Les plans d'économies prévoient également le financement de la pathologie et préconisent de faire abstraction du type d'appareillage utilisé pour réaliser les prestations. Le ministre s'engage à demander une réévaluation de l'exécution de la programmation par l'Autorité fédérale de l'appareillage lourd pour l'imagerie médicale par les communautés compétentes.
- La biologie clinique doit également économiser 20 millions d'euros. L'enveloppe pour 2005 a été fixée à 906,014 millions d'euros, ce qui représente une augmentation de 1 % par rapport à 2004 mais la croissance technique estimée suivant l'actuariat de l'INAMI est réduite de 20 millions d'euros.
- Le montant du groupe de travail mesures structurelles ou groupe de travail 8 de la Médico-mut, dirigé par Marc JUSTAERT, président de l'Alliance

⁴⁶ "Medische ingrepen moeten overall even veel kosten. Minister VANDELANOTTE zoekt besparingen bij artsen en ziekenhuizen". De Morgen. 25.10.2004.

nationale des mutualités chrétiennes, n'est pas connu. Le groupe de travail a jusqu'au 1^{er} mars 2005 pour élaborer des mesures. D'aucuns entendent se servir de ces mesures pour créer des économies supplémentaires. L'ABSyM, au contraire, souhaite un réinvestissement des moyens financiers éventuellement trouvés dans le secteur concerné, à savoir dans les propositions de nomenclature qui attendent parfois un financement depuis des années.

- En ce qui concerne les autres secteurs, la note prévoit encore une économie au niveau du forfait de l'hémodialyse, de la garde des généralistes et de la réadaptation.

Par ailleurs, il est également question dans la note d'une politique hospitalière qui doit être basée sur les besoins, avec une identification et une programmation de l'offre par bassin de soins. DEMOTTE insiste sur l'importance du respect de la réglementation. Dans la mesure où celle-ci est surtout du ressort des Communautés et des Régions, il appelle celles-ci à endosser leurs responsabilités. Les champions de la critique flamands se demandent si les francophones, par exemple, démantèleront les PET-scans hors norme et rembourseront les honoraires portés en compte.

Dans les hôpitaux, DEMOTTE entend imposer des pratiques comparables pour une même pathologie. En marge du système lourd des montants de référence que Frank VANDENBROUCKE a introduit⁴⁷ et qui portera ses premiers fruits (en termes d'économies) au plus tôt à la fin 2006, DEMOTTE compte instaurer un prix forfaitaire par traitement pour ces mêmes APR-DRG⁴⁸ (qui seront éventuellement complétés par d'autres APR DRG). La structure multipartite en matière de politique hospitalière a été chargée par le ministre de soumettre des propositions.

En outre, la structure multipartite a jusqu'à la fin du mois d'avril 2005 pour soumettre des propositions concrètes en vue d'une forfaitarisation totale de la consommation des médicaments dans les hôpitaux, y compris la médication utilisée en hôpital de jour. Dans la mesure où le budget des médicaments constitue le plus grand souci du ministre et des autorités, la note de DEMOTTE prévoit toute une série de mesures.

- En 2004, 25 millions d'euros (50 millions d'euros sur base annuelle) d'économies par le biais de l'extension et de l'application du principe du remboursement de référence.
- Demander à la CNMM de formuler des propositions, avant le 30 juin 2005 au plus tard, en vue d'une obligation de résultats en termes d'objectifs de qualité que tout un chacun doit réaliser individuellement. La sanction en cas de non-réalisation de ces objectifs est le retrait de l'accréditation.
- La prescription sous la dénomination commune internationale (DCI).
- Adaptation du remboursement des anti-inflammatoires non stéroïdiens en tenant compte de leur plus-value thérapeutique.
- Modulation du remboursement des antibiotiques en fonction des recommandations de bonne pratique et des antidépresseurs en fonction de la gravité de la dépression.

⁴⁷ Article 56ter de la loi S.S.I. du 14.07.1994 inséré par la loi du 22.08.2002.

⁴⁸ All Patients Refined Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0, énumérés au § 9 de l'article 56 ter de la loi S.S.I. du 14.07.1994.

III.4. Fixation de l'objectif budgétaire 2005

Les 6 et 13.09.2004, le Comité de l'Assurance de l'INAMI s'est penché sur l'élaboration du budget des soins de santé pour 2005. Pour donner suite à toutes les demandes et réaliser toutes les propositions émanant des Commissions d'accords et de conventions (et notamment de la Commission nationale médico-mutualiste), il faudrait 18,8 milliards d'euros.

Les mutuelles ont jugé cela très excessif et, le 13.09.2004, elles ont introduit une proposition pour un montant de 17,536 milliards d'euros, dont 200 millions d'euros pour de "nouvelles initiatives" réparties sur toute une série de sous-secteurs. L'ABSyM a réclamé un montant minimum de 17,596 milliards d'euros qui était plus proche des estimations techniques connues à ce moment-là mais qui s'est révélé très en dessous de la réalité une semaine plus tard (cf. point III.3).

A l'occasion d'un second tour de scrutin le 13.09.2004, la proposition des mutuelles de 17,536 milliards d'euros a obtenu une courte majorité avec 20 voix pour (les mutuelles) et 17 contre (les dispensateurs de soins). Dans la mesure où ce montant est inférieur aux estimations techniques pour l'année 2005, cela signifie que chaque euro que l'on veut consacrer à de nouvelles initiatives en 2005 doit être économisé sur des prestations existantes ou doit être financé à l'aide de l'index.

Dans le cadre de sa réunion qui s'est tenue le vendredi 24.09.2004 dans la matinée, le Cabinet restreint a raboté un bon morceau supplémentaire. Le budget a été limité à 17,290 milliards d'euros, augmentés de 100.000 euros de "moyens exogènes", soit un total de 17,39 milliards d'euros. Le Cabinet s'est entre-temps rendu compte que les estimations techniques pour l'année 2004 étaient sous-estimées de quelque 310 millions d'euros. Lorsqu'il est apparu quelques semaines plus tard que le déficit en 2004 avoisinerait même les 650 millions d'euros, le gouvernement n'a pas souhaité revenir sur sa décision budgétaire.

Le Conseil général a été convoqué pour la forme ce même vendredi 24 septembre à 16 h 30 pour approuver le budget. Le ministre DEMOTTE avait déjà annoncé toutes les mesures au grand public au travers des médias. Apparemment, plus personne ne s'étonne que la loi S.S.I. soit ainsi totalement ignorée. En effet, c'est au Conseil général de l'INAMI qu'il revient de constater l'objectif budgétaire global et d'en soumettre certains éléments pour approbation au ministre, et non pas l'inverse⁴⁹!

Après que le président Michel JADOT eut considérablement insisté, les mutuelles ont elles aussi fini par marquer leur accord avec ce budget totalement insuffisant dans le cadre du Conseil général.

La ventilation entre les différents sous-secteurs au sein du Comité de l'Assurance était ainsi quasiment mission impossible. Quels moyens insuffisants le Comité va-t-il octroyer à chaque secteur? Le 29.11.2004, la répartition a été approuvée avec 20

⁴⁹ L'article 16 § 1 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet stipule que : "Le Conseil général : 1° détermine les orientations de politique générale et fixe l'objectif budgétaire annuel global et soumet, après avis du Comité de l'assurance, à l'approbation du ministre, les budgets globaux des moyens financiers visés à l'article 69, § 4 et § 5".

voix pour (mutuelles), 7 contre (tous les représentants des médecins) et 7 abstentions (les autres dispensateurs de soins).

Par le jeu d'un certain nombre de modifications apportées par le gouvernement au niveau des facteurs exogènes, le budget qui avait été fixé à 17,39 milliards d'euros par le Conseil général le 24.09.2004 a finalement été arrêté définitivement à 17,332 milliards d'euros, dont 5,223 milliards d'euros sont destinés aux honoraires médicaux, soit 30,13 % du budget global.

Le même soir, la Commission nationale médico-mutualiste s'est réunie dans une ambiance morose. Etant donné les économies, toute une série de dossiers ont été bloqués et on ne pouvait rien dire concernant l'attribution de l'index qui devrait en principe être de 1,55 %, soit 81,7 millions d'euros. Cette discussion a été reportée au moins jusqu'au 15 avril 2005.

Le tableau 7 donne un aperçu des années 2000 à 2005. Il convient de noter que pour les années 2000, 2001, 2002 et 2003, il s'agit de dépenses connues⁵⁰ tandis que pour l'année 2004, il s'agit des estimations techniques revues après le premier semestre 2004⁵¹ et, pour 2005, de l'estimation technique 2005 à la suite de la fixation de l'objectif budgétaire global⁵².

⁵⁰ Rapport annuel 2003 de l'INAMI.

⁵¹ Note C.S.S. n° 2004/286 de l'INAMI du 10.11.2004, pp. 9-12.

⁵² Note C.S.S. n° 2004/299 de l'INAMI du 25.11.2004, p. 7 complétée par des calculs personnels.

EVOLUTION DES DEPENSES POUR LES HONORAIRES MEDICAUX 2000-2005 (en millions d'euros)

	2000	2001	2002	2003	2004*	2005**
Biologie clinique	736,253	785,341	759,876	815,947	912,115*	906,014
Imagerie médicale	709,334	741,983	701,550	749,688	884,481*	875,570
Consultations, visites et avis	933,374	965,575	1.006,822	1.113,268	1.215,722	1.294,601
Prestations spéciales	830,875	885,065	865,002	904,523	982,776	987,808
Chirurgie	649,734	691,979	690,909	740,295	811,935	817,628
Gynécologie	56,359	62,107	60,246	63,642	70,410	70,826
Surveillance	175,300	198,281	200,026	211,902	233,755	240,600
Divers	11,103	13,701	7,045	24,350	29,327	29,675
Total des honoraires médicaux	4.102,332	4.344,032	4.291,476	4.623,615	5.140,521*	5.222,722
Total des dépenses de soins de santé	12.820,059	13.774,374	14.162,558	15.383,682	16.891,858*	17.332,173
% des honoraires médicaux	32,00	31,54	30,30	30,06	31,62*	30,13

Source : INAMI

Tableau 7

- * Estimation technique après le 1er semestre et sans tenir compte des différences algébriques. L'objectif budgétaire 2004 pour les honoraires médicaux est de 5.013,045 millions d'euros et l'objectif budgétaire global est fixé à 16.257,831 millions d'euros. L'INAMI s'attend par conséquent à un dépassement de budget pour 2004 de 127,476 millions d'euros dans le budget des honoraires médicaux et de 634,027 millions d'euros dans le budget total.
- ** Objectif budgétaire fixé par le gouvernement sauf en ce qui concerne les postes relatifs aux consultations-visites-avis, les prestations spéciales, la chirurgie, la gynécologie, la surveillance et les divers. Aucun objectif budgétaire partiel n'a été fixé pour ces postes. Il s'agit d'une estimation technique personnelle des dépenses.

III.5. Accréditation

Même si le traitement de l'enquête que le groupe de direction de l'accréditation a adressé à tous les GLEM à la fin 2003, montrait une image très favorable de l'image des médecins sur le terrain⁵³, les critiques ont également été nombreuses.

Les nouvelles formes – lisez informatisées – de formation continue ont du mal à décoller. Les représentants des mutuelles au sein du groupe de direction se sont rarement mêlés au débat. Sauf lorsqu'il s'agit de la prescription de médicaments. Tant pour les Mutualités chrétiennes que pour les Mutualités socialistes, il semble qu'il n'y ait que cela qui reste comme raison d'être de l'accréditation. Le secrétaire général francophone des Mutualités socialistes, Bernard DE BACKER, n'a laissé planer aucun doute là-dessus. Il a fait remarquer qu'en matière de comportement de prescription, il n'y a pas de différence significative, parmi les généralistes, entre ceux qui sont accrédités et ceux qui ne le sont pas au niveau des génériques. Il restreint ainsi le sens de l'accréditation à la seule prescription de médicaments moins onéreux⁵⁴. Les MC sont sur la même longueur d'onde. Les spécialistes ne sont guère impliqués dans le débat.

Dès lors, il n'est pas étonnant que le projet de loi sur les pouvoirs spéciaux relatif à la maîtrise des dépenses dans le domaine des soins de santé prévoit que l'accréditation pourra être retirée si un certain pourcentage minimum de "produits

⁵³ "Une enquête auprès des GLEMS pour les dix ans de l'accréditation. Un véritable satisfecit, sauf pour la rétribution". Journal du Médecin. N° 1608. 06.08.2004.

⁵⁴ "L'accréditation des praticiens a-t-elle un sens ?" Bernard De Backer, secrétaire général de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes. Renouer. N° 65. Novembre-décembre 2004.

blancs" n'est pas prescrit. Ce projet hypothèque sérieusement la survie de l'accréditation qui repose sur le volontariat et non pas sur des sanctions.

Les chiffres du tableau 8 montrent qu'il n'y a pas eu beaucoup de changements par rapport au précédent relevé (01.02.2004) en ce qui concerne les nombres de médecins accrédités par spécialisation.

Nous constatons que le nombre de spécialistes agréés inscrits auprès de l'INAMI est passé de 19.462 à 19.872 (+ 2,11 %) entre le 01.02.2004 et le 01.02.2005 et que le nombre de non-spécialistes inscrits auprès de l'INAMI n'a augmenté que de +0,29 %, passant de 18.279 à 18.332. Parmi ceux-ci, 14.040 sont des généralistes agréés, soit une augmentation de 0,62 % par rapport à 2004 avec 13.953 généralistes agréés.

Il convient de constater que de très nombreux neuropsychiatres ont rejoint la psychiatrie. Le nombre de neuropsychiatres a chuté de 1.335 au 01.02.2004 à 562 au 01.02.2005. Ceci s'explique évidemment par la modification de la nomenclature à la suite de laquelle, depuis le 01.01.2005, la psychothérapie n'est plus remboursable que pour les psychiatres et non plus pour les neuropsychiatres⁵⁵.

Parmi les 773 médecins ayant demandé et obtenu leur agrément de psychiatre, 442 étaient francophones et 331 flamands. Sur les 773 nouveaux psychiatres, on compte 30 psychiatres récemment diplômés⁵⁶ et 743 ex-neuropsychiatres.

⁵⁵ Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. M.B. du 12.12.2003. En vigueur à partir du 01.01.2005.

⁵⁶ Procès-verbal 2004/26 de la réunion du Comité de l'Assurance du 13.12.2004.

COMPARAISON du nombre de médecins accrédités 01.02.2004-01.02.2005

2005		Nombre d'actifs		Nombre d'accrédités		% d'accrédités		2004
		01.02.2004	01.02.2005	01.02.2004	01.02.2005	01.02.2004	01.02.2005	
	Médecins 001-002	3.606	2.000	0	0	0,00	0,00	
	Généralistes 003-004	13.953	14.040	9.806	9.948	70,28	70,85	
	Généralistes 005-006	718	717	0	0	0,00	0,00	
	Généralistes 007-009	2	1.575	0	0	0,00	0,00	
	TOTAL	18.279	18.332	9.806	9.948	53,65	54,27	
	Médecin spécialiste en formation (MACS)	3.698	3.505	1	0	0,03	0,00	
1.	Dermato-vénérologie	644	660	514	536	79,81	81,21	1.
2.	Ophthalmologie	994	1.012	767	802	77,16	79,25	2.
3.	Radiologie	1.469	1.498	1.107	1.133	75,36	75,63	3.
4.	Pneumologie	340	367	249	275	73,24	74,93	6.
5.	Gastro-entérologie	422	442	313	331	74,17	74,89	4.
6.	Anatomie pathologique	278	287	204	214	73,38	74,56	5.
7.	Médecine physique et physiothérapie	443	452	323	334	72,91	73,89	7.
8.	Neurologie	208	227	146	165	70,19	72,69	10.
9.	O.R.L.	591	604	430	439	72,76	72,68	8.
10.	Médecine nucléaire	317	319	223	224	70,35	70,22	9.
11.	Psychiatrie	656	1.448	445	1.010	67,84	69,75	12.
12.	Cardiologie	839	864	575	597	68,53	69,10	11.
13.	Urologie	355	360	235	248	66,20	68,89	15.
14.	Rhumatologie	253	250	171	170	67,59	68,00	14.
15.	Radiothérapie	155	164	105	109	67,74	66,46	13.
16.	Gynécologie-obstétrique	1.311	1.344	851	885	64,91	65,85	17.
17.	Anesthésie	1.693	1.758	1.110	1.145	65,56	65,13	16.
18.	Médecine interne	2.038	2.061	1.271	1.310	62,37	63,56	18.
19.	Orthopédie	913	922	559	583	61,23	63,23	19.
20.	Pédiatrie	1.374	1.400	823	871	59,90	62,21	21.
21.	Biologie clinique	711	709	424	431	59,63	60,79	22.
22.	Chirurgie	1.471	1.490	713	734	48,47	49,26	23.
23.	Neuropsychiatrie	1.335	562	800	270	59,93	48,04	20.
24.	Neurochirurgie	153	163	71	77	46,41	47,24	24.
25.	Chirurgie plastique	195	202	89	95	45,64	47,03	25.
26.	Stomatologie	304	307	129	134	42,43	43,65	26.
	TOTAL SPECIALISTES	19.462	19.872	12.647	13.122	64,98	66,03	
	TOTAL SPECIALISTES + MACS	23.160	23.377	12.647	13.122	54,61	56,13	
	TOTAL GENERAL	41.439	41.713	22.454	23.070	54,19	55,31	

Source : Groupe de direction de l'accréditation, INAMI, 01.02.2005

Tableau 8

Plusieurs membres du groupe de direction souhaitent augmenter de 200 à 500 le nombre d'unités de formation continue (UFC) à suivre. La majorité n'est pas d'accord, et ce même en cas de hausse significative du financement de l'accréditation. Par contre, une majorité se dégage en faveur de la réalisation la plus rapide possible de nouvelles formes de formation continue informatisées.

Cependant, ces systèmes on-line sont très onéreux et nécessitent le soutien de sponsors, d'universités, de sociétés scientifiques et d'unions professionnelles. Dans la mesure où des questions peuvent se poser quant à l'objectivité et l'indépendance,

il importe que le Groupe de direction crée un cadre avec des accords et des conditions bien définis, qui pourra ensuite être complété par les comités paritaires concernés.

L'année 2005 s'annonce cruciale quant à la survie du système dans sa forme actuelle. La pression des mutuelles et des autorités se fait de plus en plus sentir. Le ministre ainsi que peut-être également certains autres rêvent déjà ouvertement d'avoir ici aussi le premier et le dernier mot. Les désignations à des fonctions sont en train d'être chauffées dans le cadre du projet de *"loi relative à la maîtrise du budget des soins de santé et portant diverses dispositions en matière de santé"* (cf. point II.3), de manière à ce que, au cas où le Gouvernement devait trébucher sur une vieille ou sur une nouvelle peau de banane, un certain nombre des fidèles des cabinets puissent continuer à utiliser leur formation politique dans l'un ou l'autre organisme parastatal.

IV. LE SERVICE D'EVALUATION ET DE CONTROLE MEDICAUX (SECM) DE L'INAMI

IV.1. Le SECM comme organe juridictionnel administratif

Le système d'évaluation des dossiers ayant trait à la nomenclature et à la surconsommation mis en oeuvre par le Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM), en tant qu'organe juridictionnel administratif de première instance, a été remis en cause à plusieurs occasions et il s'en est suivi deux modifications successives de la loi. Le "lapsus" (1 voix collective pour les mutuelles par rapport à 1 voix par représentant présent des médecins) dans le texte initial de l'ex-ministre F. VANDENBROUCKE n'était pas simplement le fruit du hasard. L'objectif était clairement de placer les représentants des médecins dans une position de faiblesse par rapport aux autres professions de la santé. Les absents et les abstentions n'ont pas été pris en compte et pourtant on savait par expérience que tous les 8 représentants des médecins ne pouvaient pas être présents.

Les dossiers de contrôle qui avaient déjà été introduits durant le premier semestre de 2003 et qui auraient normalement dû faire l'objet d'une évaluation conformément à la procédure légale prévue ont été tout simplement tenus en suspens et réintroduits après l'entrée en vigueur (avec effet rétroactif) de la modification de la loi⁵⁷. Nous pouvons difficilement nous défaire de l'idée que les règles de droit ont été adaptées, pour les tribunaux administratifs de l'INAMI, pour pouvoir condamner.

Dans la mesure où, lors du lancement des nouvelles procédures (de responsabilisation) durant la période août-octobre 2003, nous avons été forcés de constater qu'en l'espace d'une seule séance, les moyens de défense d'une trentaine de dispensateurs de soins ont été jugés insuffisants sans aucune motivation et, dans la mesure où on ne voulait pas respecter scrupuleusement la neutralité tant de l'organe de droit que de la procédure juridique, le GBS a remis, le 1^{er} juin 2004, un "Mémoire" à Raynaud WITMEUR, chef de cabinet du ministre DEMOTTE.

⁵⁷ Loi du 22.06.2004. Moniteur belge du 13.08.2004.

Ce document a été élaboré avec l'aide de juristes expérimentés en ces matières et a pris comme base de départ les principes de l'art. 139 de la loi S.S.I. (fournir d'abord des informations afin d'éviter les infractions) et quelques principes de droit élémentaires (respect des droits de la défense, droit à un débat contradictoire, interprétations uniquement par des organes et suivant des procédures appropriés). Des mesures y ont également été proposées, d'une part, pour permettre une évaluation ayant une pertinence médico-technique et réalisée avec expertise du comportement de pratique et, d'autre part, pour garantir une adaptation plus souple de la nomenclature aux évolutions médico-techniques et scientifiques.

Par manque de temps, le mémorandum du GBS n'allait être examiné que dans le cadre d'un deuxième contact avec le Cabinet le 20 juillet 2004. La personne désignée comme responsable par DEMOTTE pour ce dossier s'est révélé être le Dr Ri DE RIDDER, qui avait encore été un collaborateur dans le cabinet du prédécesseur de DEMOTTE, Frank VANDENBROUCKE, ainsi que dans celui du ministre de la Santé publique qui n'avait pas survécu aux dioxines, à savoir Marcel COLLA. DE RIDDER est également commissaire au gouvernement dans un certain nombre d'organes importants de l'INAMI et est assurément candidat pour occuper une fonction importante de fonctionnaire dans un proche avenir. Le mémorandum du GBS a été balayé avec quelques paroles bien senties. Pour DE RIDDER, l'évaluation du système n'est pas à l'ordre du jour à l'heure actuelle, elle ne le sera qu'en 2006⁵⁸. Pour le reste, on simplifierait. Les difficultés rencontrées actuellement au sein du SECM suite au volume excessif de travail de traduction et à la bureaucratie seraient résolues en chargeant directement un fonctionnaire de prononcer les condamnations et les sanctions, en d'autres termes sans l'intervention d'un organe de droit. Il n'était plus question désormais de revenir à un débat contradictoire. Lorsque nous avons attiré son attention sur la fréquence des interprétations arbitraires du SECM, DE RIDDER a répondu sèchement que ce phénomène était inhérent au système de rémunération à l'acte (sic!). A la suite de quoi il a quitté la réunion. Nous n'avons pu que prendre note du parti pris manifeste de DE RIDDER à l'égard du système de rémunération légal actuel. Mais cela n'est pas une info.

IV.2. La "Modernisation" du SECM

Pendant ce temps, on travaillait d'arrache-pied à une révision en profondeur du système dans les bureaux du SECM. Le 13 septembre, Jo DE COCK, administrateur général de l'INAMI, accompagné du Dr Bernard HEPP, directeur général fonctionnaire dirigeant, et du Dr Charles VRANCKX, directeur général adjoint du SECM, a invité plusieurs représentants des organisations représentatives de médecins siégeant dans le SECM à une réunion d'information afin de leur expliquer une note détaillée de 35 pages relative à la "Modernisation du SECM". Le soussigné a été invité et était présent en sa qualité de président de l'ABSyM. La note présentait un aperçu très détaillé des principes de fonctionnement et des mesures à envisager pour obtenir un système de contrôle – lisez répressif – plus performant. Précisément ce que le Dr Ri DE RIDDER avait annoncé deux mois auparavant. Objectif : des procédures encore plus rapides, avec un rendement maximal, et surtout la "résorption" de l' "engorgement" qui s'est créé en partie à cause du "lapsus" des dispositions relatives aux voix et en partie à cause de la lourdeur bureaucratique du

⁵⁸ A l'époque de l'entrevue, il n'était pas encore question de pouvoirs spéciaux pour garder le contrôle des dépenses pour les soins de santé. Ce projet n'a vu le jour qu'en décembre 2004.

système de VANDENBROUCKE. Une des mesures proposées consistait en la scission du Comité en une section francophone et une section néerlandophone. Autrement dit deux organes de droit au lieu d'un seul, de manière à pouvoir doubler le nombre de dossiers. L'application uniforme de la législation serait garantie par une communication mutuelle des jugements prononcés.

La note "Modernisation du SECM" contenait un certain nombre de conceptions extrêmement inquiétantes. Apparemment, il était dans les intentions de faire du SECM une sorte de service de police "secret" disposant d'un réseau d'information interne développant et rassemblant ses propres appréciations, évaluations et interprétations de la nomenclature et des pratiques de soins. Ces connaissances et finesses seraient alors conservées méticuleusement pour agir contre le groupe professionnel à contrôler. Une approche de prévention et de contrôle simultanément parfois ambiguë et duale, où l'accent était mis sur les contrôles individuels des pratiques médicales, sans proposer une norme de comportement claire. Comparable à des panneaux de limitation de vitesse sur les routes où la vitesse autorisée n'est pas indiquée au préalable.

On pouvait également s'inquiéter de la façon détournée par laquelle on s'efforçait de soustraire la direction du Service au Comité, le véritable organe de décision. Le document proposait notamment de confier l'évaluation des dossiers moins lourds au fonctionnaire dirigeant sans indiquer selon quels critères cela devait se faire. Le document proposait également que les préventions contestées constituent par définition des dossiers difficiles avec pour conséquence que le SECM puisse imposer l'acceptation de ses interprétations. L'application conditionnelle de la règle de la différence en cas d'utilisation erronée de codes de nomenclature deviendrait tributaire de l'humeur accommodante du médecin contrôlé, etc.

Jo DE COCK a toutefois souligné que la note "Modernisation du SECM" n'était qu'un premier projet qui ferait l'objet d'une concertation approfondie avec toutes les parties au sein du Comité – ce qui a eu lieu entre-temps – et qu'il n'était absolument pas question d'initiatives légales dans l'immédiat. Notre crainte était que le projet de mesures soit déjà incorporé dans la nouvelle loi-programme "hivernale". En effet, depuis plusieurs années maintenant, le Parlement belge a la très mauvaise habitude de produire une loi-programme estivale et hivernale, qualifiées "lois poubelles" par les connaisseurs.

Il y a eu une collaboration intense entre des juristes de l'ABSyM et du GBS et des juristes externes, avec la participation de plusieurs membres flamands des directions des deux associations. La coordination et la présentation au Comité du SECM ont été assurées par le Dr Jacques SMEKENS, un des membres de l'ABSyM au sein du Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux. Au cours de deux réunions du Comité, il a exposé minutieusement toutes les objections. Nous attendons avec curiosité la version remaniée de la note. Celle-ci aura une importance considérable compte tenu des pouvoirs spéciaux attendus qui constituent expressément une partie du champ d'application comme indiqué dans le dernier avant-projet de "loi-santé" de DEMOTTE.

Apparemment, le ministre ou son commissaire au gouvernement souhaitait malgré tout déjà une initiative légale. En effet, le 16 décembre dernier, nous avons appris

que, dans la Loi-programme⁵⁹ mastodonte qui venait d'être votée à la Chambre, on avait inséré une (petite) "loi portant des dispositions diverses" dans laquelle l'article 140 de la loi S.S.I. fait à nouveau l'objet d'un sérieux nettoyage⁶⁰. La scission linguistique du Comité faisant office d'organe administratif est tout de suite devenue un fait tandis que les dispositions discriminantes relatives aux voix pour les médecins sont restées inchangées. Le GBS a immédiatement essayé, les 16 et 17.12.2004, de soumettre des amendements et de mener une concertation avec certaines fractions politiques au Sénat. Les sénateurs intéressés ont à peine eu le temps de retrouver l'article en question dans la masse de papier et d'en percer la signification que, déjà, nous avons reçu l'avis que l'entièreté avait été votée le jour même (le 17.12.2004) en commission du Sénat. Sans la moindre objection.

Il y a quand même un point positif : apparemment, on n'a pas pu/osé revenir à la date du 15.02.2003, la date d'entrée en vigueur de la loi initiale de Frank VANDENBROUCKE⁶¹. La nouvelle législation est par conséquent entrée en vigueur 10 jours après la publication au Moniteur belge.

Dans le prolongement de notre précédent recours (cf. point VI.1.4.), le comité directeur du GBS a décidé, le 13 janvier dernier, d'introduire un recours en annulation devant la Cour d'arbitrage contre cette nouvelle version de l'art. 140 de la loi S.S.I.

V. LA NOMENCLATURE DES PRESTATIONS DE SANTE

A l'initiative de notre directeur administratif, Jos VAN DEN NIEUWENHOF, et avec l'assentiment d'une majorité du Comité exécutif, nous avons chargé un huissier de constater un certain nombre de manquements des autorités concernant la façon dont il n'est pas satisfait au devoir d'information des administrations publiques en matière de nomenclature des prestations de santé.

Jo DE COCK, administrateur général de l'INAMI, avait promis, en juin 2004, que la nomenclature figurerait sur le website de l'INAMI avant la fin de l'année. Etais-ce suite aux démarches du GBS ou pas du tout? Dans tous les cas, après l'annonce de notre exploit d'huissier dans le "Médecin Spécialiste"⁶², la coordination officielle totalement à jour de la nomenclature est soudainement devenue disponible sous forme électronique sur le website de l'INAMI le 23.12.2004. L'administration de l'INAMI a ainsi accompli un travail considérable qui mérite certainement les félicitations du secrétaire d'Etat à la Simplification administrative Vincent VAN QUICKENBORNE.

Il en va autrement avec la seule source officielle de la nomenclature qui devrait être disponible au Moniteur qui relève de la responsabilité du Service public fédéral de la Justice. Le website www.just.fod.be ne fournit toujours pas l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984, et ce "pour des raisons techniques". Un mauvais point par conséquent pour la Vice-premier ministre Laurette ONKELINKX. La nomenclature officielle ne peut être obtenue qu'en effectuant un travail de recherche étendu dans la

⁵⁹ Loi-programme du 27 décembre 2004. Moniteur belge du 31.12.2004. Ed. 2 (pp. 87006 à 87117).

⁶⁰ Article 21 de la loi portant des dispositions diverses du 27 décembre 2004. Moniteur belge du 31.12.2004. Ed. 2 (pp. 87118 à 87127).

⁶¹ Loi-programme du 24 décembre 2002. Moniteur belge du 31.12.2002.

⁶² "Le blues de la nomenclature de l'INAMI". J. VAN DEN NIEUWENHOF. Le Médecin Spécialiste. N°. 8. Novembre 2004.

bibliothèque du Moniteur belge, où on est supposé dépister une centaine d'A.R. et d'arrêts du Conseil d'Etat qu'il faut encore ensuite "coordonner" avec également plus de 200 autres arrêtés qui, eux, sont disponibles sous forme électronique. Notons que l'accès à la bibliothèque est réservé aux fonctionnaires et aux juristes. Les médecins n'ont pas de recherches à y mener.

VI. PROCEDURES JURIDIQUES

VI.1. Procédures juridiques introduites ou financées par le GBS

VI.1.1. *Décret de la Communauté flamande du 3 mars 2004 relatif aux soins de santé primaires et à la coopération entre les prestataires de soins*⁶³

Le Décret de la Communauté flamande dépasse tout ce qu'on peut imaginer. Il est inacceptable et assène un véritable camouflet à la médecine spécialisée. D'un simple trait de plume, il écarte en Flandre les quelque 4.200 médecins spécialistes extra-hospitaliers des soins de première ligne. Le décret instaure l'échelonnement dans le cadre limité des soins à domicile. C'est en effet la première ligne qui détermine quand un médecin spécialiste sera éventuellement consulté. (Cf. Point II.1)

Lors de la réunion du 16 septembre 2004, le Comité directeur a décidé d'introduire un recours en annulation contre ce décret devant la Cour d'Arbitrage. Le recours a été introduit en collaboration avec l'ABSyM. Fort inhabituel mais vrai : en date du 6 janvier 2005, le pouvoir fédéral, c'est-à-dire le Conseil des Ministres, représenté par le Premier Ministre, s'est joint au recours introduit par le GBS et l'ABSyM. Le Conseil des Ministres a encore développé deux arguments supplémentaires⁶⁴.

VI.1.2. *Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 19 mai 2004 fixant la liste des masters complémentaires du secteur de la santé*⁶⁵

L'arrêté du 19 mai 2004 stipule à l'article 2 que les institutions universitaires délivrent les certificats de compétence attestant la réussite des formations reprises dans la liste des masters complémentaires du secteur de la santé. Suite à cet arrêté de la Communauté française, la formation de médecin spécialiste devient de facto totalement académisée et les commissions d'agrément sont mises hors jeu. Cet arrêté crée une situation totalement inacceptable pour les unions professionnelles.

Vu l'extrême urgence, le comité exécutif a, le 12 juillet 2004, décidé à l'unanimité d'introduire un recours en annulation de l'arrêté susmentionné devant le Conseil d'Etat. En effet, en raison de la période des vacances, il était impossible de convoquer une réunion du comité directeur dans les délais légaux pour introduire le recours.

Lors de la réunion du 16 septembre 2004, le Comité directeur a confirmé à l'unanimité des membres ayant droit de vote la décision du Comité exécutif.

⁶³ Moniteur belge du 20 avril 2004, 3e éd.

⁶⁴ Cour d'Arbitrage n° 3107 – Soins santé primaires – Mémoire – M.R. : 8838/04/DG

⁶⁵ Moniteur belge du 7 juillet 2004

Dans le cadre du point VI.2.1 il faut attirer l'attention sur une particularité de cet arrêté. En effet, l'arrêté de la Communauté française prévoit un master complémentaire en neuropsychiatrie alors que l'autorité fédérale, appuyée en cela par le Conseil d'Etat, s'efforce par tous les moyens, notamment dans le cadre de la nomenclature, de museler les médecins spécialistes en neuropsychiatrie.

VI.1.3. Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 19 mai 2004 fixant la composition et l'organisation du jury délivrant les attestations d'accès aux titres professionnels particuliers des sciences médicales et dentaires⁶⁶

Dans la mesure où cet arrêté contient une mesure d'exécution de l'arrêté traité sous le point VI.1.2., le Comité directeur a décidé d'introduire un recours contre cet arrêté.

VI.1.4. Loi du 22 juin 2004 modifiant l'article 140 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994⁶⁷

Dans le cadre de la loi-programme du 21 décembre 2002⁶⁸, la responsabilisation individuelle des médecins a été insérée dans la loi S.S.I. et la procédure relative au contrôle médical a fait l'objet de profondes modifications. Les premiers dossiers contre des médecins ont été ouverts et instruits dans le courant de l'année 2003. A l'occasion du premier vote lors de la réunion du 19 décembre 2003 au sein du Comité concernant un dossier clôturé, on est tombé sur un écueil et la procédure devant le Comité a échoué dans une impasse. Le Dr D. DEVOS, représentant du VVI (*Verbond van Verzorgingsinstellingen*) au sein du Comité, a attiré l'attention du président du comité sur le fait que la loi stipule expressément que tous les dispensateurs de soins ont chacun 1 voix (par conséquent 8 voix au total) et que le groupe des mutuelles dans son ensemble ne dispose que d'une voix. Jusqu'au moment du vote, personne n'avait remarqué ceci. Après délibération avec plusieurs hauts dirigeants de l'INAMI, le président a décidé en séance de reporter la réunion sine die. Tous les dossiers ont été provisoirement classés. Dans le cadre de la loi du 22 juin 2004, cette erreur est rectifiée. La modification de la loi prévoit un effet rétroactif à partir du 15 février 2003, date d'entrée en vigueur de la loi du 21 décembre 2002.

Le GBS estime que, dans la procédure devant le Comité, les droits élémentaires de défense des médecins sont bafoués. Le Comité directeur a par conséquent décidé le 18 octobre 2004 d'introduire une action en annulation devant la Cour d'Arbitrage.

Dans le prolongement de cette décision, le Comité directeur du 13 janvier 2005 a également décidé d'introduire une action en annulation devant la Cour d'Arbitrage contre l'article 21 de la loi du 27 décembre 2004⁶⁹ portant des dispositions diverses qui modifie une fois de plus l'article 140 de la loi S.S.I.

⁶⁶ Moniteur belge du 27 juillet 2004

⁶⁷ Moniteur belge du 18 août 2004

⁶⁸ Moniteur belge du 31 décembre 2002

⁶⁹ Moniteur belge du 31 décembre 2004

VI.2. Arrêts

VI.2.1. *Suppression des psychothérapies pour les médecins-spécialistes en neuropsychiatrie*

Les 12 et 31 décembre 2003, le Moniteur Belge publie deux arrêtés royaux respectivement du 30 novembre 2003⁷⁰ et du 15 décembre 2003⁷¹ qui prévoient qu'avec effet au 1^{er} janvier 2005, d'une part, que les psychothérapies et, d'autre part, les honoraires pour la consultation de liaison interne seront réservés aux médecins spécialistes en psychiatrie. Les médecins spécialistes en neuropsychiatrie en sont exclus dorénavant.

Un avis juridique a été sollicité auprès de Maître W. GONTHIER concernant les chances éventuelles de succès d'une procédure en annulation devant le Conseil d'Etat. Il a été jugé qu'un argument solide peut être trouvé dans la violation de l'art. 10 de la Constitution (principe d'égalité). L'agrément comme neuropsychiatre présuppose en soi une compétence tant en psychiatrie qu'en neurologie. Les psychothérapies relèvent par conséquent indubitablement de la compétence du neuropsychiatre. En réservant le remboursement aux psychiatres, sans invoquer de critères objectifs, on ne respecte pas le principe d'égalité.

L'Union professionnelle des Neurologues et Psychiatres a introduit tant une action en suspension qu'une action en annulation contre les arrêtés précités. Il était en effet important pour les médecins spécialistes en neuropsychiatrie de voir clair dans ce dossier le plus rapidement possible.

Le rapport de l'auditeur du Conseil d'Etat est impitoyable pour les médecins spécialistes en neuropsychiatrie. L'auditeur estime que d'un point de vue strictement juridique, les arrêtés concernés n'interdisent pas que les médecins spécialistes en neuropsychiatrie effectuent des psychothérapies. Les prestations cesseront seulement d'être remboursées par l'assurance maladie. L'auditeur stipule en plus que les mesures ne sont pas du tout inattendues. D'une part, les mesures n'entrent en vigueur que le 1^{er} janvier 2005, ce qui laisse en principe aux médecins concernés suffisamment de temps pour opter pour une reconnaissance en psychiatrie. D'autre part, cette mesure est la suite logique de l'évolution scientifique et médicale qui différencie de plus en plus les spécialités de neurologie et de psychiatrie. Depuis l'arrêté ministériel du 29 juillet 1987, on est soit neurologue, soit psychiatre. Dans le cadre des mesures transitoires, les spécialistes en neuropsychiatrie étaient invités à opter pour l'une ou l'autre discipline. Par mesure transitoire, les médecins spécialistes en neuropsychiatrie étaient autorisés à garder leur reconnaissance. Les neuropsychiatres qui n'optent pas pour l'une ou l'autre spécialité sont donc personnellement responsable du dommage financier dans leur chef.

⁷⁰ Arrêté royal du 30 novembre 2003 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (MB du 12.12.2003)

⁷¹ Arrêté royal du 15 décembre 2003 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (MB du 31.12.2003)

Le Conseil d'Etat dans son arrêt du 17 juin 2004⁷² suit l'avis de l'auditeur. L'action en suspension est rejetée. Le Comité Directeur de l'Union Professionnelle des Neurologues et Psychiatres a décidé de ne pas continuer la procédure sur le fond.

Il ressort des chiffres du Groupe de direction de l'accréditation de l'INAMI (cf. point III.5) que 331 neuropsychiatres néerlandophones et 442 neuropsychiatres francophones ont demandé et obtenu leur reconnaissance en psychiatrie.

VI.2.2. Action en annulation de la nomination de deux opticiens au Comité de l'Assurance de l'INAMI

L'Union professionnelle des Ophtalmologues (UPO) a en collaboration avec l'Union professionnelle des Orthoptistes introduit une action en suspension et en annulation devant le Conseil d'Etat contre la nomination de deux opticiens au sein du Comité de l'Assurance de l'INAMI⁷³.

La profession d'orthoptiste est actuellement la seule profession paramédicale reconnue ayant trait à l'œil. Les opticiens se sont toujours opposés farouchement à être considérés comme une profession paramédicale. Aussi longtemps qu'aucune profession paramédicale spécifique n'avait été reconnue, les opticiens pouvaient, sur base des mesures transitoires, siéger au Comité de l'Assurance. Ceci n'est plus le cas.

Le Conseil d'Etat a, en date du 9 juin 2004⁷⁴, rejeté l'action en suspension contre les nominations précitées. Les chances d'obtenir gain de cause dans le cadre de la procédure en annulation étaient devenues dérisoires. Maître E. THIRY a donc avisé l'UPO de ne pas continuer la procédure.

VI.2.3. Arrêt de la Cour de première instance de Bruxelles dans l'affaire de l'Union Professionnelle des dermatologues belges contre le GBS

Dans l'affaire qui oppose l'Union Professionnelle des Dermatologues Belges au GBS, le tribunal de première instance de Bruxelles s'est prononcé en faveur des dermatologues. Avec une voix contre et une abstention, le Comité Directeur a décidé dans sa réunion du 18 octobre 2004 d'interjeter appel contre cette décision.

VI.2.4. Conseil d'Etat – arrêt n° 136.962 du 3 novembre 2004

L'arrêt du 3 novembre 2004 du Conseil d'Etat annule la disposition qui stipule que les médecins spécialistes en neurologie, en médecine interne ou en neuropsychiatrie sont réputés disposer des compétences spécifiques pour diriger un service SP-affections neurologiques. Le Conseil d'Etat estime qu'on ne peut pas motiver de manière objective pourquoi le médecin spécialiste en médecine interne serait plus compétent sur le plan médical pour organiser un tel service que le médecin spécialiste en médecine physique. Ces critères existent bien dans le chef des

⁷² Arrêt n° 132.565

⁷³ Arrêté royal du 5 décembre 2003 portant nomination du président, des vice-présidents et de membres du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Moniteur Belge du 15.01.2004)

⁷⁴ Arrêt n° 132.601

médecins spécialistes en neurologie et neuropsychiatrie et sont inhérents à leur formation en tant que telle.

VII. PEDIATRIE ET GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

La veille de notre précédente assemblée générale de l'année dernière, le Prof. Johan KIPS a, dans le cadre d'une journée d'étude à Louvain⁷⁵ et au nom du ministre DEMOTTE, présenté un exposé remarqué sur l'organisation des soins pédiatriques hospitaliers. Concernant le secteur ambulatoire, il s'est demandé comment le pédiatre pouvait être associé à la gestion du dossier médical global (DMG) pour les enfants, avec la conclusion de protocoles de collaboration pour l'accompagnement d'enfants malades chroniques et l'instauration d'un ticket modérateur différencié lorsqu'un enfant est envoyé chez le pédiatre par le généraliste.

Les pédiatres hospitaliers étaient toutefois venus pour entendre quelles solutions seraient proposées pour le sous-financement de leurs activités médicales et de l'infrastructure des services pédiatriques. La grave pénurie de pédiatres en milieu hospitalier est un problème d'honoraires et non pas de main-d'œuvre masculine ou surtout féminine.

Au début 2005, il y a exactement 1.400 pédiatres inscrits comme étant professionnellement actifs auprès de l'INAMI. Toutefois, l'INAMI n'indique pas quelle proportion d'entre eux a exclusivement une activité hospitalière, exclusivement une activité privée ou une activité mixte. Une enquête réalisée auprès des pédiatres, qui a été présentée à l'occasion de la journée de protestation nationale qui s'est tenue à Bruxelles le 07.05.2004, a montré que seuls 9 % des pédiatres souhaitent travailler exclusivement en milieu hospitalier, que 23 % préfèrent une activité principalement hospitalière et que 68 % souhaitent travailler aussi bien à l'hôpital qu'en dehors de celui-ci.

Les pédiatres se sont vu asséner une douche froide par DEMOTTE par le truchement de KIPS. Un certain nombre d'hôpitaux devraient fermer leur service de pédiatrie et les moyens financiers ainsi libérés serviraient à financer les rémunérations des pédiatres assurant la permanence à l'hôpital.

Dans le cadre du discours que j'ai prononcé le 7 mai 2004 à l'occasion de la conférence de presse et de la manifestation organisées à Bruxelles, avec ensuite une entrevue très médiatisée chez le ministre DEMOTTE à son cabinet, j'ai fait remarquer en ma qualité de président de l'ABSyM que les efforts consentis pour permettre la revalorisation des actes intellectuels sont honorés à hauteur de moins de 20 % par les autorités. L'accord 2004-2005 prévoyait, pour les gynécologues et les pédiatres réunis, un montant de 1,339 million d'euros. Suite à une initiative du groupe de travail chirurgie du Conseil technique médical (CTM) de l'INAMI qui a été approuvée à l'unanimité en réunion plénière du CTM, la Commission nationale médico-mutualiste a marqué son accord, le 07.06.2004, pour attribuer intégralement aux pédiatres le montant total de 1,339 million d'euros sur base annuelle prévu au

⁷⁵ “De organisatie van de ziekenhuiszorg voor kinderen”. Centrum voor Ziekenhuis en Verplegingswetenschap. Leuven. 06.02.2004.

point 3, projet N0405/02 de l'accord médico-mutualiste du 15.12.2003⁷⁶. L'ABSyM et les mutuelles ont donné leur accord tandis que le Cartel s'est abstenu.

Pour pouvoir accorder de véritables honoraires d'urgence aux gynécologues pour les accouchements réalisés en dehors des heures de travail normales, il faut disposer au minimum de 6,2 millions d'euros⁷⁷. Le CTM n'a pas jugé raisonnable de répartir le montant modeste de 1,339 million d'euros entre les deux disciplines.

Les gynécologues qui avaient réservé un accueil enthousiaste à l'accord du 15.12.2003 qui prévoyait enfin de leur accorder des honoraires d'urgence pour les accouchements réalisés durant la nuit ou pendant le week-end⁷⁸, se sont dits déçus et en colère⁷⁹.

L'accord du 15.12.2003 stipule que la revalorisation accordée aux pédiatres pourrait entrer en vigueur au plus tôt le 01.07.2004. Bien que les instances de l'INAMI et le cabinet de DEMOTTE aient rapidement finalisé le dossier, il a fallu attendre jusqu'au 18.01.2005 pour que l'Arrêté royal y relatif soit publié au Moniteur⁸⁰. La revalorisation pour la présence du pédiatre à l'accouchement entre en vigueur le 01.03.2005.

Les projets visant à fermer certains services de pédiatrie rencontrent une opposition croissante. Même si nous avons rencontré des collaborateurs du cabinet de DEMOTTE à plusieurs reprises à ce sujet et malgré nos demandes répétées, nous n'avons encore reçu aucun document écrit de leur part.

Pendant ce temps, toutes sortes de rumeurs circulent. Par exemple, un hôpital ne disposant pas d'un service de pédiatrie (service E), ne pourrait plus maintenir une maternité, même si, à l'heure actuelle, des centaines (> 400) d'accouchements y sont réalisés chaque année avec l'accompagnement d'un pédiatre appelable. Dans le cas de certains hôpitaux, la fermeture des lits d'obstétrique signifierait même la fermeture de tout l'hôpital car le nombre total de lits passerait alors sous le seuil minimum de 150 lits requis pour conserver l'agrément. La survie des services d'urgence est compromise. La possibilité de réaliser des interventions chirurgicales (ORL, urologie, chirurgie générale, ophtalmologie) est mise en péril si l'hôpital ne dispose pas d'un service E, à moins qu'un accord de collaboration écrit ne soit signé avec un service E d'un autre hôpital ou si aucun hôpital ne dispose d'un service E dans un rayon de 25 kilomètres.⁸¹ Même les responsables politiques NIMBY⁸² locaux commencent à se mêler de la survie de "leur" pédiatrie dans "leur" hôpital local⁸³.

⁷⁶ Accord national médico-mutualiste 2004-2005 du 15.12.2003, point 3, projet N0405/02 : "Obstétrique (supplément d'urgence) et pédiatrie (présence du pédiatre lors de l'accouchement) : 1,339 million d'euros sur base annuelle".

⁷⁷ Doc. NCGZ/CNMM/2004-68 du 17.10.2004.

⁷⁸ "Justice est faite". Dr Johan VAN WIEMEERSCH dans Le Journal du Médecin n° 1558 du 19.12.2003.

⁷⁹ "Les gynécos agitent la menace de la grève". Journal du Médecin. N° 1597. 28.05.2004.

⁸⁰ Arrêté royal du 12.01.2005 modifiant, en ce qui concerne les dispositions de l'article 26, par. 4, l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Moniteur belge du 18.01.2005, p. 1382.

⁸¹ Arrêté royal du 29 avril 1999 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre. Moniteur belge du 06.10.1999.

⁸² NIMBY : Not In My Back Yard

⁸³ "Les élus inquiets des fermetures des services pédiatriques". Le Journal du Médecin. N° 1633. 23.11.2004.

A l'heure actuelle, il n'existe pas encore de proposition officielle et a fortiori de solution. Le fait est que toutes sortes de critères sont brandies et ils ne concernent pas au dernier chef la qualité des services, et ce alors que les autorités aspirent en fait à fermer définitivement un certain nombre de petits hôpitaux sans oser l'avouer. Une fois encore, les démons communautaires refont surface car, compte tenu de la densité en hôpitaux plus faible dans certaines parties de la Wallonie, des mesures d'exception taillées sur mesure devront à nouveau être concoctées.

A la Chambre, le mardi 01.02.2005, toute une série de questions ont été posées concernant la pédiatrie hospitalière et les maternités. Le ministre DEMOTTE n'a pas répondu à la moindre question, à la suite de quoi la députée VLD Annemie TURTELBOOM a réalisé sa propre analyse qu'elle a également transmise aux médias. Il en ressortirait que, du fait des projets de réforme du cabinet DEMOTTE, 13 maternités sont menacées de fermeture en Flandre car il n'y a pas de service E disponible dans les hôpitaux ou sur les sites hospitaliers concernés.

Maternités menacées ⁸⁴	
Maternités	Solution
St.-Maarten Mechelen	vers St.-Maarten Duffel
Bornem	disparaît
Stuivenberg Antwerpen	disparaît
Lokeren	disparaît
Deinze	disparaît
St.-Vincentius Mortsel	vers St.-Vincentius Antwerpen
Menen	vers Roeselare
Groenige Kortrijk	fusion en une seule maternité
Asse	vers O.L.Vrouw Aalst
Wetteren/Geraardsbergen	vers ASZ Aalst
Poperinge	vers Ieper

Source : Gazet van Antwerpen, 02.02.2005

Tableau 9

Nous répétons que toutes ces spéculations n'ont été confirmées ou infirmées par aucune annonce officielle du cabinet. L'affaire est "à l'étude". Il est à espérer que les hôpitaux concernés n'apprendront pas la fermeture de leurs services en lisant le Moniteur belge, comme c'est arrivé au président de la Commission de Remboursement des Médicaments qui a été informé par ce moyen, le 31.12.2004, que sa présidence lui était enlevée (cf. point VIII.3.).

Ou bien Steve STEVAERT va-t-il les en informer personnellement, dans la mesure où, après la réduction significative des prix des médicaments, le rabotage des honoraires des spécialistes, l'interdiction de "suppléments", l'impossibilité de travailler au noir, la fiscalisation de l'assurance des soins en Flandre, c'est maintenant des hôpitaux qui sont appelés à fermer⁸⁵? A-t-il en tête des hôpitaux où les médecins osent demander des "suppléments" ou d'autres?

Dans le cadre du symposium "Les spécialistes sur toute la ligne" organisé à l'occasion du 50^e anniversaire du GBS le 25.09.2004, le Dr Michel PLETINX,

⁸⁴ "Dertien materniteiten met sluiting bedreigd". Gazet van Antwerpen. 02.02.2005.

⁸⁵ "STEVAERT wil ziekenhuizen sluiten. Hoe meer ziekenhuizen hoe 'on gezonder' de mensen". De Standaard. 03.02.2005.

président de l'Association professionnelle belge des pédiatres, a prononcé un exposé remarqué intitulé : "Mettre l'enfant en première ligne". Mais, peu de temps après, les Mutualités chrétiennes ont lancé une attaque contre les pédiatres de première ligne. Pour les MC, il n'appartient pas aux pédiatres de se profiler comme le médecin de famille pour les enfants. Et ce pour le motif qu'ils coûtent, par consultation, plus à l'assurance-maladie que le généraliste. Ce qui constitue naturellement un raisonnement quelque peu simpliste⁸⁶.

Suite au succès des actions menées dans les médias durant le mois de mai 2004, lesquelles actions ont montré qu'en unissant ses forces, il est possible d'obtenir un plus grand succès que si de petits sous-groupes organisent des actions, l'union professionnelle des pédiatres a pris l'initiative d'appeler au paiement d'une cotisation commune pour le GBS et l'ABSyM. Quelque 80 pédiatres ont payé les deux cotisations, dont 64 nouveaux membres. La poursuite de ce recrutement commun de membres nécessite encore une concertation concernant un certain nombre d'aspects administratifs dans la mesure où l'ABSyM ne perçoit pas les cotisations de manière centralisée mais par Chambre syndicale.

VIII. MEDICAMENTS

VIII.1. Perturbations entre toutes les parties

Durant l'année 2004, la politique des médicaments a bénéficié quasiment quotidiennement d'une couverture médiatique. Tout comme les médecins spécialistes, même si ceci se vérifie dans une moindre mesure pour les généralistes, le secteur pharmaceutique a été traîné dans la boue coup sur coup. Le 20.01.2004, l'industrie pharmaceutique a passé un accord avec le ministre DEMOTTE⁸⁷. Il a été notamment convenu qu'un budget réaliste serait fixé d'ici 2007. Toutefois, trois mois plus tard, à l'occasion du "Sommet extraordinaire" à Raversijde du gouvernement Violet I, l'accord conclu avec le secteur pharmaceutique vole en éclats.

Le Prof. Leo NEELS, directeur général de pharma.be, déclare que le ministre n'a pas tenu parole et s'exprime en des termes bien sentis : "De minister (DEMOTTE) kijkt op de farma-industrie en de arts neer als op een pooier"⁸⁸ (nous traduisons : "Le ministre (DEMOTTE) regarde de haut l'industrie pharmaceutique et le médecin comme un souteneur.")

Le sommet gouvernemental qui s'est tenu à Raversijde les 20 et 21 mars 2004 ainsi que l'accord conclu entre DEMOTTE et les pharmaciens de l'APB⁸⁹ et Ophaco⁹⁰ ont pratiquement débouché sur une guerre entre les médecins (généralistes) et les pharmaciens⁹¹. Les pharmaciens souhaitent l'introduction d'honoraires forfaitaires pour leur fonction intellectuelle, qui consiste à fournir des conseils à leurs clients concernant les médicaments. Un pharmacien s'exprimant dans un feuillet

⁸⁶ "CM stelt eerstelijnsmediater in vraag". Artsenkrant. N° 1636. 03.12.2004.

⁸⁷ "Wapenstilstand stopt dertienjarige oorlog beleid-farma-industrie". De Standaard. 21.01.2004.

⁸⁸ "Wat is de handtekening van een minister waard?". Artsenkrant. N° 1580. 23.03.2004.

⁸⁹ Association Pharmaceutique Belge, rue Archimède 11, 1000 Bruxelles.

⁹⁰ Office des Pharmacies Coopératives de Belgique – Vereniging van Coöperatieve apotheken van België, Route de Lennik 900, 1070 Bruxelles.

⁹¹ "Le pharmacien promu au rang de médecin". Le Journal du Médecin. N° 1580. 23.03.2004.

d'information d'une banque présente la chose comme ceci : "De apotheker geeft de patiënt een aantal raadgevingen mee. Doorgaans kleine weetjes, zoals de vraag of het geneesmiddel samengaat met alcohol, of de patiënt met de auto mag rijden enz... In afzonderlijke consultatiehoeken kan de patiënt meer vertrouwelijke informatie krijgen over bijvoorbeeld incontinentiemateriaal, bloeddrukmeting, enz...⁹²" (nous traduisons : "Le pharmacien donne un certain nombre de conseils au patient. Il s'agit généralement de petites infos, par exemple si le médicament peut être associé à l'alcool ou si le patient peut conduire un véhicule, etc. Dans des espaces de consultation situés à l'écart, le patient peut obtenir des renseignements plus confidentiels, notamment sur le matériel pour l'incontinence, la mesure de la pression sanguine, etc."

Lorsque, à la fin du mois de mai 2004, l'APB a également envisagé de réduire la distribution d'échantillons gratuits et de reprendre la distribution contre paiement des médecins, il en a résulté une fracture ouverte⁹³. Par la voie d'un communiqué de presse diffusé le 28.05.2004, l'ABSyM a à nouveau réclamé un dépôt de médicaments pour les médecins et a ressorti un projet rangé dans un tiroir, qui avait été élaboré en 2000 et qui prévoyait que les médicaments soient acheminés par la Poste directement au patient en s'adressant à un grossiste via un système de commande électronique. De tels systèmes sont déjà opérationnels en Europe⁹⁴ et les Pays-Bas examinent la possibilité d'une introduction à grande échelle⁹⁵.

Le 14.06.2004, le ministre DEMOTTE a invité les parties adverses à se rencontrer. Il préside la réunion en personne, ce qui est rare – contrairement à son prédécesseur VANDENBROUCKE. Il laisse pratiquement toujours ses collaborateurs se taper les corvées et il reste à l'arrière-plan à moins qu'il faille dire qu'il se cache. Pour les médias, il n'en apparaît que d'autant plus aimable.

L'APB a dû battre en retraite avec sa proposition sur les échantillons gratuits : "De hevige reactie van de BVAS is voor ons een duidelijk signaal dat het voorstel niet op een consensus kan rekenen. Dus wordt het afgevoerd⁹⁶ (nous traduisons : "Les vives réactions de l'ABSyM constituent pour nous un signal clair que la proposition ne peut pas compter déboucher sur un consensus. Par conséquent, elle est abandonnée." Le GBS avait également vivement protesté contre les démarches des pharmaciens.

Le GBS a rendu public sa position concernant les génériques et la substitution en avril 2004⁹⁷, après que le Comité directeur notamment a pu entendre, dans le cadre de sa réunion du 18.12.2003, un exposé sur la bio-équivalence par le Prof. Dr Roger VERBEECK de l'UCL⁹⁸ à ce sujet. Le GBS a, à cette occasion, posé des conditions claires⁹⁹, mais est disposé à prescrire davantage de génériques – pourvu que cela

⁹² "Farmaceutische zorg vormt wissel op de toekomst". Bank J. Van Breda & Co. In de praktijk. Maart 2004.

⁹³ "Médecins et pharmaciens se déchirent". La Libre Belgique. 04.06.2004.

⁹⁴ "Artsen dreigen ermee zelf medicijnen te verkopen". De Morgen. 07.06.2004.

⁹⁵ "Zijn geneesmiddelenverdelende huisartsen kostenbesparend?". De Huisarts. N° 696. 23.06.2004.

⁹⁶ Karim IBOURKI, porte-parole du ministre DEMOTTE, dans "Apothekers halen bakzeil". Artsenkrant. N° 1600. 11.06.2004.

⁹⁷ "Position du Groupement Belge des Médecins Spécialistes (GBS) en matière de médicaments génériques, du droit de substitution, de la prescription par dénomination commune (DCI) et de délivrance d'échantillons médicaux". Le Médecin Spécialiste. N°. 4, page 1. Avril 2004.

⁹⁸ "Bio-équivalentie". Prof. Roger K. VERBEECK. Ecole de pharmacie, UCL-Bruxelles. Publié dans "Le Médecin Spécialiste". N°. 2. Février 2004.

⁹⁹ "Le GBS opposé au droit de substitution". Journal du Médecin. N° 1589. 27.04.2004.

soit possible et justifié. La collaboration avec le généraliste et la concertation avec le pharmacien hospitalier sont importantes à ce propos. Le spécialiste hospitalier initie très souvent un traitement, à partir du formulaire hospitalier existant, qui est ensuite censé être continué par le généraliste suivant le patient par la suite.

La concertation médico-pharmaceutique (que le pharmacien préfère appeler concertation pharmaco-thérapeutique, ce que les médecins jugent inacceptable) qui est inscrite dans l'accord conclu entre les pharmaciens et le ministre DEMOTTE et pour lequel un montant de 3 millions d'euros a été prévu à l'INAMI, concerne par conséquent non seulement les généralistes mais également les spécialistes.

VIII.2. Fruit importé non pas de Turquie mais de Nouvelle-Zélande

Nous pouvons difficilement ignorer le show médiatique consacré, en 2004, à la guerre menée contre le cholestérol. Chaque Belge a été informé du fait que le kiwi est un petit oiseau sans ailes qui a été érigé en symbole national en Nouvelle-Zélande et que la "groseille de Chine" – qui a une teneur élevée en vitamine C, qui contient de la pectine qui fait baisser le cholestérol et que la Nouvelle-Zélande exporte dans le monde entier – n'est pas davantage en mesure de voler.

Au terme du débat mené au Parlement sur la politique des médicaments le mardi 25.01.2005, un certain nombre de parlementaires restent convaincus que ce qui précède devrait quand même être vérifié sur place auprès de ceux vivant aux antipodes. Une sorte de commission rogatoire contre (médecins, industrie pharmaceutique) ou pour (responsables politiques flamands du Partij van de Arbeid au VLD en passant par le SP-A et le CD&V) pour aller interroger l'inculpé KIWI aux frais de l'Etat belge.

Le Comité exécutif du GBS a exprimé à plusieurs reprises son inquiétude concernant l'utilisation d'un tel système d'offre publique de médicaments. Un argument important est que l'innovation est stoppée et que – notamment du fait de la forfaitarisation de la politique des médicaments dans les hôpitaux annoncée par DEMOTTE d'ici le 01.07.2005 – les patients ne pourront plus bénéficier de remboursement pour les soins pharmaceutiques dont ils ont besoin¹⁰⁰.

Dans une circulaire du 13.08.2004¹⁰¹, le ministre DEMOTTE a informé les médecins que depuis le 01.08.2004, toutes les statines sont inscrites dans le chapitre II des spécialités pharmaceutiques remboursables, ce qui signifie qu'elles sont soumises à un contrôle "a posteriori", l'inspection pouvant vérifier dans les dossiers individuels si le patient remplissait effectivement les critères de remboursement requis. Un contrôle a posteriori peut – si les médecins continuent à s'écarter du profil de prescription attendu, après avoir reçu leur feed-back de l'INAMI – conduire à une mise sous monitoring de la totalité de la pratique du médecin. Le ministre a également fait remarquer aux médecins que, pour les statines pour lesquelles les firmes ont accepté une baisse significative du prix, la possibilité a été offerte de les faire rembourser via le chapitre I.

¹⁰⁰ “Marc Moens : "Le modèle KIWI jette de la poudre aux yeux des gens". Le Journal du Médecin. N° 1636. 03.12.2004.

¹⁰¹ Circulaire aux médecins portant la référence RD/JK/04/07 du 13.08.2004.

VIII.3. L'incident gastro-intestinal

Le directeur du cirque DEMOTTE ne tient pas toujours les rênes, comme en atteste l'incident avec le Prepulsid®¹⁰² de Janssen-Cilag. Le jour de la Saint-Nicolas 2004, le fabricant a fait savoir sur son website que le Prepulsid® ne peut plus être prescrit que par des pédiatres, des gastro-entérologues et des endocrinologues travaillant dans un hôpital universitaire ou dans des hôpitaux disposant de lits universitaires. L'indignation justifiée a été grande notamment parmi les gastro-entérologues.

Quelques recherches nous ont appris qu'en fait, "personne" n'était au courant. Le responsable au ministère des Affaires sociales, le Prof. Johan KIPS, n'était absolument pas informé du dossier Prepulsid. Farma.be (anciennement AGIM) n'en savait pas davantage.

Les représentants de l'ABSyM au sein de la CRM (Commission de Remboursement des Médicaments) à l'INAMI, où sont normalement traitées ces conditions de remboursement, n'étaient eux aussi pas au courant. Après enquête, il est apparu que ce dossier Prepulsid n'avait pas été traité là. Pourtant, en principe, les modifications apportées aux conditions de remboursement doivent y être examinées. En d'autres termes, des "experts" au SPF Santé publique ont, sans la moindre concertation, durci plus encore l'A.R. du 05.11.2002¹⁰³ réglementant déjà le remboursement restrictif du Prepulsid, et ce d'une manière très discriminatoire.

La remarque que ce dossier avait également une connotation communautaire m'a valu un appel téléphonique irrité du cabinet. En Wallonie et à Bruxelles, nombre d'hôpitaux sont liés soit à l'ULB soit à l'UCL. Dans la mesure où ces hôpitaux se sont également vu attribuer quelques – voire de nombreux – lits universitaires, le dossier Prepulsid® constituait moins un problème en Wallonie qu'en Flandre. En Flandre, le Prepulsid® ne pouvait plus être prescrit que dans 12 hôpitaux tandis que dans la partie francophone du pays, ils étaient 20 (6 à Bruxelles et 14 en Wallonie).

Par leur intervention dans les médias, le GBS et l'ABSyM ont réussi à obtenir que, dans le cadre d'une réunion convoquée d'urgence au cabinet de DEMOTTE le 16.12.2004, la réglementation soit abandonnée aussi rapidement qu'elle n'avait été introduite¹⁰⁴. L'arrêté qui avait déjà été envoyé au Roi pour signature (où personne ne savait quoi que ce soit!) a été retiré. Le constat que, dans ce dossier également, une différence communautaire est apparue, a suscité une plus grande commotion au cabinet DEMOTTE que l'éventualité que des milliers de patients doivent soudainement aller quémander leur prescription de Prepulsid® dans les hôpitaux universitaires ou dans les hôpitaux ayant des lits universitaires.

¹⁰² Le Prepulsid® ne peut être prescrit que de manière restrictive en raison de ses effets secondaires possibles sur le cœur (allongement de l'intervalle QT).

¹⁰³ Arrêté royal du 5 novembre 2002 déterminant les conditions de prescription et de délivrance des médicaments qui contiennent de la cisapride. M.B. du 22.11.2002

¹⁰⁴ "Medicijn moeilijker te vinden, dan makkelijker, dan gratis, dan weg". De Standaard. 17.12.2004.

VIII.4. Remplacement à la Commission de Remboursement des Médicaments

Entre-temps, le président de la Commission de Remboursement des Médicaments, le Prof. Alain DUPONT (VUB), a été démis de ses fonctions, sans la moindre concertation, par le biais d'un petit article discret dans la dernière "loi poubelle"¹⁰⁵. L'article prévoit en effet qu'à partir du 01.01.2005, le président est désigné par le ministre en personne pour une durée de 6 ans renouvelable. Dans la mesure où l'expert est mis à temps plein à disposition de l'INAMI, ce poste ne peut plus être combiné avec une autre fonction académique. La compétence requise par cet expert, ainsi que son statut, doivent encore être fixés par le Roi, c'est-à-dire par le ministre compétent, à l'heure actuelle Rudy DEMOTTE.

DEMOTTE s'attend-il à une fin proche du Gouvernement? Dans les couloirs, on murmure les noms de ses collaborateurs qui occuperaient tous les postes déjà vacants, nouvellement créés ou encore à créer via la loi des pouvoirs spéciaux. Espérons pour les intéressés que les dirigeants politiques n'oublient personne. En politique, tout est en effet possible. Cette mésaventure est ainsi arrivée, en 1988, à Jean-Luc DEHAENE : d'abord comme informateur, ensuite comme formateur, il a conduit à bonne fin une formation de gouvernement jugée impossible mais il s'est soudainement retrouvé sans portefeuille ministériel. Il avait tout simplement été oublié. Après quelques remaniements, il s'est finalement vu attribuer le ministère des Transports¹⁰⁶.

L'histoire du Prepulsid® ainsi que les modifications de loi déjà réalisées ou en chantier nous font craindre le pire pour le patient. Prochainement, nous connaissons encore un modèle de politique en matière de médicaments totalement dirigé par des responsables politiques (et leurs mutuelles), à orientation strictement économique, via un système d'enveloppes fermé globalement et un système d'enveloppes fermées dans chaque établissement de soins, avec des appels d'offre publics et des experts désignés par le Roi – c'est-à-dire par le ministre en fonction – dans des commissions consultatives où ils peuvent ignorer et marginaliser avec un fort parti pris les professionnels et les académiciens comme non fiables et incompetents.

¹⁰⁵ Article 61 de la loi-programme du 27 décembre 2004. M.B. du 31.12.2004, Ed. 2.

¹⁰⁶ "Jean-Luc DEHAENE mét commentaar". Page 169. Hugo DE RIDDER. 1996. Uitgeverij Lannoo.

IX. A VOL D'OISEAU

Nous avons parlé de pas mal d'autres choses au cours de nos réunions hebdomadaires :

- Le "dossier soins d'urgence", où un groupe de travail de la Commission nationale médico-mutualiste présidé par le Dr Robert RUTSAERT a émis, le 28.06.2004, une série de recommandations au sein de la médico-mut. Depuis lors, plusieurs projets pilotes ont été lancés tant en Flandre qu'en Wallonie à titre expérimental avec des gardes de médecins.
- Le "dossier oncologie", où nous avons malgré tout enregistré des succès importants au niveau du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes, avec la création de l'accès à ce titre professionnel particulier pour d'autres spécialités, en plus des spécialistes en médecine interne. En dépit de la démarche regrettable du Prof. Simon VAN BELLE (université de Gand). Par rancune, il a jugé à nouveau nécessaire de dénigrer des confrères oncologues non internistes dans les médias¹⁰⁷. Le 24.01.2004, le GBS et l'ABSyM ont introduit une nouvelle plainte conjointe auprès du Conseil provincial de l'Ordre des médecins de Flandre orientale.
- Le "dossier A.R. n° 143" relatif à l'agrément et à l'exploitation des laboratoires de biologie clinique
- Le dossier "Déclaration d'admission" à l'hôpital.
- Le dossier "numerus clausus" : pour ce point et le précédent, nous vous renvoyons à l'allocution de notre président, le Dr J.L. DEMEERE.
- Le dossier "stomatologie", où nous avons réclamé une solution, par le biais de l'ABSyM au Comité de l'Assurance du 20.12.2004, pour la "suppression des extractions chirurgicales"¹⁰⁸.
- Les dossiers "droits du patient", "euthanasie", "assurance responsabilité professionnelle". En ce qui concerne l'assurance responsabilité professionnelle, signalons la proposition de loi du PS, introduite par Yvan MAYEUR et consorts, "visant à ce que soient édictées des normes de sécurité et d'hygiène à l'égard des établissements de soins et établissant un mécanisme d'indemnisation des patients victimes d'infections nosocomiales."¹⁰⁹
- Le dossier "Réforme de l'Ordre des médecins" par le biais d'un projet de loi sur la création d'un Conseil supérieur de déontologie des professions de soins de santé.

....

¹⁰⁷ "Wildgroei 'gespecialiseerde' kankercentra misleidt patiënten". De Morgen. 07.01.2005.

¹⁰⁸ Accord national dento-mutualiste 2005-2006 du 15.12.2004. Note C.S.S. n° 2004/357 de l'INAMI du 16.12.2004. Point 2.2. Projet N0506/01 "Suppression des extractions chirurgicales. Economie 4,9 millions d'euros" a été transformé, à la demande du ministre, en "mise à zéro de la lettre-clef". En d'autres termes, les stomatologues devraient réaliser les extractions gratuitement. C'est contraire à l'article 15 de l'A.R. n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé du 14.11.1967.

¹⁰⁹ Chambre des représentants de Belgique. Doc 51 1565/001 du 20.01.2005.

Sans parler des nombreux projets et propositions de loi que les responsables politiques lancent dans l'hémicycle parlementaire parce qu'ils sont utiles et nécessaires (c'est plutôt l'exception) ou parce qu'ils souhaitent se mettre en évidence et soigner leur cote auprès du grand public.

Il est clair que notre comité exécutif, et plus particulièrement notre staff administratif, mène une existence qui n'est ni ennuyeuse ni monotone.

X. CONCLUSION

2004 a prouvé que les soins de santé sont de plus en plus sous l'influence directe de la politique fédérale et régionale. En Flandre, le président du SP.A. STEVAERT joue le premier violon. Tandis que Frank VANDENBROUCKE semait la discorde entre les généralistes et les spécialistes, STEVAERT applique le mécanisme "diviser pour régner" au niveau des relations entre les différents spécialistes. A Bruxelles et en Wallonie, l'attitude anti-spécialistes des politiques est moins perceptible.

Tous les moyens sont bons pour réduire les dépenses : cela va du refus de rembourser des médicaments nécessaires et des prestations médicales qui ont été pourtant acceptées par toutes les instances compétentes¹¹⁰ jusqu'à la fermeture des hôpitaux. En 2005, tout cela sera assaisonné par le pouvoir fédéral avec une petite sauce aux pouvoirs spéciaux et le climat social déjà très tendu dans les rangs des blouses blanches l'est davantage encore. Tout cela conduit à un cocktail explosif qui, pour l'année 2005, fera voler en éclats le modèle de concertation dans le secteur de la santé par l'action unilatérale des pouvoirs publics.

Le lecteur et l'auditeur de mon rapport aura probablement remarqué que je renvoie régulièrement à des faits qui peuvent tout aussi bien figurer dans le rapport annuel de l'ABSyM 2004 et que je peux d'ailleurs citer dans la mesure où, depuis le 28.03.2004, j'ai à nouveau repris la présidence de l'ABSyM, succédant au Dr Jacques DE TOEUF. Du reste, j'avais également réalisé mes précédents rapports du GBS selon ce même principe. Je crois très fermement dans la mise en place d'une collaboration plus étroite, et ce même si l'historique de la création des différentes associations, chacune avec des structures et des habitudes qui leur sont propres, ne facilite pas la cohésion. Je me répète peut-être dans la conclusion de mon quinzième rapport annuel : ce n'est qu'ensemble que nous pouvons faire front à la médecine étatisée qui progresse. Après seize années de pouvoir socialiste ininterrompu au ministère des Affaires sociales, on met en place un régime qui n'est pas souhaité par la majorité de la population belge.

En post-scriptum, je joins au présent rapport une lettre d'opinion que j'avais écrite en ma qualité de président de l'ABSyM à l'occasion des attaques incessantes de Steve

¹¹⁰ "Comme le "Projet N0405/08 : consultation préanesthésie" de l'Accord médico-mutualiste du 15.12.2003 (Moniteur belge du 21.01.2004, Ed. 1) pour un montant approuvé de 1,58 million d'euros.

STEVAERT contre les spécialistes le 26.01.2005. Nous attendons de voir si elle sera publiée^{111,112}.

Je vous remercie pour votre attention.

Dr Marc MOENS

¹¹¹ Le Secrétariat de l'ABSyM a entre-temps appris, de la bouche du responsable de la section "Opiniepagina", Tom HEREMANS, que cette lettre d'opinion n'a pas été retenue par "De Standaard" pour le motif que ... "il n'y avait pas de place, que c'était trop technique et que ce n'était plus d'actualité ..." En résumé, les arguments classiques avancés par la rédaction pour éconduire 80 % des auteurs potentiels de lettres d'opinion.

¹¹² La lettre d'opinion a par contre été imprimée dans l'édition de "De Tijd" du 04.02.2005 sous le titre "STEVAERT liegt over honoraria en supplementen".

Steve Stevaert se veut-il plus populiste que le Vlaams Belang?

Par clientélisme en faveur de son parti et pour rattraper les dizaines de milliers de voix qu'il a perdues pendant les nombreux dimanches noirs, en faveur du Vlaams Blok, le président du SP-A Stevaert s'évertue à diffuser de manière répétée des informations erronées concernant l'organisation des soins de santé, et plus particulièrement en ce qui concerne les honoraires dits "suppléments". Il crée insidieusement et volontairement des amalgames entre la notion d'honoraires dans le cadre du système d'assurance sociale au niveau de l'Institut d'Assurance-Maladie et Invalidité (INAMI), celle de ticket modérateur (quote-part personnelle) et celle d'honoraires libres, notions qui sont cependant très nettement distinctes.

Les montants des honoraires sociaux (INAMI) font l'objet de négociations entre les représentants des organisations représentatives du corps médical et les organismes assureurs. Ils sont fixés dans des accords conclus au sein de la Commission Nationale Médico-Mutualiste. Ces accords sont approuvés par le Ministre de tutelle (Affaires sociales) et par le Gouvernement. Les médecins ont le choix d'adhérer ou non à ces accords. Ceux qui y adhèrent sont tenus, selon les règles convenues dans les accords, de respecter ces tarifs d'honoraires à l'égard des bénéficiaires de l'assurance dont les revenus ne dépassent pas un niveau fixé dans ces accords.

Le ministre des Affaires sociales détermine, dans les limites du budget fixé par le gouvernement, la part de ces honoraires sociaux qui est prise en charge par l'Assurance-maladie. Autrement dit: la part de chaque prestation que la mutuelle remboursera au patient. La partie de l'honoraire social-INAMI qui n'est pas remboursée s'appelle « quote-part du patient » (ou ticket modérateur). Celui-ci peut différer d'une prestation à l'autre : une consultation de généraliste a par exemple un ticket modérateur de 30%, celle du spécialiste 40%. La situation sociale du patient détermine également le niveau du ticket modérateur. Il est très bas pour les veuves, invalides, pensionnés, orphelins et des bénéficiaires moins nantis. Pour bon nombre de prestations, il n'y a aucun ticket modérateur. Les honoraires pour l'ouverture d'un dossier global par le médecin généraliste sont par exemple remboursés intégralement. Comme le dit le mot, on part du principe que le paiement d'une quote-part personnelle, le ticket modérateur, rend le patient conscient du coût des dépenses pour les soins dispensés.

C'est par l'introduction des remboursements par l'autorité par la voie des mutuelles que le système d'assurances sociales belge a rendu les soins médicaux particulièrement accessibles et payables pour la population. Mieux que partout ailleurs en Europe.

Les médecins qui se sont engagés à respecter les honoraires sociaux des accords (durant les 10 dernières années, en moyenne 83,7% de tous les médecins), reçoivent, en contrepartie de ces tarifs avantageux, la possibilité de bénéficier d'un avantage social de l'INAMI qu'ils peuvent affecter à un revenu de remplacement en cas de maladie ou invalidité, ou pour une pension complémentaire en tant qu'indépendant et praticien d'une profession libérale. Cette très large adhésion aux accords fait que nous fonctionnons dans un des systèmes les mieux équilibrés et que les honoraires sociaux qui y sont appliqués sont parmi les plus bas d'Europe. C'est la

raison pour laquelle des assureurs étrangers n'hésitent pas à faire soigner leurs assurés en Belgique.

Les médecins non engagés (en moyenne 16,3% de tous les médecins durant les 10 dernières années) n'ont pas droit au statut social de l'INAMI ; cependant, ils restent libres de fixer eux-mêmes leurs honoraires sans être liés par les accords sociaux, sous réserve toutefois d'un certain nombre de règles qui ont été imposées dans les hôpitaux par le ministre des Affaires sociales précédent, F. Vandebroucke. Les honoraires que réclament ces médecins non conventionnés, sont les vrais honoraires comme peuvent les déterminer les autres professions libérales.

Aux patients dont les revenus dépassent la limite prévue dans les accords sociaux ou aux patients qui, pour des raisons de convenance personnelle, ont demandé une chambre particulière, les médecins conventionnés peuvent également fixer eux-mêmes le montant de leurs honoraires. Dans le jargon, on dit alors que le médecin demande « un supplément ». Ce médecin a besoin de ces honoraires pour payer les frais toujours croissants que l'hôpital lui porte en compte et pour compenser son engagement à respecter les tarifs sociaux. De nombreux hôpitaux prélèvent également des pourcentages élevés sur ces honoraires pour limiter leurs déficits d'exploitation.

Par ailleurs, les hôpitaux demandent aux patients des suppléments pour le séjour en chambre de luxe ou particulière. Ceux-ci n'ont rien à voir avec les soins dispensés par les médecins et ces derniers ne sont associés en rien à la fixation de ces suppléments de chambre par les directions hospitalières. La mise à disposition de chambres particulières pour tous les patients, comme le propose Stevaert n'est ni réalisable sur le plan architectural, ni payable par les budgets, et nécessiterait par ailleurs beaucoup plus de temps de la part des praticiens médecins et infirmiers. Cela aussi coûte plein d'argent dont Vandelanotte ne dispose pas. Actuellement, les hôpitaux sont confrontés à un sous-financement considérable, dont les mesures envisagées par le ministre Demotte ne peuvent tout au plus que ralentir la croissance.

Toute profession libérale de notre société doit pouvoir fixer, dans des limites raisonnables et modérées, sous contrôle de son organe disciplinaire (in casu l'Ordre des Médecins), le montant de ses honoraires. Par ailleurs, pour le non-respect des règles en matière d'honoraires dans le cadre des accords de l'INAMI, des sanctions sévères sont prévues.

L'ABSyM se distancie expressément des campagnes populistes de M. Stevaert dans les médias. En 2004, les généralistes se sont vu accuser à tort, principalement de la part des milieux socialistes flamands, de mauvaises prescriptions médicamenteuses sous l'incitation de l'industrie pharmaceutique, de traitements inadéquats notamment en matière d'hypertension, de dépressions et d'autres maladies. Depuis le 02.01.2005, Stevaert a entamé une campagne de dénigrement des spécialistes. Tous les moyens, même les plus bas, sont bons. Apparemment, il veut mettre en péril dans les plus brefs délais, le modèle belge de concertation sociale qui a conduit au système actuel des soins de santé apprécié par tous. Son but: le remplacer par un système étatisé comme ceux qui, ailleurs en Europe, pataugent dans le rationnement des soins et les listes d'attentes interminables.

Peut-être ambitionne-t-il la réédition de la trouble période du début des années 1960 lorsque le ministre (BSP) de l'époque, Edmond Leburton, voulait introduire une médecine d'Etat selon le modèle britannique en Belgique? Leburton a malheureusement fait fausse route et les soins de santé britanniques sont devenus une catastrophe. Ce sont mes prédécesseurs syndicaux Wynen et Beckers qui, à l'époque, ont sauvé la Belgique du désastre, en développant avec les mutuelles un modèle de concertation sociale.

Si le Parlement fédéral adopte le projet de loi de pouvoirs spéciaux - déjà approuvé par le Conseil des ministres du 23.12.2004 – relatif à la maîtrise des dépenses des soins de santé, le ministre Demotte pourra décider ce qu'il veut sans le moindre débat parlementaire et sans consultation des organes consultatifs prévus par la loi. Alors, l'avenir des patients belges est plus sombre que jamais. Croisons les doigts.

Dr Marc MOENS,
Président de l'Association Belge des Syndicats Médicaux (ABSyM)