

**Rapport annuel 2005 du G.B.S.
Dr Marc MOENS, Secrétaire général
04.02.2006**

**AUJOURD'HUI,
DES ECONOMIES SANS FIN,
ET DEMAIN,
SOYLENT GREEN ?**

SOMMAIRE

I.	Volet administratif.....	1
II.	Représentation	1
III.	Contexte politique.....	3
	1. Cela fait longtemps : une année sans élections.....	3
	2. Les bouffeurs de médecins	4
	3. Tensions communautaires	6
	4. BeHealth et FlaHealth.....	8
	5. Politique en matière de médicaments	10
	6. Débat autour de l'euthanasie: direction Soylent Green ?.....	16
	7. Privatisation	19
IV.	Numerus clausus.....	22
V.	Accord médico-mutualiste.....	25
	1. Effraction avec les pleins pouvoirs.....	25
	2. Le gouvernement fixe des exigences à la Médico-Mut.	27
	3. Une décision archidifficile.....	29
	4. Accréditation.....	30
VI.	Procédures juridiques.....	33
	1. Procédures juridiques introduites en 2005 ou financées par le GBS.....	33
	1. A.M. du 14 février 2005 et A.R. du 17 février 2005 fixant les normes d'agrément et le titre professionnel en médecine d'urgence	33
	2. Arrêtés Royaux du 15 juin 2005 relatifs aux modifications des art. 26 et 17 de la nomenclature.....	33
	3. A.M. du 29.07.2005 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes en gériatrie et A.R. du 10.08.2005 modifiant l'A.R. du 25.11.1991 établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire	34
	4. A.R. du 17.09.2005 modifiant l'article 73, § 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.....	35

5.	Arrêté royal du 11 juillet 2005 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux	35
6.	Financement du service de radiothérapie	36
2.	Arrêts	37
1.	Le Décret de la Communauté flamande du 03.03.2004 relatif aux soins de santé primaires et à la coopération entre les prestataires de soins. – Arrêt de la Cour d'arbitrage du 28.09.2005 n° 147/2005	37
2.	Recours en annulation de la loi du 22.06.2004 et de l'art. 21 de la loi du 27.12.2004 modifiant l'article 140 de la loi SSI. Arrêt de la Cour d'arbitrage du 11.01.2006 n° 5/2006.....	37
VII.	A vol d'oiseau	38
1.	Pédiatrie	38
2.	Chemins cliniques.....	38
3.	Oncologie.....	38
4.	Infections nosocomiales.....	39
5.	Agrément des généralistes	39
6.	"Fortes hausses" à l'INAMI	39
7.	Soins d'urgences et médecine aiguë.....	39
8.	Chirurgie bariatrique.....	40
9.	Le secteur de la réadaptation	40
10.	Médecins spécialistes en formation	41
11.	Echelonnement	42
VIII.	CONCLUSION.....	43

I. VOLET ADMINISTRATIF

Le GBS est une organisation particulièrement active. Notre directeur, Jos Van den Nieuwenhof, et notre directrice adjointe, Fanny Vandamme, nous ont fait rapport, en 2005, dans le cadre des 40 réunions du comité exécutif se réunissant le lundi midi, de pratiquement tout ce qui se passe dans le paysage politico-médical, de ce qui a été projeté, des problèmes qui ont été soumis au GBS concernant les hôpitaux, parfois des situations individuelles lorsque celles-ci ont des conséquences de principe, en résumé de pratiquement tout ce qui s'est passé entre la rue de la Loi, l'avenue de Tervueren (INAMI) et la colonne du Congrès et, plus tard dans l'année, à la place Victor Horta (SPF Santé publique).

En 2005, le GBS a publié huit numéros classiques du "Médecin Spécialiste" et deux éditions spéciales.

Sur le website du GBS qui est très visité, vous avez pu prendre connaissance de 17 numéros du "e-spécialiste" et de 24 communications relatives à des réactions des unions professionnelles, à des modifications de la nomenclature, à des discours de notre président, à des lettres que nous avons adressées aux Autorités, etc. Les onze bulletins d'information concernant les activités de formation continue approuvées par le groupe de direction de l'accréditation ont, cette année encore, été consultés de façon intensive.

II. REPRESENTATION

II.1. Le GBS a participé activement à la préparation et à la manifestation du 24.09.2005 organisée par l'ABSyM contre la politique du gouvernement en matière de soins de santé. La veille de cette manifestation, nos bureaux ressemblaient davantage à un atelier de menuiserie et de peinture qu'à un service administratif. Il en a jailli de petites merveilles en matière de slogan. Par exemple le rébus s'étalant sur une grande banderole : "Un ministre qui lance des projets de loi dont il ignore les quoi et les pourquoi est ... un nainposter"¹. Une allusion claire aux propos du ministre Demotte "Ce qui m'énerve au plus haut point? Qu'on me prenne pour un Schtroumpf à lunettes qui fait la morale sur des sujets de santé, qui boit de l'eau, mange des fruits, fait du sport"². En préambule à la manifestation, le Prof. GRUWEZ a représenté le GBS à une action de protestation qui s'est tenue à Flobecq, le port d'attache du ministre DEMOTTE, le 09.07.2005.

II.2. Il y a également eu un certain nombre d'autres rendez-vous politiques.

Une délégation de notre organisation s'est rendue chez le Dr Catherine FONCK, ministre de la Santé publique de la Communauté française, le 08.03.2005. Le 13.03.2005, le GBS a eu un entretien officiel avec Didier REYNDERS, vice-premier ministre et ministre des Finances, afin d'exposer un certain nombre de problème en suspens. Trois réunions ont été organisées avec le président du VLD, Bart SOMERS, et/ou avec des députés et sénateurs du VLD.

¹ Cf. la photo sur les marches de la Bourse de Bruxelles publiée dans "Le généraliste" du 29.09.2005, n° 752, p. 2.

² Rudy Demotte à Pan, 08.12.2004.

Le GBS était présent à une rencontre d'organisations professionnelles de médecins avec la ministre flamande du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille Inge VERVOTTE le 27.06.2005.

II.3. Le Prof. Jacques GRUWEZ a pris part, le 29.11.2005, aux auditions parlementaires relatives à la possibilité de permettre à des syndicats médicaux monodisciplinaires de participer aux élections médicales. Et, bien entendu, le GBS s'est rendu à plusieurs reprises au cabinet du ministre DEMOTTE, notamment pour discuter du projet de loi BeHealth.

II.4. Dans le contexte des tribulations autour du numerus clausus, Marie-Dominique SIMONET (cdH), ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche scientifique et des Relations extérieures et également vice-présidente du gouvernement de la Communauté française, a préféré rencontrer les étudiants. Malgré des demandes répétées de notre président, le GBS n'a pas été en mesure d'arranger un rendez-vous avec elle.

II.5. Le GBS a pris part, conjointement avec une délégation de l'ABSyM, à plusieurs réunions de concertation avec le VVI (Verbond van Verzorgingsinstellingen).

II.6. Le 04.04.2005, nous avons rencontré à Bruxelles le Dr Yves DUGRÉ, président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, qui avait invité le GBS à participer à la première "Conférence M-7" au Québec, les 7 et 8 novembre 2005, intitulée "Médecine Spécialisée Europe-Canada: même combat?" Notre président le Dr Jean-Luc DEMEERE, notre vice-président le Prof. Jacques GRUWEZ, notre secrétaire général adjoint le Prof. Francis HELLER et le Dr Vincent LAMY, trésorier de l'UEMS, ont représenté la Belgique au Québec. Les Drs DEMEERE et LAMY y ont pris la parole.

II.7. Le 19.08.2005, le GBS a été reçu par l'Euro-China Centre for Business Cooperation à Bruxelles et le Prof GRUWEZ y a tenu un exposé sur "The European Specialist. Europe - Mutual Recognition".

II.8. Jacques MERCKEN et Edgard MAES – et également, à titre occasionnel, le soussigné – ont assisté aux réunions de l'Institut de Récolte de Données Médicales (IRDM) qui a été créé en 2002 par le Dr Roland Lemye et qui a maintenant le Dr Jean CREPLET comme directeur.

II.9. Une délégation du GBS a participé à un symposium européen consacré à l'E-health et à l'utilisation ou non d'une carte de santé électronique, qui s'est tenu le 11.10.2005 à Bruxelles.

II.10. Le GBS central a apporté son soutien à l'orientation que les psychiatres entendent développer dans leur domaine d'activité en créant une nouvelle union professionnelle. Le GBS a également accordé son soutien à l'initiative visant à créer une union professionnelle distincte pour les gériatres qui viennent juste d'être reconnus comme une spécialité de base.

III. CONTEXTE POLITIQUE

III.1. Cela fait longtemps : une année sans élections

2005 a été une année sans élections. Bien que le nombre de pages du Moniteur belge soit généralement en augmentation³, cette année a été l'exception à la règle. Il n'y a eu "que" 57.756 pages publiées (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
2005	57.756	- 33,9	267,0

Tableau 1

L'année dernière, le secrétaire d'État à la Simplification administrative Vincent VAN QUICKENBORNE (VLD) a réagi avec une certaine hargne aux critiques que j'ai formulées concernant les 1.681 pages du Moniteur belge que chaque Belge était censé parcourir chaque semaine en 2004.

Il a qualifié de populiste le fait de compter le nombre de pages⁴.

Bien que le sénateur VAN QUICKENBORNE juge le fait trop futile pour réagir, il explique malgré tout qu'il a fallu 15.000 à 20.000 pages supplémentaires pour la publication des traités d'adhésion des 10 nouveaux Etats membres de l'UE ainsi que plusieurs milliers de pages pour les élections européennes et régionales.

Si on tient compte de toutes ces pages qui ne devaient plus être publiées en 2005, l'effet Kafka, c'est-à-dire les tentatives fédérales visant à limiter la surcharge administrative, et l'effet "RIA", c'est-à-dire l'analyse d'impact réglementaire du gouvernement flamand qui n'autorise pas de nouvelles règles sans en supprimer des anciennes, sont relativement limités.

Le fait est que l'on peut se réjouir que le cap des 100.000 pages est encore loin d'avoir été franchi⁵.

³ "Le cirque Demotte". Rapport annuel du GBS 2004. M. MOENS. Point II.4. "Le moulin à papier électronique". Le Médecin Spécialiste". Numéro spécial. Mars 2005.

⁴ "We kunnen het Bf-verhaal maar beter volledig afsluiten". Artsenkrant nr. 1655. 01.03.2005.

La mauvaise habitude de publier des Lois-programmes (11.07.2005, M.B. du 12.07.2005, éd. 2, et 27.12.2005, M.B. du 30.12.2005, éd. 2) et des Lois portant des dispositions diverses (20.07.2005, M.B. du 28.07.2005, éd. 1; 20.07.2005, M.B. du 29.07.2005, éd. 3; 23.12.2005, M.B. du 30.12.2005, éd. 2 et 27.12.2005, M.B. du 30.12.2005, éd. 2) est perpétuée avec obstination. Seuls quelques rares initiés savent ce que ces "lois poubelles" renferment.

Pour les médecins, les autres dispensateurs de soins et les hôpitaux, il n'en est ressorti, au cours de ces 20 dernières années, que des interventions collectivistes qui se sont traduites en des systèmes de rémunération forfaitaires et des économies de toute nature.

III.2. Les bouffeurs de médecins

Le franc-maçon Robert STEVAERT, ° 12.04.1954, mieux connu sous le sobriquet de Steve Stunt, ne s'est pas trompé le 01.06.2005. Avec le pacte des générations à l'horizon, il s'est assuré des vieux "jours" agréables comme quinzième gouverneur de la province de Limbourg et le premier d'obédience socialiste.

A moins que STEVAERT n'ait fait que répondre à l'appel que j'avais lancé : "Als het alleen maar is om zichzelf in de belangstelling te werken, dan zou Steve STEVAERT beter stoppen met zijn poppenkast" (*Si c'est uniquement pour attirer l'attention sur lui, Steve STEVAERT ferait mieux de cesser de faire le guignol*)⁶.

Ses attaques à l'encontre de la médecine spécialisée et la rhétorique qu'il a déversée suite aux propos que j'ai tenus au sujet de la privatisation partielle des soins de santé⁷ m'amènent à citer Derk Jan EPPINK : "STEVAERT is een kletsmajor. Zijn theorie heeft de houdbaarheid van een geopend pak melk" (*STEVAERT est un radoteur. Sa théorie a le délai de conservation d'une boîte de lait après ouverture*)⁸.

En sa qualité de "plus grand capitaliste de Hasselt"⁹, il peut maintenant exercer une fonction qualifiée de dépassée par nombre de membres du SP-A mais malgré tout bien rémunérée donnant droit à un appartement de fonction de standing et à un véhicule de fonction avec chauffeur.

Par le biais de cette mise à l'écart accompagnée d'une promotion, Rudy DEMOTTE a été débarrassé de ce pédant qui ne se mêlait que trop de la politique sociale et de santé.

Le projet de loi 1627 relatif à la maîtrise du budget des soins de santé et portant diverses dispositions en matière de santé est revenu sur le tapis pratiquement toutes les semaines durant le premier trimestre 2005. Le GBS a soumis toute une série d'amendements aux responsables politiques desquels on pouvait s'attendre à ce

⁵ "Staatsblad nadert 100.000 pagina's per jaar. 2004 was alweer recordjaar van Belgische reglementitis". De Standaard. 14.02.2005.

⁶ "Koken (van woede) met Steve". Opiniebijdrage. Marc MOENS. De Standaard. 17.02.2005.

⁷ "Het maandaginterview. Marc MOENS, voorzitter BVAS". De Morgen, 28.02.2005.

⁸ "'Processie tegen de verzuring.' Eppink op vrijdag." De Standaard. 12.04.2002.

⁹ Derk Jan EPPINK dans "Anatomie van paarse illusies. Eppink zonder censuur". Page 56. Davidsfonds Leuven. 2006.

qu'ils les appuient. Un amendement de Luc GOUTRY (CD&V), qui souhaitait l'instauration d'une interdiction quasi totale des suppléments, a pu être bloqué. Cette loi¹⁰ a finalement été votée, non sans un certain retard, à la Chambre le 13.04.2005 et au Sénat le 21.04.2005, y compris son article 58¹¹ qui a accordé une série de pouvoirs spéciaux au ministre DEMOTTE.

Armé des pouvoirs spéciaux, DEMOTTE a soudainement montré un autre visage : le Rudy bienveillant qui s'occupe du secteur social dans le secteur de la santé cède la place à un Rudy redoutable, qui mène à la baguette l'industrie pharmaceutique et assène un K.-O. financier et menace les médecins de sanctions totalement disproportionnées.

La confiance en DEMOTTE fond comme neige au soleil¹². 60 % des généralistes francophones lui accordaient encore leur confiance en avril 2004 mais en avril 2005, ils n'étaient plus que 35 %. Quant aux généralistes flamands, ils étaient 36 % en avril 2004 et plus que 22 % en avril 2005.

Durant la manifestation du 24.09.2005, Rudy DEMOTTE a été la tête de Turc. Sa lettre ouverte du 14.09.2005 qui a été publiée dans la presse "spécialisée"^{13,14} a été jugée beaucoup trop insuffisante. En outre, elle contenait une note de bas de page gênante indiquant que la prescription sous DCI était entrée en vigueur le 01.09.2005. La DCI n'est entrée en vigueur que le 01.10.2005, ce qui m'a amené à déclarer dans le discours que j'ai prononcé sur les marches de la Bourse que DEMOTTE ignore ce qui se passe dans son cabinet.

Personne ne savait à l'époque qu'il mentait pertinemment car la lettre laissait clairement entendre que, en mars (2006), les médecins seraient "invités à exprimer votre voix dans le cadre des prochaines élections médicales" (fin de citation). Quelques semaines plus tard, le calendrier a été "adapté" au "terrain" – seule l'ABSyM aurait en effet pu remplir les conditions de participation aux élections en mars 2006 – et les élections ont été reportées en septembre¹⁵.

Dans le cadre de la préparation de la loi-santé des pouvoirs spéciaux du 27.04.2005¹⁶, le député de Vilvorde et président de la commission des Affaires sociales Hans BONTE a suggéré d'installer une ligne de dénonciation pour pouvoir dresser rapidement la carte de la surconsommation médicale. De manière anonyme naturellement, de façon à ce que n'importe quel infirmier, paramédical, collaborateur du secrétariat ou à l'entretien puisse signaler les abus supposés.

“Omdat de officiële gezag- en machtsverhoudingen in ziekenhuizen een andere werkwijze onmogelijk maken, moeten we anonimiteit garanderen”(Nous devons

¹⁰ Loi du 27.04.2005 relative à la maîtrise du budget des soins de santé et portant diverses dispositions en matière de santé (M.B. du 20.05.2005)

¹¹ Titre IV - Maîtrise de l'objectif budgétaire 2005 de l'assurance soins de santé. Article 58 (M.B. du 20.05.2005, pp. 23703-23704.

¹² “Populariteit Demotte in vrije val”. Artsenkrant nr. 1684. 21.06.2005.

¹³ “Lettre ouverte du ministre Rudy Demotte”. Le Généraliste. 15.09.2005. n° 750.

¹⁴ “Lettre aux médecins”. Journal du Médecin 1696. 16.09.2005.

¹⁵ “Verkiezingen verdaagd tot september”. Elektronische Artsenkrant. 09.12.2005.

¹⁶ Moniteur belge du 20.05.2005.

garantir l'anonymat car les rapports d'autorité et de pouvoir officiels dans les hôpitaux ne permettent pas d'autre procédé)¹⁷.

BONTE avait-il pour ambition de devenir l'Erich MIELKE belge et de diriger la BESTASI (la Stasi belge)? La défunte République démocratique allemande (RDA) disposait, pour une population de 16 millions d'habitants, de 85.000 collaborateurs à temps plein et de 300.000 "Inoffizielle Mitarbeiter (IM)" pour faire tourner la Stasi (Staatssicherheit). De la sorte, BONTE aurait immédiatement été en mesure de réaliser la promesse inscrite dans la déclaration gouvernementale violette et de Guy VERHOFSTADT annonçant la création de 200.000 nouveaux emplois. Un objectif que le premier ministre a également réitéré en 2005¹⁸. La ligne de dénonciation n'a heureusement pas vu le jour.

Outre les 200.000 nouveaux emplois, VERHOFSTADT a également fait une autre promesse en 2004 qui n'a pas encore été réalisée : la baisse des impôts. Que du contraire. Le tableau 2 montre que ceux-ci ont encore augmenté en 2005.

Top 10 européen des recettes fiscales totales en pourcentage du PIB

	2003	2004	2004/2003
Suède	50,6	50,7	+
Danemark	48,3	49,6	+
Belgique	45,4	45,6	+
Finlande	44,8	44,3	-
France	43,4	43,7	+
Norvège	43,4	44,9	+
Autriche	43,1	42,9	-
Italie	43,1	42,2	-
Luxembourg	41,3	40,6	-
Pays-Bas	38,8	39,3	+

Source : De Standaard. 13.10.2005. "Belastingsdruk weer gestegen".

Tableau 2

III.3. Tensions communautaires

Les tensions relatives au dossier Bruxelles-Hal-Vilvorde ont pratiquement empêché que la loi-santé des pouvoirs spéciaux puisse être finalisée. Celle-ci a été publiée avec retard, après les vacances de Pâques.

Le ministre du Budget de l'époque, Johan VANDE LANOTTE, a même craint que le gouvernement ne tombe. En guise de "solution", le dossier B-H-V a été mis au frigo jusqu'en 2007 et le gouvernement a poursuivi ses activités. Une énième crise violette a été évitée mais un coup a été porté à la cohésion politique¹⁹.

Le vice-premier ministre Johan VANDE LANOTTE a déversé des paroles bien senties qui n'ont pas été appréciées par les francophones concernant l'emploi et les soins de santé^{20,21}. Depuis lors, il a quitté le gouvernement pour devenir président du

¹⁷ "SP-A ziet brood in kliklijn voor misbruiken in gezondheidszorg". De Morgen. 28.02.2005.

¹⁸ "Verhofstadt blijft bij doelstelling 200.000 nieuwe jobs". De Tijd. 28.01.2005.

¹⁹ "Mislukken B-H-V blaast geloofwaardigheid paars op". De Standaard. 12.05.2005.

²⁰ "De Franstaligen zijn België aan het opblazen". Humo. Nr. 3377. 24.05.2005.

SP-A. Concernant Freya VANDENBOSSCHE qui lui a succédé, il n'y a pas de controverse entre le Nord et le Sud : jolie mais incompétente. Le premier ministre néerlandais BALKENENDE suit probablement la "crise pétrolière belge" avec ravissement.

Il n'existe pas non plus de consensus concernant le financement alternatif de la sécurité sociale. Le Parti Socialiste est en faveur de la "Cotisation Sociale Généralisée" ou "Algemene Sociale Bijdrage" tandis que le SP-A y est opposé²².

La vision totalement différente concernant le numerus clausus est abordée dans le point IV. Et même la loi sur l'euthanasie est appliquée différemment au nord et au sud du pays : 80 % des déclarations à la commission compétente sont flamandes, seulement 20 % sont francophones²³.

Les dossiers afférents au PET-scan et aux centres cardiaques ont une forte connotation communautaire, et ce bien que les rapports aient été rédigés par des organes nationaux et objectifs, à savoir le Conseil national des établissements hospitaliers et le Centre d'expertise. Le fait que les recommandations figurant dans les rapports des deux instances soient diamétralement opposées ne facilite pas la décision du ministre.

Le *Vlaams Geneesherenverbond (VGV)* a dénoncé les tentatives du ministre DEMOTTE de récupération des compétences défédéralisées dans les soins de santé²⁴.

La campagne "Vous êtes en de bonnes mains – U bent in goede handen"²⁵ dont la promotion est assurée par une affiche bilingue apposée dans tous les hôpitaux belges, a suscité en Flandre un vif émoi à tel point que la ministre flamande du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille Inge VERVOTTE a été appelée à se justifier. Je n'ai eu connaissance d'aucune réaction semblable du côté francophone de la frontière linguistique.

Le VGV signale également la tentative visant à transformer l'Ordre des médecins en un "Conseil supérieur de déontologie" fédéral unitaire pour toutes les professions de soins de santé sans sections néerlandophone et francophone.

En tant que fédération belge d'unions professionnelles, le GBS n'a formulé aucune remarque spécifique à ce sujet. Par contre, il a bien examiné le projet et émis toute une série d'objections fondamentales. Le GBS est radicalement opposé à cette réforme.

²¹ "Toekomstig SP-A voorzitter blaast warm en koud over regionalisering. Werk ja, gezondheidszorg neen". De Standaard. 07.09.2005.

²² "Financement de la Sécu. Les syndicats en ordre dispersé". La Libre Belgique. 07.05.2005.

²³ "Registratie euthanasie groeit met 50 % in Vlaanderen...". Artsenkrant. N° 1704. 14.10.2005.

²⁴ "Federale recuperatie gezondheidszorgen". Periodiek. Nieuwsbrief Vlaams Geneesherenverbond. 60^{ste} Jaargang-sept-okt. 2005 – Nr. 5.

²⁵ Campagne lancée dans les médias le 15.02.2005 en faveur de la prévention des infections nosocomiales par la promotion de l'hygiène des mains.

III.4. BeHealth et FlaHealth

A la fin du mois de juillet 2004, un communiqué de presse du conseil des ministres a été publié discrètement pour annoncer la création d'un portail télématique offrant une porte d'accès unique pour toutes les personnes concernées par la sécurité sociale. C'est le Journal du Médecin qui, en plein milieu de l'été 2004, a attiré l'attention sur ce communiqué et a fait remarquer qu'aucun médecin n'était associé au projet²⁶.

Il était difficile de trouver d'autres informations à ce sujet. Tout s'est passé au sein du Service Public Fédéral (SPF) Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, dans les cénacles clos du Comité de direction "DG1. Organisation des Etablissements de Soins", avec comme directeur général Christiaan DECOSTER et avec le Dr Jean-Paul DERQC servant de relais au cabinet de DEMOTTE et le Dr Marc BANGELS du Service Télématique, Informatique et Communication dans le secteur des Soins de Santé comme rédacteur principal des projets de texte. Il convient de noter qu'il s'agit d'une initiative qui émane uniquement des rangs socialistes, notamment de Johan VANDE LANOTTE, Rudy DEMOTTE et Peter VANVELTHOVEN, soutenus par des experts du Carenet auprès des Mutualités socialistes.

Le 28.03.2005, le président du CD&V Jo VAN DEURZEN a posé une question concernant le BeHealth²⁷. DEMOTTE a répondu qu'il s'agissait d'un projet ambitieux qui nécessitait une vaste concertation. Les médecins n'y ont été associés en aucune façon. Pour le ministre, il est probablement suffisant que quelques-uns de ses collaborateurs détiennent un diplôme de médecin.

A la fin du mois de juin 2005, nous sommes entrés en possession, par un "heureux hasard", d'un avant-projet de loi qui, à l'époque, n'était encore trouvable nulle part, même pas sur le website du parlement fédéral. Vers la même époque, l'existence d'un groupe s'occupant du projet BeHealth a été évoquée au sein du Comité Soins de santé de l'INAMI. Un "groupe Vision" serait constitué au sein du Comité de l'assurance pour inspirer et accompagner les travaux de ce groupe.

Compte tenu de mon statut de membre du Comité de l'assurance, j'ai été admis comme membre du "groupe Vision". Toutefois, le Dr Marc BANGELS a "oublié" de m'inviter à 2 des 3 réunions qui se sont tenues entre-temps. On peut se demander si ceci a quelque chose à voir avec les critiques féroces que nous avons émises lors de la conférence de presse de l'ABSyM du 07.09.2005 et par conséquent avec une volonté de réduire au silence les critiqueurs ennuyeux ou s'il s'agit d'un problème I.T. dans la base de données des membres du groupe Vision. Car le courrier électronique a parfois également des lacunes.

Fin mars 2005, le ministre DEMOTTE a promis que le projet de loi jetant les bases du traitement et des soins aux patients à distance serait encore finalisé avant l'été²⁸. Le Dr Jean-Paul DERQC a encore ajouté que le projet de loi constitue la base pour

²⁶ "Informatisering medische gegevensstromen. Zet Be Health artsen buitenspel ?" Artsenkrant. Nr. 1610. 31.08.2004.

²⁷ "Demotte werkt aan elektronisch gezondheidsdossier. 'Ambitieuw project' moet samenwerking zorgverstrekkers bevorderen". De Tijd. 29.03.2005.

²⁸ "Dokter komt via internet". Het Volk. 31.03.2005.

le télémonitoring, pour la simplification du dossier médical et pour l'attribution d'un numéro médical unique à chaque patient.

Ce qu'il ne dit pas, c'est que le généraliste est exclu de la pratique médicale s'il n'a pas recours à BeHealth et que le patient ne peut plus accéder au circuit de soins que via le généraliste.

Le 12.07.2005, le Dr Yolande AVONTROODT a posé, à la Chambre des représentants, plusieurs questions précises au ministre DEMOTTE concernant "le projet d'informatisation BeHealth"²⁹. A cette occasion, elle a fait remarquer très judicieusement que les médecins n'étaient pas associés au projet, pas plus du reste que les partenaires privés du monde de l'informatique. Le ministre a lu la réponse que son administration avait préparée et est resté ensuite dans le vague. Je cite DEMOTTE : "Ik denk dat het interessant zou kunnen zijn voor het Parlement, maar ook voor mij, om bijvoorbeeld een namiddag te organiseren om dieper op BeHealth te kunnen ingaan". (nous traduisons) *(Je pense qu'il pourrait être intéressant pour le Parlement, mais également pour moi, de réserver par exemple une après-midi à un examen plus approfondi de BeHealth.)* Après quoi il a mis un terme à la discussion.

Durant les vacances, Jos VAN DEN NIEUWENHOF et moi-même nous sommes débattus dans un projet particulièrement ardu et nous avons ensuite transmis une salve de critiques à la presse.

L'avant-projet a été concocté totalement à l'insu des médecins et le texte n'était trouvable nulle part. Comme par miracle, l'avant-projet est devenu disponible sur le website du ministre DEMOTTE le lendemain de la conférence de presse de l'ABSyM. A l'heure actuelle, l'Ordre est encore toujours exclu du groupe de travail mais ses deux vice-présidents ont été reçus à une occasion à titre informel par le Dr J.P. DERCQ en présence de notre directeur administratif, Jos VAN DEN NIEUWENHOF.

Bien que l'Ordre n'ait jamais reçu le texte officiellement, il a rendu, à l'instar du GBS et de l'ABSyM, un avis extrêmement négatif concernant le projet de loi³⁰. Le vice-président, le Dr Ivo UYTTENDAELE, met également en garde contre le fait qu'un système accessible à des centaines de milliers de personnes peut facilement être la cible de "krackers"³¹. Et il ajoute qu'avant de donner encore plus d'espace à la télématique, on ferait mieux d'édicter des règles strictes empêchant toute utilisation abusive des applications télématiques existantes. Le 26.11.2005, l'Ordre a transmis officiellement ses objections contre le projet au Dr J.P. DERCQ³².

Nos critiques ont suscité beaucoup de remous et le Parlement ne pourra plus être forcé d'avaler le projet un beau matin.

Nous remarquons toutefois que les auteurs n'ont été que temporairement effrayés et qu'ils ont déjà regagné leur tour d'ivoire idéologique pour se remettre au travail. Un grand nombre de modifications obtenues par le GBS ont à nouveau disparu.

²⁹ Chambre des représentants. CRIV 51 COM 684. Commission de la Santé publique, de l'Environnement et du Renouveau de la société. 12.07.2005. Question n° 7825

³⁰ "L'Ordre des médecins s'oppose à la télémédecine de Demotte". L'Echo. 13.09.2005.

³¹ "Orde stelt veto tegen Be Health". Artsenkrant. Nr. 1696. 16.09.2005.

³² www.ordomedic.be; Be Health project. 26.11.2005.

Les autorités flamandes travaillent depuis à leur propre système d'information de santé que j'ai baptisé FlaHealth, sur le modèle de BeHealth. Un projet de décret du 07.10.2005 figure déjà en catimini sur le website du Parlement flamand depuis des mois. Dans le cadre de la seule réunion du "groupe Vision" de BeHealth du 15.12.2005 à laquelle j'ai été invité, j'ai fait allusion au projet de décret. J'ai fait remarquer les différences considérables et j'ai demandé si les deux systèmes devraient fonctionner côte à côte. Il m'a été répondu que les auteurs de BeHealth étaient informés et qu'une concertation serait organisée.

Le 24.01.2006, le projet a été porté à l'attention du public par le Journal du Médecin³³. Les médecins ne sont pas les seuls à être contraints d'y participer. Un chantage est exercé sur les patients qui sont menacés d'exclusion des soins de santé préventifs en cas de refus de leur part de participer à ce Big Brother flamand³⁴.

Nous nous devons d'entreprendre une action pour obtenir la suppression de plusieurs éléments inacceptables de ce décret. En outre, il faut obtenir que les médecins flamands ne puissent pas être soumis à 2 systèmes différents : à la fois à BeHealth et à FlaHealth. A moins que l'intention des autorités flamandes ne soit de réaliser une scission des soins de santé sur le dos des patients et des médecins en prétextant l'incompatibilité des deux concepts?

III.5. Politique en matière de médicaments

Les débats autour des dépenses en augmentation pour les médicaments ont dominé les médias durant toute l'année 2005. La croissance a été ralentie de façon significative par toutes sortes d'interventions de l'Etat, comme cela ressort du tableau 3.

Année	Dépenses INAMI médicaments millions d'euros (1)	Nombre d'habitants (2)	Dépenses INAMI médicaments/habitants/an (en €)	1999 = 100,0
2005	3.317,505*	10.432.955**	317,98	143,6
2004	3.248,070	10.396.421	312,42	141,1***
2003	2.954,905	10.355.844	285,34	128,9
2002	2.724,349	10.309.725	264,25	119,3
2001	2.601,556	10.263.414	253,48	114,5
2000	2.439,726	10.239.085	238,28	107,6
1999	2.261,561	10.213.752	221,42	100,0

Tableau 3

(1) Note CGSS INAMI n° 2005/84 du 03.10.2005

(2) Ecodota (http://www.statbel.fgov.be/figures/d21_nl.asp)

* Estimation technique basée sur les 5 premiers mois de 2005

** Accroissement moyen 1999 à 2004 : 36.534/habitants/an; hypothèse 2005 pour une croissance continue

*** Augmentation annuelle moyenne des dépenses de 1999 à 2004 : + 7,1 %.

Croissance 2004-2005 : + 1,8 %.

Le Belge moyen, qui pensait que le kiwi était une sorte de fruit (groseille de Chine) sait désormais qu'il s'agit en fait d'un oiseau incapable de voler et qui est le symbole de la Nouvelle-Zélande.

³³ "Vlaamse regering heeft eigen Be Health klaar". Artsenkrant. Nr. 1727. 24.01.2006.

³⁴ "Marc MOENS : 'Flanders Health ruikt naar totalitarisme' ". Artsenkrant. Nr. 1728. 27.01.2006.

Le modèle "kiwi" désigne l'achat et la distribution de médicaments par l'Etat néo-zélandais par adjudication publique. Seul le médicament que l'Etat propose de cette façon, est remboursé.

Cinq sénateurs belges se sont rendus sur place aux antipodes pour préparer le débat parlementaire sur les médicaments : la pharmacienne Annemie VANDECASTEELE (VLD), le généraliste Jacques GERMAUX (VLD), le sociologue Wouter BEKE (CD&V), l'administrateur Jean CORNIL (PS) et le traducteur Luc PAQUE (MR). Aucun représentant du SP-A n'a pris part au voyage car le SP-A a préféré participer à la journée de la femme organisée à New York.

Le SP-A est malgré tout très intéressé par le système "kiwi". En effet, le 29.04.2005, il a organisé un congrès intitulé : "Is het Nieuw-Zeelands model haalbaar in België?" (Le modèle néo-zélandais est-il applicable en Belgique?)³⁵. L'orateur invité Ian Mc PHERSON, directeur de la plus grande compagnie d'assurance-maladie néo-zélandaise, a tenu plusieurs propos intéressants dans le débat. Je cite : (traduction) "Le choix en faveur du modèle (kiwi) est un choix éthique. Il présente des désagréments limités pour les médecins et pour les patients mais on les tolère car on réalise que les coûts pour les autorités sont intenable."... "Vous ne pouvez pas réduire les coûts des soins de santé sans limiter le choix des médicaments subsidiés."

Pour plus de commodité, il balaie de la main les éventuels problèmes de patients individuels : (traduction) "Pharmac (un organisme d'achat et de vente de médicaments créé par les autorités néo-zélandaises) a récemment opté pour un médicament générique contre l'asthme. Le médicament est identique mais l'inhalateur fonctionnerait moins bien. Ce genre de choses arrive mais il s'agit de petits désagréments."

Il est également d'avis que le modèle kiwi n'introduit pas de limitation thérapeutique : (traduction) "Les médecins peuvent prescrire tous les médicaments. Le patient doit tout simplement payer davantage s'il ne s'agit pas d'un médicament subsidié... Pharmac a toujours associé des médecins à ses décisions et leur accorde un véritable droit de parole. Ceci a pour effet qu'à l'heure actuelle, le monde médical collabore d'une manière satisfaisante avec Pharmac".

En Belgique, tant les médecins que l'industrie pharmaceutique se sont élevés vigoureusement contre l'introduction du modèle kiwi via le projet de loi-santé. Ils ont notamment fait remarquer que la Nouvelle-Zélande n'emploie que peu de personnes dans l'industrie pharmaceutique, et encore uniquement pour la médecine vétérinaire, et que la Nouvelle-Zélande accorde davantage d'attention aux recettes que l'élevage de moutons rapporte à l'île, qu'aux dépenses nécessaires pour qu'une médication adaptée à chaque individu puisse être prescrite à tous les patients.

Seul le généraliste Jacques GERMAUX (VLD) est resté un fervent partisan du modèle kiwi intégral : (traduction) "En Nouvelle-Zélande, ils ont choisi de mettre une carotte sous le nez des généralistes. En effet, ceux-ci ont reçu une partie de l'argent que l'introduction du modèle kiwi a permis d'économiser. Une somme de 10 millions d'euros se trouve maintenant sur le compte de l'organisation des médecins. Avec ce

³⁵ "De kiwi als remedie. België heeft een probleem waar iets aan moet gebeuren." De Morgen. 30.04.2005.

montant, ils sont libres d'organiser eux-mêmes une partie de leur secteur." En voilà un bel exemple de pensée Evidence Based Medicine!

Au bout du compte, une sorte de kiwi "génétiquement modifié" a été insérée dans la loi, une solution à la Belge³⁶.

A la fin du mois de décembre 2005, le ministre DEMOTTE a annoncé son intention d'introduire le modèle kiwi belgicisé pour les inhibiteurs d'acide gastrique et les médicaments réducteurs de cholestérol³⁷ à partir de juillet 2006³⁸. L'idée a obtenu le soutien du VLD.

Depuis lors, les médecins ont été surpris par de nouveaux règlements. Le remboursement des inhibiteurs d'acide gastrique a fait l'objet de 58 pages dans le Moniteur³⁹ et un autre A.R.⁴⁰ fixe le pourcentage minimum que chaque spécialité doit prescrire pour que sa pratique médicale ne soit pas placée sous monitoring par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux. Si, au terme de six mois de "monitoring", le médecin n'a pas adapté son comportement de prescription – c'est-à-dire qu'il ne prescrit pas plus de médicaments bon marché – il se voit infliger des sanctions administratives lourdes.

La première période de monitoring débutera le 01.04.2006.

Parmi les spécialistes, ce sont les gynécologues qui doivent prescrire le taux le plus bas de médicaments "bon marché (9 %) et les gastro-entérologues, les radiothérapeutes et les stomatologues le taux le plus élevé (30 %) (cf. tableau 4).

³⁶ Art. 60-65 de la loi du 27.04.2005 relative à la maîtrise du budget des soins de santé et portant diverses dispositions en matière de santé.

³⁷ "Twee geneesmiddelen testen kiwi-model uit". De Standaard. 22.12.2005.

³⁸ "Médicaments : modèle Kiwi dès juillet". Vers l'Avenir. 15.12.2005

³⁹ A.M. du 14.06.2005 modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques (M.B. du 20.06.2005. Ed. 3).

⁴⁰ A.R. du 17.09.2005 modifiant l'article 73, § 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.07.1994 (M.B. du 27.09.2005).

	% de médicaments bon marché prescrits durant le 2 ^e semestre 2004	% minimum obligatoire de médicaments bon marché à prescrire à partir du 01.04.2006	Variation %
Dentistes	40,2	30	+ 10,2
Radiothérapie	37,0	30	+ 7,0
Stomatologie	29,2	30	- 0,8
Gynécologie	7,4	9	- 1,6
Biologie clinique	16,1	18	- 1,9
Dermato-vénérologie	18,8	21	- 2,2
Anatomo-pathologie	15,8	18	- 2,2
Oto-rhino-laryngologie	12,4	15	- 2,6
Orthopédie	11,4	14	- 2,6
Autres	15,2	18	- 2,8
Ophthalmologie	12,2	15	- 2,8
Neurochirurgie	12,0	15	- 3,0
Anesthésiologie	14,6	18	- 3,4
Radiologie	14,4	18	- 3,6
Chirurgie plastique	15,4	19	- 3,6
Rhumatologie	10,4	14	- 3,6
Physiothérapie	13,2	17	- 3,8
Pédiatrie	10,1	14	- 3,9
Pneumologie	8,1	12	- 3,9
Urologie	14,8	19	- 4,4
Chirurgie	17,3	22	- 4,7
Gastro-entérologie	24,7	30	- 5,3
Neurologie	9,6	15	- 5,4
Neuropsychiatrie	10,6	17	- 6,4
Médecine générale	20,5	27	- 6,5
Médecine interne	17,2	24	- 6,8
Médecine nucléaire	10,1	18	- 7,9
Cardiologie	21,0	29	- 8,0
Psychiatrie	10,3	21	- 10,7

Source : Website INAMI et ABSyM

Tableau 4

Dans le courant de la première semaine du mois de janvier 2006, tous les médecins ayant réalisé plus de 100 prescriptions par an en 2004 ont reçu une lettre individualisée pour se situer par rapport à l'A.R. du 17.09.2005 (qui est un arrêté d'exécution des pouvoirs spéciaux de la loi-santé du 27.04.2005).

De nombreuses remarques nous sont parvenues de plusieurs unions professionnelles et de (sous-)spécialités, parmi lesquelles les gastro-entérologues, les endocrinologues, les pédiatres, les pneumologues...

La prescription sous DCI (Dénomination commune internationale) n'est pas encore incorporée dans les calculs de l'INAMI car elle n'est entrée en vigueur qu'en octobre 2005 ⁴¹ et de nombreux nouveaux génériques sont arrivés sur le marché en 2005.

⁴¹ A.R. du 10.08.2005 modifiant l'arrêté royal du 21.12.2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques (M.B. du 20.09.2005).

Il ne faut dès lors pas s'étonner s'il ressort d'un mémo de Pharma.be^{42,43} que les médicaments répondant au 01.01.2006 à la définition de médicaments « moins chers » représentaient en 2005 déjà 31,72 des prescriptions en DDD (volume de doses journalières » donc presque une prescription sur trois. Il s'agit aussi bien des médicaments originaux de marque dont le brevet est périmé et dont le prix a été baissé jusqu'au montant de référence de remboursement, de copies de médicaments et de génériques, comme des médicaments prescrits sur base de dénomination commune internationale (DCI).

Il est frappant que la croissance des prescriptions de médicaments « moins chers » est le plus marquée dans le domaine des médicaments originaux qui sont enregistrés sous la référence de remboursement et dont le prix fut baissé jusqu'au montant de référence. La proportion de ces médicaments augmente de 5,96% en 2004 à 13,66 % en 2005 ce qui représente un accroissement global de 129,2%. Les génériques ou copies ont augmentés de 12,23 % en 2004 à 18,06 % en 2005, ou une augmentation de 47,7 %. La prescription en dénomination commune internationale enfin, a augmenté de 18,2 en 2004 à 31,72 en 2005 ou une augmentation de 74,3 %.

On constate que les médecins prescripteurs ont la plus grande confiance dans les médicaments qu'ils connaissent et dont le prix a baissé. Une des explications pourrait aussi être que l'usage de ces médicaments stimule la fidélité thérapeutique du patient, contrairement à la prescription en DCI ou la prescription de génériques. En prescrivant en DCI, le médecin ne sait jamais quel médicament sera délivré, sauf s'il existe seulement une marque sur le marché, et le grand nombre de génériques pour une même substance active peut être source de confusion, avec tous les dangers que cela implique pour le patient, par exemple un surdosage.

Cette évolution dans le comportement prescripteur des médecins, bien avant que le système des mesures de sanctions que l'Arrêté royal du 17.09.2005 (M.B. du 27.09.2005) n'entre en application prouve que les médecins, et surtout les médecins généralistes qui prescrivent malgré tout ± 80 % de tous les médicaments, sont bel et bien conscients du coût de leur prescription.

Et ce malgré les critiques incessantes dans les médias. L'illusion que les médecins, tant à l'hôpital qu'en milieu extra-hospitalier, gagnent de l'argent en prescrivant des médicaments – de préférence onéreux – est entretenue volontiers dans les médias. On n'y changera rien⁴⁴.

Fidèle à la tradition perpétuée chaque année, Test-Achats a également envoyé à nouveau une petite troupe de comédien(ne)s bien endoctriné(e)s sur la route pour démontrer que les médicaments sont prescrits en trop grand nombre. Selon ses enquêteurs, un médecin sur trois a prescrit inutilement des antibiotiques. Et en insistant un peu, il y en a même eu un sur deux⁴⁵.

⁴² "Les pourcentages des prescriptions "moins chères" au 01.01.2006." Mémo Pharma.be du 19.01.2006.

⁴³ "32 % goedkope geneesmiddelen in 2005". Artsenkrant. Nr. 1727. 24.01.2006.

⁴⁴ "Artsen moeten meer goedkope geneesmiddelen voorschrijven. Demotte pakt dokters in hun portefeuille". Het Volk. 29.06.2005.

⁴⁵ "Het zijn geen snoepjes". Test Gezondheid nr. 68, augustus-september 2005.

En guise de cadeau de Saint-Nicolas, le Prof. Herman GOOSSENS (microbiologie UZA), s'exprimant en sa qualité de vice-président de la Commission belge de coordination de la politique antibiotique (BAPCOC), a annoncé à la presse le 06.12.2005 qu'une baisse spectaculaire de 30 % de la prescription d'antibiotiques a été observée entre 2000 et 2004⁴⁶.

En mai 2005, les mutuelles ont toutefois refusé d'admettre au niveau du Comité de l'assurance de l'INAMI qu'une rupture de tendance est intervenue dans la prescription de médicaments. En ce qui concerne la prescription d'antibiotiques, le changement de comportement était irréfutable⁴⁷. Pour ce qui est de l'utilisation d'antihypertenseurs bon marché, on a observé une amorce de tendance à la baisse.

Le constat de cette tendance était nécessaire pour obtenir la moitié de l'indexation 2005. L'autre moitié a en fait déjà été "utilisée" afin de pouvoir financer la revalorisation des consultations (spécialistes et généralistes) et les visites à domicile effectuées par les généralistes.

Toutefois, même si tous les médecins atteignaient la perfection en ayant un comportement de prescription adéquat, cela ne résoudrait pas encore pour autant le problème de la croissance explosive des dépenses. Prochainement, des médicaments qui interviendront au niveau de la biologie moléculaire arriveront sur le marché.

Les cytostatiques et les médicaments antitumoraux pourront attaquer de façon très ciblée certaines cellules malignes ou autres (par exemple angiogénèse), freiner leur croissance ou les détruire.

La Belgique compte des chercheurs de pointe dans ce domaine, comme le Prof. Peter CARMELIET, de la KULeuven, qui entreprend des travaux de recherche révolutionnaires dans ce domaine et bénéficiant d'une reconnaissance internationale⁴⁸.

Les possibilités semblent illimitées, mais l'industrie pharmaceutique veut obtenir certaines garanties que cette recherche extrêmement onéreuse sera remboursée un jour. Tandis que le premier ministre VERHOFSTADT était en Corée pour promouvoir l'industrie belge et a ramené un centre de distribution pour les produits "Kruidvat" et "Ici Paris" qui sera hébergé dans les anciennes usines Renault à Vilvorde⁴⁹, la direction du groupe Pfizer à New York a décidé que l'investissement projeté dans la commune belge de Puurs (185 millions d'euros, 100 emplois supplémentaires) n'aurait pas lieu⁵⁰.

Les difficultés entre le premier ministre VERHOFSTADT, le ministre DEMOTTE et la direction de Pharma.be et les principales sociétés pharmaceutiques belges ne sont apparemment pas encore totalement aplanies, et ce malgré la tentative du 15.11.2005, à la rue de la Loi 16, de réaliser une "Pax Pharmaceutica"⁵¹.

⁴⁶ "Belgisch antibioticaverhaal uniek in de wereld." De Standaard. 06.12.2005.

⁴⁷ "Comportement en matière de prescription d'antibiotiques et d'antihypertenseurs en ambulatoire." Rapport de recherche avril 2005. Accord médico-mutualiste 2004-2005. Institut national d'assurance maladie-invalidité. Service des soins de santé. Cellule d'information.

⁴⁸ "Angiogenesis in life, disease and medicine." Peter Carmeliet. Nature, 438, 932-936.

⁴⁹ "Liever Kruidvat dan Pfizer?". De Huisarts. 24.11.2005. Nr. 760.

⁵⁰ "Pfizer blaast grote investering in Puurs af". De Standaard. 14.11.2005.

⁵¹ "Une 'Pax Pharmaceutica' pour rassurer le secteur du médicament". L'Echo. 16.11.2005.

Le lundi 23.01.2006, le dossier HERCEPTINE®⁵² a été distribué au Comité de l'assurance de l'INAMI avec instruction du ministre DEMOTTE de le traiter immédiatement.

Il existe des évidences médicales que l'HERCEPTINE® en traitement adjuvant du traitement "classique" du cancer du sein réduit de 2/3 le nombre de récurrences. Par conséquent, il n'est pratiquement pas éthique d'offrir cette opportunité à certaines femmes et pas à d'autres. Le coût par patiente et par an s'élève cependant à ± 30.000 €, et ce bien que le fabricant Roche accepte d'en prendre une partie à sa charge.

Le ministre propose d'effectuer le remboursement via l' "article 56"⁵³, c'est-à-dire que les dépenses sont payées à partir du budget des frais d'administration de l'INAMI et ne sont donc pas incorporées dans les dépenses des soins de santé.

Ce type d'opérations de paiement alternatives via l'article 56 suscite toujours, au sein du Conseil général de l'INAMI, de fortes contestations parmi les syndicats, en particulier de la FGVB, et parmi les employeurs car ils sont d'avis que les dépenses pour les soins de santé sont dès lors falsifiées et ne permettent plus de comparaisons au niveau international, par exemple par l'OCDE⁵⁴.

Un autre problème réside dans le fait que ce type de procédé pourrait conduire à une concentration du traitement à l'herceptine dans quelques "centres spécialisés" (art. 56, § 2, 2°), ce qui conforterait l'idée que seuls quelques centres du sein (universitaires?) pourraient continuer à fonctionner en Belgique.

Nous sommes d'avis que tous les programmes de soins d'oncologie agréés devraient pouvoir mettre en œuvre ce traitement. Il faut néanmoins qu'ils satisfassent aux exigences légales en matière de rapport scientifique et d'évaluation⁵⁵.

III.6. Débat autour de l'euthanasie: direction Soylent Green ?

En octobre 2004, la commission parlementaire de la Santé publique a examiné le premier rapport concernant la loi sur l'euthanasie⁵⁶. Plusieurs des questions posées à l'époque n'ont pas encore trouvé de solution. Le Dr Yolande AVONTROODT avait alors déjà demandé de poursuivre les recherches sur toutes les interventions médicales en fin de vie⁵⁷. Cela avait même conduit à une dispute hallucinante sur la surenchère commerciale entre les groupes pharmaceutiques APB et Multi-pharma à propos d'un kit d'euthanasie⁵⁸. En effet, le Thiopental® n'existait qu'en grand conditionnement (pour un usage hospitalier) et n'était par conséquent pas adapté

⁵² Note CSS 2006/29 du 19.01.2006

⁵³ Article 56 de la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994. Section VI. "De l'intervention de l'assurance soins de santé pour des modèles spéciaux de dispensation ou de paiement de soins de santé."

⁵⁴ Dernier rapport : "Health at a glance – OECD indicators". 2005.

⁵⁵ "Herceptine weldra terugbetaald". De Huisarts. Nr. 768. 26.01.2006.

⁵⁶ Loi du 28.05.2002 relative à l'euthanasie (M.B. du 22.06.2002).

⁵⁷ "Meer vragen dan antwoorden na euthanasieverslag". De Standaard. 20.10.2004.

⁵⁸ "De dood in kits beschikbaar". Artsenkrant. Nr. 1669. 22.04.2005

pour une utilisation par le généraliste. Le kit d'euthanasie a été abandonné mais le législateur a été conciliant à l'égard des pharmaciens.

La loi sur l'euthanasie a fait l'objet d'un ajout prévoyant que le pharmacien qui délivre une substance euthanasiante au médecin prescripteur en personne qui atteste sur la prescription qu'il agit en accord avec la loi du 28.05.2002, ne commet pas de délit.⁵⁹

Depuis lors, un jugement a été rendu en faveur d'un pneumologue, travaillant à l'hôpital d'Asse, qui avait euthanasié une patiente en fin de vie sans que celle-ci n'ait rédigé une déclaration écrite. Le médecin avait été licencié par l'hôpital pour faute grave. Le tribunal a jugé que le licenciement était injustifié et l'hôpital a dû payer une indemnité conséquente au médecin⁶⁰.

En moins de 2 ans, des cas semblables se sont également présentés à Namur, à Bruges, à Renaix, à Edegem, à Liège, à Duffel, à Furnes, à Tournai et à Boom⁶¹.

Il s'agit chaque fois d'imbroglis juridiques complexes qui donnent du fil à retordre aux avocats et aux tribunaux et qui occasionnent une grande souffrance personnelle tant aux proches qu'au médecin réalisant l'euthanasie et à la famille de celui-ci.

Dans ce contexte, je reprends mot pour mot un passage du point VIII "Le débat sur l'euthanasie et le projet de loi sur l'euthanasie" de mon rapport annuel 1999 :

"Lors de la première réunion du Comité directeur du GBS ayant suivi la publication de la proposition de loi relative à l'euthanasie de la majorité violette, le 13.1.2000, une discussion argumentée a été menée sur ce thème délicat qui est au cœur de l'actualité. Elle a débouché sur un communiqué de presse bref et ferme en deux points, que nous reproduisons ci-après tel quel :

- «1. Vu la complexité du dossier et vu le manque de données suffisamment étayées scientifiquement, nous estimons que le projet de loi actuel est inacceptable.*
- 2. Vu la survenance extrêmement rare de poursuites en cette matière, nous estimons qu'une loi spéciale n'est pas nécessaire.»⁶²*

Qu'il soit bien clair que, en contradiction totale avec ce que le Prof. Wim DISTELMANS ne cesse de répéter⁶³, la loi relative à l'euthanasie n'a en aucune façon amélioré la sécurité juridique du médecin. Maître Walter GONTHIER a déclaré au cours du même débat à Ostende que la sécurité juridique est relative et qu'il pouvait établir de plusieurs témoignages de médecins que les médecins font preuve de plus de retenue que par le passé, ce qui conduit parfois à des refus d'euthanasie justifiée, purement et simplement par crainte de ne pas satisfaire aux règles difficiles et fort sujettes à interprétation de la loi relative à l'euthanasie.

⁵⁹ Loi du 10.11.2005 complétant la loi du 28.05.2002 relative à l'euthanasie par des dispositions concernant le rôle du pharmacien et l'utilisation et la disponibilité des substances euthanasiantes (M.B. du 13.12.2005).

⁶⁰ "Euthanaserende arts onrechtmatig ontslagen". Artsenkrant. Nr. 1683. 17.06.2005.

⁶¹ "Doen sterven is niet hetzelfde als laten slapen". De Standaard. 04.08.2005.

⁶² "Colour blind under the rainbow. Un aperçu de l'année socio-politique dans le domaine de la médecine spécialisée en Belgique". M. MOENS. Rapport annuel du GBS 1999. Le Médecin Spécialiste. N°. 2. Février 2000.

⁶³ Notamment durant un débat passionnant organisé le 02.09.2005, à Ostende par la Société belge d'éthique et de morale médicale.

Précisément comme je l'ai décrit dans mon rapport annuel de 1999⁶⁴.

En novembre 1999, le conseil d'administration de l'ABSyM s'était également prononcé contre une loi sur l'euthanasie. Ce qui n'est pas la même chose que se prononcer contre l'euthanasie. Lorsque cela a fait la une du journal "De Standaard"⁶⁵, j'ai reçu la visite du journaliste vedette Siegfried BRACKE qui a posé une seule question pour une interview éclair : (traduction) "N'est-il pas vrai que l'ABSyM est contre la loi sur l'euthanasie car il n'est plus possible d'envoyer une facture à une personne décédée?".

Ce type de réaction, qui ne vole pas bien haut, à l'encontre de personnes qui osent s'opposer à l'extension de la loi sur l'euthanasie à des enfants et à des personnes démentes ne cesse d'augmenter.

Cela me fait penser à un film d'horreur/science fiction de 1973 que j'ai pu voir durant mes études : Soylent Green avec Charlton HESTON, l'acteur vedette qui n'a pas encore été euthanasié malgré son Alzheimer, dans le rôle principal. L'action est située en 2022 à New York qui est surpeuplée, polluée et rendue quasiment invivable. Dans cette ville frappée par une catastrophe malthusienne et où règnent famine et pénurie d'eau, les citoyens sont exhortés à opter pour l'euthanasie. Au milieu d'une nature splendide filmée en cinérama avec prise de vue sur 360° et sur l'air de la Pastorale de Beethoven, les fonctionnaires à la solde de l'Etat endorment leurs "clients" pour l'éternité. L'élément horrible résidait dans le fait que les "clients" n'étaient pas informés du fait que leurs corps serviraient de matière première pour les produits alimentaires que la Soylent Corporation proposait aux New-yorkais en lieu et place du "soya" et des "lentils" (lentilles) : soylent green.

Horrible mais fictif. Les propositions que d'aucuns entendent faire inscrire dans la loi relative à l'euthanasie aujourd'hui sont, quant à elles, à la fois horribles et réalistes.

Parmi les dizaines de positions et opinions allant dans toutes les directions qui ont été publiées⁶⁶, surtout après que le cardinal Godfried DANNEELS a eu l'"audace" de tenir certains propos, dans le cadre de son homélie de Noël du 25.12.2005, que certains partisans de l'extension de la loi sur l'euthanasie ne souhaitaient pas entendre, j'en cite une, du Dr Luc BONNEUX, qui était jusqu'il y a peu collaborateur au Centre d'expertise fédéral où, comme membre du conseil d'administration, j'ai pu apprendre à le connaître comme un scientifique médical particulièrement critique : (nous traduisons) *"Imposer par la loi à des gens de dépérir jusqu'à ce que leur corps très affaibli finisse par lâcher est tout aussi peu éthique qu'imposer par la loi à des gens d'y mettre un terme. Le législateur raisonnable veille à éviter tout abus mais il doit garder ses distances. Ce n'est pas à lui de déterminer comment les gens envisagent leur fin de vie"*⁶⁷. Ceci mérite réflexion.

Mon opinion personnelle est que la loi sur l'euthanasie peut être retirée tout de suite. La déontologie et le droit pénal auraient suffi dans tous les cas susvisés ayant fait l'objet de poursuites par les tribunaux. Il n'y a par conséquent pas de raison

⁶⁴ Rapport annuel du GBS de 1999. Points VIII.3.3. Juridisme et VIII.3.6. Brève analyse du texte. Le Médecin Spécialiste. N° 2. Février 2000.

⁶⁵ "Grootste artsensyndicaat verwerpt paarse euthanasieplannen. Dit is de banalisering van de dood". De Standaard. 24.12.1999

⁶⁶ Bijvoorbeeld "Euthanasie. Mgr. Danneels relance les débats". La Libre Belgique. 27.12.2005.

⁶⁷ "Leven voorbij de vervaldatum". De Standaard. 29.12.2005.

d'étendre cette mauvaise loi qui a de plus conduit au démantèlement des soins palliatifs.

III.7. Privatisation

La (non-)finançabilité de nos soins s'est soudainement retrouvée au centre de l'actualité suite à une interview de Tom COCHEZ avec le soussigné publiée dans le journal De Morgen du 28.02.2005⁶⁸.

Certaines mutuelles et certains responsables politiques ont poussé les hauts cris.

Le secrétaire général de l'Union nationale des mutualités socialistes, Guy PEETERS, a tenu des propos étonnants à mon encounter à cette occasion : "*Meebeslissen binnen de verplichte ziekteverzekering en kiezen voor privatisering gaan niet samen*".⁶⁹ (Prendre part aux décisions dans l'assurance-maladie obligatoire et opter pour la privatisation, cela ne va pas ensemble.)

L'espace d'un instant, M. PEETERS a oublié tout ce qu'il propose de privé à ses membres. La publicité pour le "*Kliniplan. Hospitalisatieverzekering met de beste prijs-kwaliteitsverhouding*" (*Kliniplan. Assurance hospitalisation avec le meilleur rapport qualité-prix*) entre en concurrence directe avec les assureurs privés.⁷⁰ L'auteur de l'article recruteur constate en effet qu'approximativement 1 million de Belges ont conclu une assurance hospitalisation individuelle et qu'un peu plus de 3 millions de citoyens bénéficient d'une telle police par l'intermédiaire de leur employeur (la fameuse assurance de groupe).

Il ressort d'une réponse du ministre DEMOTTE à une question écrite du Dr Yolande AVONTROODT que ce chiffre est encore plus élevé : 8,712 millions d'assurances privées auprès des mutuelles et 4,3 millions auprès d'assureurs privés, soit au total 13,012 millions de polices pour 10.355.844 Belges⁷¹ (cf. tableau 5).

Nombre total d'assurances privés soins de santé 2003 pour 10.355.844 habitants

Assureurs privés	4.300.000
Mutuelles	8.712.000
Total	13.012.000

Tableau 5

Source : Question écrite de Mme Yolande AVONTROODT du 08.03.2005 au ministre DEMOTTE (QRVA 51 083; 20.06.2005; pp. 14313-14316).

Le nombre d'assurances complémentaires soins de santé conclues auprès d'assureurs privés est également en augmentation (cf. tableau 6).

⁶⁸ "Grootste artsenbond wil gezondheidszorg privatiseren". De Morgen. 28.02.2005.

⁶⁹ "Basisprincipes sociale zekerheid actueler dan ooit". S- Magazine. Jaargang 32. April 2005.

⁷⁰ S-Magazine. Jaargang 32. Maart 2005.

⁷¹ Question écrite de Mme Yolande Avontroodt du 08.03.2005 au ministre Demotte (QRVA 51 083; 20.06.2005, pp. 14313-14316).

Assurance complémentaire soins de santé auprès d'assureurs privés : évolution 1998-2003

	Nombre (en milliers de personnes)		2003 (1998 = 100)
	1998	2003	
Assurances soins de santé auprès d'un assureur privé	3.431*	4.300*	125,3
• Contrats individuels	779	1.050	134,8
• Contrats collectifs	2.652	3.250	122,5

Tableau 6

* L'assurance hospitalisation arrive en première place.

Source : Question écrite de Mme Yolande AVONDTROODT du 08.03.2005 au ministre DEMOTTE (QRVA 51 083; 20.06.2005; pp. 14313-14316)

Même les produits homéopathiques remboursés par la mutuelle de PEETERS n'empêchent apparemment pas les pertes de mémoire sélectives.

Dans le camp libéral, il régnait officiellement un silence assourdissant. Même la privatisation partielle qui m'occupait était déjà un sujet trop risqué pour en parler. Le traumatisme du congrès du VLD de mars 1994 continue apparemment à produire ses effets quand on aborde la question de la sécurité sociale.⁷²

Les commentateurs ont une nouvelle fois pu lancer des piques à foison. C'est l'histoire classique du messenger sur lequel on tire. Certains messagers roulent pour une autre écurie. A l'instar de Elke ROEX, la fille de Milan de l'ASGB, élue avec 375 voix⁷³ membre du Parlement flamand pour le SP-A, qui a jugé devoir débiter en public toutes sortes de remarques très personnelles et très désobligeantes pour la simple raison que j'avais attiré l'attention sur un problème fondamental.⁷⁴

Dans les médias, seule une minorité a admis qu'il y a effectivement un problème et que la privatisation partielle existe déjà bel et bien^{75, 76}.

Par conséquent, la politique de l'autruche ne marche pas. Et accuser les dispensateurs de soins de tous les péchés d'Israël comme les Mutualités chrétiennes viennent de le faire, pas davantage⁷⁷. Du reste, les mutuelles se préoccupent avant tout d'elles-mêmes en contenant le coût de l'assurance complémentaire facultative.

Il est probable que ce débat finira également par se tasser. Le tableau de l'article de couverture du Trends du 10 mars 2005⁷⁸ a été reproduit ici et là mais, à ce jour, on ne dispose pas encore de solution en dehors du rationnement politique des soins de santé et d'un refus de discuter d'une privatisation partielle (cf. tableau 7).

⁷² "De nieuwe sociale zekerheid. De VLD voorstellen voor een échte sociale en solidaire samenleving". Congrès du VLD. Hasselt. 18, 19 et 20 mars 1994.

⁷³ Plus 3.123 bulletins qui ont été attribués aux candidats par transfert à hauteur de ce qui était nécessaire pour atteindre le chiffre d'éligibilité. Conseil de Bruxelles-Capitale. Voix de préférence. http://verkiezingen2004.belgium.be/nl/bru/preferred/preferred_e6109_p3842.html.

⁷⁴ "De Solidaire eed van Hippocrates". De Tijd. 08.03.2005.

⁷⁵ "Commentaar door Guy Tegenbos. Privatisering is er al". De Standaard. 01.03.2005.

⁷⁶ "Nu al krijgt niet iedereen dezelfde zorg. De Nederlandse professor Hans Maarse bestudeert de gezondheidszorg in Europa. In het debat over de privatisering van die zorg noemt hij artsenseider Marc Moens 'moedig' en SP-A voorzitter Steve Stevaert 'demagogisch'." Knack. 09.03.2005.

⁷⁷ "CM wijst ziekenhuizen en artsen met de vinger". Artsenkrant. Nr. 1729. 31.01.2006.

⁷⁸ "Ziek zijn betaalt u morgen zelf. Uw gezondheidsfactuur steeg in 2 jaar tijd met 18 %". Trends. 31^{ste} jaar. Nr. 10. 10.03.2005.

LA MAINMISE SUR VOTRE SANTE				
Financement privé (en % des dépenses de santé 2000)				
	De votre poche + ticket modérateur	Assurance privée obligatoire	Assurance complémentaire	total
Belgique	20,9	-	5,4	26,3
Pays-Bas	12,2	13,4	3,9	27,3
Allemagne	11,6	6,4	4,2	22,2
France	9,8	-	11,3	21,1

Source : Trends. N°. 10. 10 mars 2005.

Tableau 7

Tout comme les mutuelles, les assureurs privés surveillent de près le rapport des dépenses de santé nationales vis-à-vis du produit intérieur brut (cf. tableau 8).

Dépenses de santé nationales et le PIB (montants en millions d'euros)

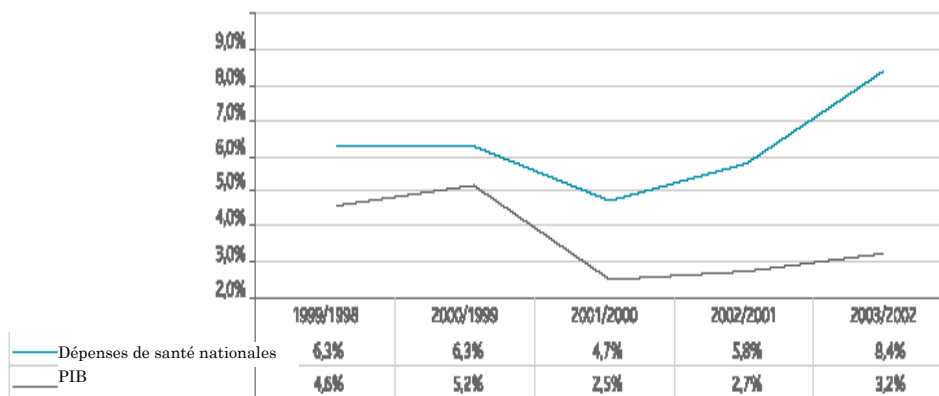
	PIB	Dépenses de santé nationales	
		Montant	en % du PIB
1998	225.231,0	18.714,2	8,3
1999	235.683,0	19.893,9	8,4
2000	247.924,0	21.145,0	8,5
2001	254.153,0	22.143,4	8,7
2002	261.124,0	23.429,8	9,0
2003	269.546,0	25.392,3	9,4

Source : Assuralia, janvier 2005

Tableau 8

Les courbes divergentes sont inquiétantes (cf. figure 1), tout comme la part croissante qui est à la charge du patient (cf. tableau 9)

Croissance annuelle des dépenses de santé nationales et du PIB



Source : Assuralia, janvier 2005

Figure 1

DEPENSES DE SANTE REELLES 2003

	Millions d'euros	%
Pouvoirs publics*	19.118,0	75,3
Patient	4.926,6	19,4
Privé	1.347,7	5,3
TOTAL	25.392,3	100,0

* Dépenses INAMI 15.383,7

Tableau 9

Source : Assuralia, janvier 2005

Mais les socialistes laissent la situation se détériorer plus encore et les libéraux font semblant de rien. Sauf Jean-Marie DEDECKER (VLD) – l'ex-judoka plus hardi – qui

n'a rien à redire à un deuxième pilier pour les soins de santé.⁷⁹ Toutefois, Hasselt 1994 semble peser plus lourd qu'Ostende 2005 !

Nous constatons que l'espérance de vie et le vieillissement s'accroissent. Dans tous les pays industrialisés, les pensions et les soins de santé provoquent des maux de tête économique-politiques aux autorités, surtout avec l'arrivée prochaine d'une cohorte de babyboomers. Les modèles de base anciens de système de soins de santé vacillent et sont proches du point de rupture.

Le système Beveridge anglo-saxon au sens strict, financé par l'argent du contribuable et où le généraliste est le portier par lequel le patient doit passer pour avoir accès au spécialiste et/ou à l'hôpital, est abandonné un peu partout. En Flandre, pourtant, ce modèle semble encore avoir des adeptes.

Le système Bismarck au sens strict, financé par les cotisations sociales et personnelles et garantissant une liberté de choix du médecin et un accès direct au spécialiste, rencontre de sérieux problèmes un peu partout. La situation entre les différents pays n'est plus comparable, ce qui donne lieu à certains doutes et à des problèmes d'interprétation lors de la comparaison du matériel d'étude international comme celui de l'OCDE.

Lorsqu'en 1889, le chancelier prussien BISMARCK a instauré le premier régime de pension d'Etat à partir de 65 ans, l'espérance de vie moyenne à la naissance n'était que de 45 ans. Rien d'étonnant à ce que les coûts des soins de santé et des pensions soient restés très bas : peu nombreux étaient ceux à bénéficier de la pension.

Aujourd'hui, en Belgique, l'espérance de vie à la naissance s'élève à 75,85 ans pour les hommes et à 81,69 ans pour les femmes⁸⁰.

L'espérance de vie en Belgique pour les personnes âgées de 65 ans est de 80,5 ans pour les hommes et de 84,5 ans pour les femmes⁸¹. Il est clair qu'on ne pourra pas se contenter de culpabiliser les dispensateurs de soins si l'on veut sauvegarder notre système.

IV. NUMERUS CLAUSUS

Des actions ont été menées, côté francophone, pendant toute l'année 2005 pour obtenir la suppression du numerus clausus ou une refonte significative du système. Il est irritant de voir de "grands" professeurs inonder, des mois durant, la presse francophone de récits dramatiques de "pénurie"⁸² et de visions funestes d'importation parallèle de candidats-spécialistes étrangers de qualité moindre⁸³.

Même les étudiants sont en désaccord entre eux concernant la limitation de l'offre médicale. Une lettre ouverte en forme de slogan de la *Vlaamse Vereniging van*

⁷⁹ "Jean-Marc Dedecker steunt privatisering ziekteverzekering". De Morgen. 03.03.2005.

⁸⁰ <http://statbel.fgov.be/press/flo64.nl.asp> année de référence 2003.

⁸¹ www.aon.com. Chiffres 2005.

⁸² "Médecins : les quotas mènent à la pénurie". Le Soir. 15.02.2005.

⁸³ "Ces médecins venus d'ailleurs". La Libre Belgique. 15.02.2005.

Studenten et de la Fédération des étudiant(e)s francophones⁸⁴ est vivement contestée par des étudiants en médecine flamands⁸⁵.

Les responsables politiques ne reculent devant aucune déclaration pour alimenter le débat. Ecolo crie à la pénurie de médecins, et ce alors qu'à l'exception de l'Italie, aucun pays du monde occidental n'a un nombre de médecins supérieur à la Belgique⁸⁶. D'autres, comme Jean-Jacques VISEUR (cdH) et Olivier MAINGAIN (FDF), ont joué résolument la carte communautaire : il est reproché aux Flamands de briser les vocations de jeunes voulant devenir médecin⁸⁷.

La nouvelle composition de la commission de planification a été publiée le 08.10.2004⁸⁸. Le professeur émérite Denise Deliège de l'UCL, également une fervente adversaire du *numerus clausus*, a à nouveau été nommée pour une période de 5 ans. La candidature du soussigné, qui avait été présentée par l'ABSyM pour la succession du Dr Louis BECKERS, ancien président de l'ABSyM et grand défenseur du *numerus clausus*, n'a pas été retenue.

Au terme de délibérations longues au sein d'un groupe de travail du gouvernement, une partie des décisions de la Commission de planification du 27.11.2003⁸⁹ a été transposée en arrêté royal⁹⁰ le 11 juillet, une journée à haute valeur symbolique pour les Flamands, et est entrée en vigueur le 01.01.2005 avec effet rétroactif⁹¹.

Le nombre de médecins autorisés dans le cadre de l'INAMI a progressé de 700 en 2011 (420 Flamands⁹² et 280 francophones) à 833 en 2012 (500 Flamands et 333 francophones). 6 gériatres flamands et 4 francophones ainsi que 6 candidats-spécialistes flamands et 4 francophones sont ajoutés au nombre minimum de candidats spécialistes énuméré à l'article 2 de l'A.R. du 30.05.2002⁹³.

Parmi les titres professionnels auxquels la limitation du nombre de candidats ne s'applique pas à l'article 3 du même A.R., le nombre de psychiatres infanto-juvéniles est porté de 140 sur 7 ans à 180 sur 8 ans (108 Flamands et 72 francophones) et un total de 198 candidats (119 Flamands et 79 francophones) est ajouté pour les années 2004 à 2012 pour les médecins bénéficiant d'un mandat de recherche ou

⁸⁴ "Een debat van levensbelang". Ton Van Weel (VVS) et Renaud Maes (FEF). De Standaard. 21.02.2005.

⁸⁵ "Contingentering, the true story". Artsenkrant, n° 1658, 01.03.2005.

⁸⁶ "On manque de médecins. Ecolo propose de suspendre la restriction de l'accès à la profession." Le Soir. 04.03.2005

⁸⁷ "La Flandre brise nos vocations de médecins". Le Soir. 08.03.2005

⁸⁸ Arrêté royal du 31.07.2004 portant nomination des membres de la Commission de planification de l'offre médicale (M.B. du 08.10.2004).

⁸⁹ Cf. rapport annuel du GBS de 2003 : "L'année de la perception". IV.4 "La pénurie francophone" et une pétition flamande. Le Médecin Spécialiste. Numéro spécial. Mars 2004.

⁹⁰ Arrêté royal du 11.07.2005 modifiant l'arrêté royal du 30 mai 2002 relatif à la planification de l'offre médicale (M.B. du 03.08.2005).

⁹¹ Arrêté royal du 04.10.2005 fixant la date d'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 11 juillet 2005 modifiant l'arrêté royal du 30 mai 2002 relatif à la planification de l'offre médicale (M.B. du 23.12.2005).

⁹² Par "Flamands" et "francophones", il faut entendre les candidats possédant un diplôme de fin d'études délivré par une université relevant de la compétence respectivement de la Communauté flamande et de la Communauté française.

⁹³ Le quota de spécialistes n'est pas totalement attribué, mais un minimum de sorte qu'une certaine flexibilité est possible.

pour les mandats de candidats spécialistes en compensation des durées de formation qui se sont déroulées à l'étranger.

Le 21.01.2006, plusieurs journaux francophones annoncent que le nombre de médecins autorisés par l'INAMI devrait augmenter de façon significative en 2013 et être porté à 1.025 (cf. tableau 10). Le vice-président francophone de l'ABSyM, le Dr Jacques de TOEUF, rejette l'idée et estime qu'il faut conserver le nombre entre 800 et 850. Le président du Cartel Philippe VANDERMEEREREN est satisfait⁹⁴.

Des documents officiels de la réunion de la Commission de planification du 15.12.2005 ne sont pas encore disponibles et le ministre DEMOTTE, lui aussi, n'a dès lors pas encore reçu cet avis officiellement (le 30.01.2006).

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

Année	Nombre de médecins			Généralistes			Spécialistes		
	Total	N	F	Total	N	F	Total	N	F
2004	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2005	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2006	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2007	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2008	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2009	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2010	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2011	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2012	833	500	333	358	215	143	475	285	190
2013*	1.025	615	410	441	265	176	584	350	234

* Communiqués de presse 20-23.01.2006

Tableau 10

Il est hallucinant que les francophones osent utiliser le terme "pénurie". Proportionnellement, ils ont beaucoup plus de médecins par habitant qu'en Flandre et les ministres du Parti socialiste de l'enseignement supérieur ont laissé pourrir la sélection de manière scandaleuse pendant des années et n'ont rien entrepris. Avec comme conséquence que l'avenir de nombre de jeunes diplômés est devenu totalement incertain⁹⁵.

Les doyens francophones refusent d'admettre que la délivrance de diplômes surnuméraires peut conduire à l'accomplissement d'un nombre excessif de prestations. La mise à disposition de "mains-d'œuvre" bon marché dans les centres universitaires est à l'origine du fait qu'on arrivera jamais à plus de réflexion sur la nécessité ou non de certaines prestations médico-techniques.

Tant d'un point de vue budgétaire que médical, cette attitude ne se justifie pas car il en résulte parfois des dépenses inadéquates et la surinstrumentation ainsi que la surmédicalisation augmentent également le risque de pathologie iatrogène. En outre, le nombre de pathologies et de patients est insuffisant pour permettre aux nombreux étudiants en médecine d'acquérir une expérience de pratique suffisante. Ceci crée à son tour le risque d'une réduction de la qualité.

⁹⁴ "Numerus clausus. Elargis les quotas ? Les médecins divisés". La Libre Belgique. 23.01.2006

⁹⁵ "2003 : l'année de la perception". Rapport annuel du GBS 2003. M. MOENS. Point IV.1. "La Communauté française abroge toute forme de limitation". Le Médecin Spécialiste. Numéro spécial. Mars 2004.

Pas étonnant dès lors que des voix de protestation s'élèvent à nouveau en Flandre. "Moet de beste leerling van de klas (Vlaanderen) weerom de rekening betalen ?" (*Le meilleur élève de la classe (la Flandre) doit-il à nouveau payer la facture?*) se demande le Dr Louis IDE, vice-président de la N-VA (Nieuw-Vlaamse Alliantie).⁹⁶

Il est important de noter que, le 29.06.2005, les doyens des facultés de médecine ont proposé au ministre, pour les années 2006 à 2009, de soustraire du quota des médecins généralistes 10 candidats au profit d'une spécialisation en médecine aiguë (6 Flamands et 4 francophones), 6 candidats au profit d'une spécialisation en soins d'urgences (4 Flamands et 2 francophones) et 6 candidats au profit d'une spécialisation en médecine interne générale (4 Flamands et 2 francophones). Les doyens considèrent ce groupe comme une spécialité de première ligne, même si elle est exercée en milieu hospitalier⁹⁷.

Le groupe de travail médecine générale du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes a rejeté cette proposition à l'unanimité.⁹⁸

V. ACCORD MEDICO-MUTUALISTE

V.I. Effraction avec les pleins pouvoirs

Avec la loi-santé du 27 avril 2005⁹⁹, le ministre DEMOTTE a obtenu les pouvoirs spéciaux pour mieux garder sous contrôle les dépenses pour les soins de santé. En 2004, ceux-ci avaient fortement dérapé : les dépenses totales ont dépassé de 513,7 millions d'euros le montant budgétisé. Les médecins n'ont dépassé leur budget alloué "que de" 49,6 millions d'euros (cf. tableau 11). Les budgets partiels biologie clinique et imagerie médicale sont restés, avec leurs dépenses de respectivement 894,127 et 855,128 millions d'euros, juste dans les limites de leur budget de respectivement 896,112 millions et 855,57 millions d'euros, ce qui représente une différence algébrique positive favorable de 1,985 million pour la biologie et 0,442 million d'euros pour l'imagerie médicale¹⁰⁰.

⁹⁶ "N-VA tegen uitbreiding contingentering". Artsenkrant nr. 1728. 27.01.2006.

⁹⁷ Compte rendu de la concertation du 29.06.2005 entre le ministre et les doyens concernant la répartition des candidats spécialistes dans les différentes spécialités.

⁹⁸ Lettre du 29.11.2005 du Prof. Dr R. LEMYE et du Prof. Dr J. DE MAESENEER, présidents du groupe de travail médecine générale, au ministre DEMOTTE.

⁹⁹ M.B. du 20.05.2005

¹⁰⁰ Note CSS 2006/31 du 20.01.2006.

Budgets INAMI 2004, 2005 et 2006 (en millions d'euros)

Budget 2004	Objectif Millions d'euros	Dépenses	Variation	%
Médecins	5.013,045	5.062,601	- 49,556	- 0,989
Total	16.257,831	16.771,517	- 513,686	- 3,063
Budget 2005	Objectif	Estimation technique	Variation	
Médecins	5.222,772	5.242,228	- 19,516	- 0,374
Total	17.398,373	17.398,650	- 0,277	- 0,0016
Budget 2006	Objectif	Estimation technique	Variation	
Médecins	5.533, 123	-	-	-
Total	18.473,130	18.419,271	+ 53,859	+ 0,292

Tableau 11

Source : INAMI. Note CSS 2006/23 du 16.01.2006 et website INAMI (budget 2006)

- = dépassement du budget

+ = sous-utilisation du budget ("réserve")

Les dépenses pour 2005 ne seront connues qu'en mai 2006. L'estimation technique pour le total des dépenses coïncide quasiment avec l'objectif (0,277 million d'euros, soit 0,0016 % de dépassement); l'estimation technique pour les honoraires médicaux dépasse légèrement l'objectif de 19,516 millions d'euros, soit de 0,374 %.

Il est parfaitement possible qu'à la clôture définitive du budget des honoraires médicaux, ce budget partiel serait malgré tout resté dans les limites de l'objectif budgétaire, d'autant plus que, depuis le 01.07.2005, des économies supplémentaires ont été imposées, par pouvoirs spéciaux, à l'imagerie médicale^{101, 102} et à la biologie clinique¹⁰³ pour un montant – sur base annuelle – de ± 32 millions d'euros en biologie clinique et de ± 27 millions d'euros en imagerie médicale.

Le refus de l'indexation par le ministre DEMOTTE a été particulièrement mal accueilli. Les conditions de l'accord médico-mutualiste du 15.12.2003 ont été remplies selon la Commission médico-mutualiste lors de sa réunion du 06.06.2005¹⁰⁴. Le budget 2004 a été dépassé de moins de 1 %, il est apparu à ce moment que le budget 2005 est resté dans les limites de l'objectif budgétaire et la rupture de tendance dans la prescription de médicaments était claire (pour les antibiotiques) ou s'amorçait (antihypertenseurs) (cf. Point III.5.). Néanmoins, fort des pouvoirs spéciaux du Gouvernement, le ministre n'a pas plié.

Pour situer les données budgétaires, le tableau 12 montre l'évolution des dépenses de l'INAMI, des honoraires médicaux et des tickets modérateurs et le tableau 13 l'évolution de plusieurs autres secteurs.

¹⁰¹ A.R. du 15.06.2005 modifiant en ce qui concerne les dispositions de l'article 17, § 1er, 11°bis, l'annexe de l'arrêté royal du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (M.B. du 30.06.2005).

¹⁰² A.R. du 15.06.2005 modifiant, en ce qui concerne les dispositions de l'article 26, par. par. 9 et 12, l'annexe à 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 30.06.2005).

¹⁰³ A.R. du 15.06.2005 modifiant, en ce qui concerne les honoraires d'urgence pour les prestations de biologie clinique, l'article 26 de l'annexe à l'arrêté royal du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (M.B. du 30.06.2005).

¹⁰⁴ Procès-verbal de la réunion de la Commission nationale médico-mutualiste du 06.06.2005. Point 4 (pp. 9-11).

EVOLUTION BUDGETS INAMI ET HONORAIRES

Année	Dépenses INAMI totales (en millions d'euros)	Total des tickets modérateurs (en millions d'euros)	Total des honoraires médicaux		Total des tickets modérateurs sur les honoraires médicaux (en millions d'euros)
			Montant (en millions d'euros)	% total INAMI	
1995	9.938,19	1.119,56	3.349,48	33,7	398,46
1996	10.957,28	1.201,08	3.683,10	33,6	439,17
1997	10.655,69	1.183,62	3.477,47	32,6	474,66
1998	11.294,04	1.262,95	3.707,79	32,8	504,97
1999	12.029,06	1.296,40	3.905,49	32,5	501,51
2000	12.820,05	1.314,02	4.102,33	32,0	518,54
2001	13.774,37	1.363,15	4.344,03	31,5	535,82
2002	14.162,56	1.390,27	4.291,48	30,3	534,70
2003	15.383,68	1.465,10	4.623,62	30,1	550,13
2004	16.771,43	-	5.062,60	30,2	-
2005*	17.332,17	-	5.222,72	30,1	-
2006 *	18.454,06	-	5.333,12	28,9	-

* Objectif budgétaire

- Pas encore connu

Source : Rapports annuels INAMI 1998-2004

Tableau 12

EVOLUTION DEPENSES AMI 1991-2003

	Croissance annuelle réelle 1991-2003	1991 % du total	2003 % du total
Secteur personnes âgées	9,73	4,3	8,5
Implants	8,97	1,3	2,3
Soins infirmiers	5,52	3,4	4,2
Prest. pharmaceutiques	4,83	16,7	19,2
Hôpitaux	3,05	24,8	23,2
Dentistes	3,02	3,4	3,1
Médecins	1,35	40,4	30,1
Kinésithérapeutes	1,29	3,2	2,4
Global	3,61	97,5	93,0
Croissance réelle PIB	1,9		

Source : Rapports annuels INAMI

Tableau 13

V.2. Le gouvernement fixe des exigences à la Médico-Mut

Dans le cadre de la réunion du Conseil général de l'INAMI du 10.10.2005, le Dr Ri DE RIDDER – qui était encore à l'époque commissaire du gouvernement; une semaine plus tard, il a été nommé directeur général du Service des soins de santé¹⁰⁵ – avait fait savoir que le gouvernement avait donné son accord à un "Plan 2006-2007 pour le développement de la médecine générale en Belgique" et au "Programme d'action visant à rétablir l'équilibre dans la nomenclature des prestations spécialisées"¹⁰⁶.

Pour le généraliste, un "fonds d'impulsion médecine générale" sera constitué. Le gouvernement réservera à cette fin un budget de 5 millions d'euros dans le budget 2006. Le fonds prévoit une prime à l'installation pour les généralistes débutants et une intervention pour les frais de fonctionnement dans les pratiques en duo et de groupe des généralistes. L'ASGB trouve cela splendide.¹⁰⁷ Le généraliste moyen

¹⁰⁵ A.R. 03.10.2005; M.B. du 10.10.2005 p. 43459.

¹⁰⁶ Note CSS n° 2005/302 add. du 14.10.2005.

¹⁰⁷ "Huisarts heeft straks praktijkassistent (m/v)". De Standaard. 20.01.2006.

indépendant et exerçant en solo n'obtient rien, et encore moins le spécialiste, et ce bien que les spécialistes travaillant en milieu extra-hospitalier se trouvent dans une situation parfaitement comparable.

Malheureusement, tant les autorités fédérales que les autorités régionales continuent à ignorer les spécialistes extra-hospitaliers. Les autorités ne voient plus les spécialistes qu'en hôpital et elles pensent que les "assistants des pratiques médicales" y sont mis à disposition gratuitement. Le citoyen moyen et les collègues généralistes sont endoctrinés à penser que les hôpitaux sont subsidiés mais on oublie de dire que ces subsides ne sont pas destinés aux consultations et aux activités policliniques connexes. Ces coûts sont intégralement supportés par les spécialistes, tant hospitaliers qu'extra-hospitaliers.

Pour les spécialistes, on leur offre généreusement 40 unités de RMN supplémentaires à partir du 01.07.2007. Le gouvernement prévoit bien 14,819 millions d'euros pour le budget de moyens financiers des hôpitaux, mais "oublie" que cela engendrera également des dépenses supplémentaires pour les honoraires des radiologues. Les ministres partent apparemment du principe que toutes les prestations qui seront réalisées sur les 40 unités de RMN supplémentaires se substitueront à 100 % aux CT et autres examens. Ce qui est naturellement impossible d'un point de vue médical, surtout du fait du nombre en forte croissance d'indications evidence based en faveur de la RMN.

Le gouvernement promet 33 millions d'euros de moyens supplémentaires (ou 0,6 % du budget 2006) en 2007 et autant (ou tout aussi peu) en 2008 en cas de conclusion d'un accord pour 2 ans et de revalorisation des honoraires. Le gouvernement actuel ne peut s'engager en aucune façon pour 2008 attendu qu'il y aura de nouvelles élections fédérales au plus tard en mai 2007.

Le ministre DEMOTTE laisse entendre qu'il n'acceptera aucun accord si celui-ci ne comprend pas une revalorisation, par quoi il entend une indexation non linéaire. Sous l'impulsion de Marc JUSTAERT, président des Mutualités chrétiennes, le gouvernement avait déjà confisqué la moitié de l'index de la biologie clinique pour un montant de 10,57 millions d'euros.

Un préaccord informel prévoyant que la répartition non linéaire ne pourrait concerner que 10 % au maximum de l'index, a été obtenu. Le montant total de l'index 2006 (2,26 %) s'élevait à 121,731 millions d'euros. Après réduction de moitié de l'index de la biologie clinique (10,575 millions d'euros), il est resté 111,16 millions d'euros. Le montant maximum de l'index à répartir (= indexation non linéaire) se montait par conséquent à 11,116 millions.

A partir de plusieurs calculs effectués par l'actuariat de l'INAMI, il a finalement été décidé que les groupes de prestations ayant connu, entre 2000 et 2004, une croissance moyenne annuelle des dépenses de l'INAMI de plus de 7,75 % ne bénéficieraient pas d'une indexation. Une proposition antérieure établissant la croissance moyenne annuelle à 7,5 %, n'a pas été retenue. Dans cette proposition, la retenue de l'index se monterait à 14,929 millions d'euros, ce qui était nettement plus que ce qui était convenu.

Les anesthésistes ont ainsi échappé à la valse des économies : leur croissance annuelle moyenne était de 7,63 %, principalement en raison de la forte augmentation de la thérapie de la douleur, et leur index 2006 a été estimé à 5,627 millions d'euros.

Par conséquent, la non-indexation a été limitée aux "fortes hausses" suivantes : la radiothérapie, la chirurgie plastique, les prestations interventionnelles percutanées, l'ophtalmologie, les examens génétiques, la neurochirurgie et la physiothérapie (cf. tableau 14).

Impact de la retenue d'indexation frappant les "fortes hausses" dans les dépenses de l'INAMI (montants en millions d'euros)

Intitulé	Dépenses INAMI 2000	Dépenses INAMI 2004	Croissance moyenne en %	Estimation dépenses INAMI 2006 sans index	Retenue d'index 2006
Radiothérapie	35,838	69,415	23,42	74,393	1,681
Chirurgie plastique	6,293	10,601	17,11	11,791	0,266
Prest. interventionnelles percutanées	28,022	39,948	10,64	45,504	1,028
Ophtalmologie	72,944	98,052	8,61	101,792	2,301
Examens génétiques	24,090	32,068	8,28	35,118	0,794
Neurochirurgie	15,639	20,723	8,13	24,282	0,549
Physiothérapie	88,348	115,932	7,81	118,741	2,684
Total	271,174	386,739	9,29	411,621	9,303
(Anesthésiologie)	(175,684)	(229,308)	(7,63)	(248,971)	(5,627)

Source : Actuariat de l'INAMI

Tableau 14

Un reste de l'index 2005 d'un montant de 24 millions d'euros a été "mis à disposition" par le gouvernement pour de nouvelles initiatives.

V.3. Une décision archidifficile

Depuis 1990, je participe aux négociations menées en vue des accords médico-mutualistes. La tâche est de plus en plus difficile et l'immixtion des autorités va grandissante. A l'époque de Magda DE GALAN et de Frank VANDENBROUCKE, les ministres des Affaires sociales intervenaient parfois presque directement. Les nombreuses directives transmises par GSM par Frank VANDENBROUCKE au président de la médico-mut Gabriel PERL sont restées légendaires. Aujourd'hui, le gouvernement, qui dispose des pouvoirs spéciaux, conduit la médico-mut dans la direction choisie par l'aile socialiste : des soins de santé d'inspiration collectiviste auxquels les Mutualités chrétiennes souscrivent également au niveau de la médico-mut et que l'ASGB et surtout un de ses membres SP-A Milan ROEX prônent de manière très active. Tout le monde est logé à la même enseigne. Soyent Green, c'est peut-être pour demain. Le Dr Johan BUFFELS, généraliste et délégué de l'ASGB dans le Conseil technique médical, a déjà d'ailleurs suggéré l'idée, en 2004, de créer des honoraires d'euthanasie.¹⁰⁸

L'absence totale de confiance dans le ministre DEMOTTE et les modifications que le gouvernement a apportées, par le biais de la loi portant des dispositions diverses du 27.12.2005, pour rendre plus difficile le refus de l'accord¹⁰⁹, ont eu pour effet que l'accord n'a été conclu qu'au petit matin du 20.12.2005.

¹⁰⁸ "Fee to kill". Artsenkrant. Nr. 1629. 09.11.2004.

¹⁰⁹ Cf. Point 16 de l'accord médico-mutualiste du 20.12.2005.

Si aucun accord n'avait été conclu, les honoraires seraient restés gelés au niveau de 2005 de sorte que nous aurions fait cadeau de 174 millions d'euros (solde de l'index 2005, index 2006 et 58 millions de nouveaux moyens) aux autorités. En outre, nous leur aurions également offert le statut social pour un montant de 72,62 millions d'euros en 2006.¹¹⁰

L'accord a été publié au Moniteur belge du 23.01.2006. Les médecins ont jusqu'au 22.02.2006 pour prendre position. Il faut s'attendre à ce que les radiologues et certains collègues appartenant aux groupes qui n'ont pas obtenu leur indexation, se déconventionnent en plus grand nombre que par le passé. La médico-mut en prendra connaissance le 06.03.2006 et nous analyserons ces chiffres dans le cadre de notre prochain rapport annuel.

V.4. Accréditation

Comme d'habitude, à l'occasion du rapport annuel du GBS, nous vous présentons un état de la situation dans le domaine de l'accréditation. Dans le tableau 15, les spécialités sont classées en allant du pourcentage d'accrédités le plus élevé au pourcentage le plus bas.

¹¹⁰ Note du Conseil général de l'INAMI 2005/118 add. du 22.12.2005

COMPARAISON nombre de médecins accrédités 01.02.2006 - 01.02.2005

2006		Nombre d'actifs		Nombre d'accrédités		% d'accrédités		2005
		01.02.2006	01.02.2005	01.02.2006	01.02.2005	01.02.2006	01.02.2005	
	Médecins 001-002	2.340	2.000	0	0	0,00	0,00	
	Généralistes 003-004	14.162	14.040	9.816	9.948	69,31	70,85	
	Généralistes 005-006	671	717	0	0	0,00	0,00	
	Généralistes 007-009	976	1.575	0	0	0,00	0,00	
	TOTAL	18.149	18.332	9.816	9.948	54,09	54,27	
	Médecin spécialiste en formation (MACS)	3.635	3.505	0	0	0,00	0,00	
1	Dermato-vénérologie	676	660	539	536	79,73	81,21	1
2	Ophthalmologie	1.021	1.012	793	802	77,67	79,25	2
3	Gastro-entérologie	482	442	359	331	74,48	74,89	5
4	Pneumologie	392	367	289	275	73,72	74,93	4
5	Neurologie	256	227	186	165	72,66	72,69	8
6	Radiologie	1.523	1.498	1.104	1.133	72,49	75,63	3
7	Anatomie pathologique	296	287	214	214	72,30	74,56	6
8	Médecine physique et physiothérapie	472	452	335	334	70,97	73,89	7
9	O.R.L.	612	604	432	439	70,59	72,68	9
10	Radiothérapie	170	164	115	109	67,65	66,46	15
11	Cardiologie	901	864	606	597	67,26	69,10	12
12	Urologie	368	360	247	248	67,12	68,89	13
13	Rhumatologie	255	250	169	170	66,27	68,00	14
14	Psychiatrie	1.569	1.448	1.035	1.010	65,97	69,75	11
15	Médecine nucléaire	319	319	208	224	65,20	70,22	10
16	Gynécologie-obstétrique	1.350	1.344	868	885	64,30	65,85	16
17	Orthopédie	952	922	589	583	61,87	63,23	19
18	Anesthésie	1.848	1.758	1.142	1.145	61,80	65,13	17
19	Médecine interne	2.078	2.061	1.276	1.310	61,41	63,56	18
20	Pédiatrie	1.443	1.400	866	871	60,01	62,21	20
21	Biologie clinique	711	709	417	431	58,65	60,79	21
22	Chirurgie	1.513	1.490	697	734	46,07	49,26	22
23	Neurochirurgie	170	163	78	77	45,88	47,24	24
24	Neuropsychiatrie	477	562	211	270	44,23	48,04	23
25	Stomatologie	302	307	121	134	40,07	43,65	26
26	Chirurgie plastique	215	202	86	95	40,00	47,03	25
	TOTAL SPECIALISTES	20.371	19.872	12.982	13.122	63,73	66,03	
	TOTAL SPECIALISTES + MACS	24.006	23.377	12.982	13.122	54,08	56,13	
	TOTAL GENERAL	42.155	41.713	22.798	23.070	54,08	55,31	

Source: Groupe de direction de l'accréditation, INAMI, 01.02.2006

Tableau 15

L'instantané au 1er février 2006 montre que, d'une part, le nombre total de médecins continue à augmenter de 41.713 en 2005 à 42.155 en 2006 (+ 1,06 %) et, d'autre part, que l'intérêt pour l'accréditation est en recul : légèrement chez les généralistes (70,85 % d'accrédités en 2004 contre 69,31 % in 2005) et de façon plus significative chez les spécialistes (66,03 % en 2004 contre 63,73 % en 2005).

Le nombre de "médecins généralistes" (groupes 001 à 009) est en légère régression, passant de 18.332 à 18.149 (-1,00 %), et le nombre de spécialistes agréés progresse de 19.872 à 20.371 (+2,51 %).

Le nombre de médecins spécialistes en formation augmente de 3.505 à 3.635 (+2,51 %) tandis que le nombre de médecins généralistes en formation professionnelle (MGFP 005-006) passe de 717 à 671 (-6,42 %).

Le tableau 16 montre que la diminution brutale du nombre de neuropsychiatres entre 2004 et 2005 s'est poursuivie en 2005 suite à la décision de réserver la

psychothérapie¹¹¹ aux psychiatres agréés et de ne plus la rendre accessible aux neuropsychiatres à partir du 01.01.2005.

Dans le groupe des neuropsychiatres, psychiatres et neurologues, un sur quatre était encore neuropsychiatre au 01.02.2005 et un sur cinq au 01.02.2006.

Evolution neurologie, psychiatrie et neuropsychiatrie

Année	Neuropsychiatres		Psychiatres	Neurologues	Total
	Nombre	% total			
1998	1.431	77,9	303	102	1.836
1999	1.419	74,3	370	122	1.911
2000	1.436	72,3	409	140	1.985
2001	1.368	69,0	463	151	1.982
2002	1.378	66,5	527	168	2.073
2003	1.358	63,6	595	183	2.136
2004	1.335	60,7	656	208	2.199
2005	562	25,1	1.448	227	2.237
2006	477	20,7	1.569	256	2.302

Source : INAMI, groupe de direction de l'accréditation, instantanée au 1^{er} février

Tableau 16

En 2005, quelque 19.000 dossiers d'accréditation ont dû être prolongés pour une nouvelle période de 3 ans. Un sacré boulot qui, malheureusement pour le Service des soins de santé de l'INAMI et pour un très grand nombre de collègues qui devaient introduire leur dossier, ne peut pas encore être informatisé.

Par ailleurs, l'offre de packages d' "enseignement à distance" ou "E-learning" ne décolle pas. L'INAMI ne propose pas d'infrastructure aux membres des comités paritaires et du groupe de travail éthique et économie pour pouvoir évaluer ces programmes collégalement dans les locaux de l'INAMI. Se connecter au départ de son propre PC sur le réseau de l'INAMI est exclu pour des raisons de sécurité. Et par conséquent, le groupe de direction trépigne sur place.

Un fait positif est qu'en 2005, une réglementation a été concoctée pour les médecins qui souhaitent réduire leurs activités à la fin de leur carrière et qui n'atteignent plus le seuil minimum d'activité. S'ils remplissent les autres critères (assister à des GLEM et participation à la formation continue, y compris en éthique et économie), ils peuvent conserver leur label de qualité – et les médecins y sont apparemment très attachés – et ils continuent également à avoir droit à leur supplément d'accréditation par prestation.

Toutefois, ils n'obtiennent les honoraires d'accréditation forfaitaires qu'à l'issue de la période d'accréditation. Cette réglementation peut être demandée par année ou par période de 3 ans.

¹¹¹ Nomenclature des soins de santé, article 2, I. Psychothérapie. A.R. du 30.01.1986 (entrée en vigueur le 01.07.1986) et A.R. du 30.11.2003 (entrée en vigueur le 01.01.2005).

VI. PROCEDURES JURIDIQUES

VI.1. Procédures juridiques introduites en 2005 ou financées par le GBS

VI.1.1. *A.M. du 14 février 2005¹¹² et A.R. du 17 février 2005¹¹³ fixant les normes d'agrégation et le titre professionnel en médecine d'urgence*

L'union professionnelle des chirurgiens belges a introduit, auprès du Conseil d'Etat, un recours en annulation contre l'A.M. du 14 février 2005 fixant les normes que les médecins en médecine d'urgence et en médecine aiguë doivent remplir pour être agréés.¹¹⁴ L'A.M. ne définit nulle part le domaine d'activité de ces différents dispensateurs. La durée de formation est fondamentalement différente. Il est évident que tous ces médecins ne peuvent pas avoir les mêmes compétences. Il apparaît en outre inacceptable que, notamment compte tenu de la réglementation européenne, une formation de seulement 3 ans puisse être couronnée par une agrégation en tant que spécialiste.

L'arrêté royal du 17 février 2005 ajoute les nouveaux titres professionnels définis préalablement dans le cadre de l'arrêté ministériel du 14 février 2005 à la liste des titres professionnels particuliers énumérés dans l'arrêté royal du 25 novembre 1991. Dans le prolongement du recours en annulation contre l'A.M., un recours en annulation a également été introduit contre l'A.R.

Il vaut la peine de signaler que le ministre dans les deux dossiers a négligé d'introduire dans les délais impartis une réponse auprès du Conseil d'Etat ou même de déposer un dossier administratif. Outre les arguments qu'il estime devoir invoquer d'office, l'auditeur se basera dans son rapport principalement sur l'argumentation invoquée par le GBS pour juger de l'annulation.

VI.1.2. *Arrêtés Royaux du 15 juin 2005 relatifs aux modifications des art. 26 et 17 de la nomenclature^{115,116,117}*

Trois arrêtés royaux portant des mesures d'économie ont été publiés au Moniteur belge du 30 juin 2005 en application de l'art. 58 de la Loi-santé¹¹⁸ attribuant des pouvoirs spéciaux au ministre de la Santé publique R. DEMOTTE. Ces mesures

¹¹² A.M. du 14 février 2005 fixant les normes que les médecins en médecine d'urgence et en médecine aiguë doivent remplir pour être agréés (M.B. du 04.03.2005).

¹¹³ Arrêté royal du 17.02.2005 modifiant l'arrêté royal du 25 novembre 1991 établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire (M.B. du 06.04.2005).

¹¹⁴ Cf. point 3.7.

¹¹⁵ Arrêté royal du 15 juin 2005 modifiant en ce qui concerne les dispositions de l'article 17, par. 1er, 11°bis, l'annexe de 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 30.06.2005).

¹¹⁶ Arrêté royal du 15 juin 2005 modifiant, en ce qui concerne les honoraires d'urgence pour les prestations de biologie clinique, l'article 26 de l'annexe à 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 30.06.2005).

¹¹⁷ Arrêté royal du 15 juin 2005 modifiant, en ce qui concerne les dispositions de l'article 26, par. par. 9 et 12, l'annexe à 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 30.06.2005).

¹¹⁸ Loi du 27 avril 2005 relative à la maîtrise du budget des soins de santé et portant diverses dispositions en matière de santé (M.B. du 20.05.2005).

d'économie touchent les quelque 1.800 radiologues et biologistes cliniques en activité.

En biologie clinique, tous les honoraires d'urgence sont supprimés pour les patients ambulatoires à partir du 1er juillet 2005. De plus, le ministre a pris les mesures nécessaires pour empêcher que ces honoraires d'urgence ne puissent être portés en compte au patient.

La situation est quelque peu plus complexe en ce qui concerne l'imagerie médicale. D'une part, depuis le 04.07.2005, les honoraires d'urgence sont supprimés tant pour les patients ambulatoires que pour les patients hospitalisés pour un certain nombre de prestations parmi lesquelles la radiographie de l'abdomen, du bassin, de la vessie, de la vésicule biliaire et celle du thorax. D'autre part, les honoraires de quatre prestations effectuées avec la RMN sont alignés sur les honoraires d'examens comparables réalisés avec le CT-scan. Il s'agit des examens de la tête, du cou, du thorax ou de l'abdomen, de la colonne vertébrale et de l'examen des membres.

Le GBS et l'ABSyM ont introduit auprès du Conseil d'Etat un recours en annulation de ces arrêtés.

Le ministre a pris ces arrêtés d'économie sur base des pouvoirs spéciaux qui lui ont été conférés par le Parlement. Les arrêtés pris sont cependant entachés d'un certain nombre de vices de forme. Il ne ressort pas des arrêtés publiés que les présidents de la Chambre et du Sénat ont été informés officiellement de ces arrêtés avant leur publication, ce qui constitue cependant une obligation légale. Deuxièmement, les règles de fonctionnement du Conseil d'Etat prévoient que dans le cas d'arrêtés adoptés sur base de lois de pouvoirs spéciaux, l'avis du Conseil d'Etat ainsi que le rapport au Roi doivent également être publiés. Ceci n'a pas eu lieu dans le cas présent. On ne peut qu'en conclure que les critiques émises par le Conseil d'Etat à l'encontre de ces arrêtés ne devaient pas être tendres. Le Conseil d'Etat avait du reste déjà indiqué dans son avis relatif à la loi des pouvoirs spéciaux que la motivation en faveur de l'octroi de tels pouvoirs spéciaux au ministre de la Santé publique était extrêmement large et vague. Les trois arrêtés publiés se contentent d'affirmer en termes généraux que les mesures sont nécessaires pour atteindre l'objectif budgétaire global, et ce alors même qu'aucun dépassement n'a été constaté dans ces secteurs précisément. Dès lors, la motivation avancée est loin d'être rationnelle.

VI.1.3. A.M. du 29.07.2005 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes en gériatrie¹¹⁹ et A.R. du 10.08.2005 modifiant l'A.R. du 25.11.1991 établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire¹²⁰

L'A.M. fixe les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes en gériatrie. Pour être agréé, le candidat spécialiste doit avoir suivi trois ans de formation en médecine interne et trois ans de formation spécifique en gériatrie. Sur base de l'A.M., les médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier de médecin spécialiste en gériatrie peuvent opter pour être agréés comme médecin spécialiste

¹¹⁹ M.B. du 19.08.2005 2^e éd.

¹²⁰ M.B. du 05.09.2005

en gériatrie. Ils peuvent également opter pour ne rien changer à leur agrément. L'A.M. n'impose aucune limite de temps pour choisir son option. Dans le cadre de l'A.R. susvisé du 10.08.2005, le titre professionnel particulier en gériatrie est toutefois supprimé, ce qui implique que les médecins ont l'obligation de faire leur choix. Le titre professionnel particulier n'est en effet plus reconnu par la loi. Le Dr J.P. DERCQ, président du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes, a admis à plusieurs occasions et notamment dans le cadre de la réunion du Comité de l'assurance de l'INAMI du 19.09.2005 qu'il n'a jamais été dans son intention de supprimer ce titre professionnel particulier. Afin de préserver les droits des médecins spécialistes en médecine interne porteur du titre particulier en gériatrie, un recours en annulation a été introduit à titre conservatoire. Aussitôt que l'A.R. de rectification est publié au Moniteur – puisque, légalement, cet « incident » ne peut pas être corrigé par le biais d'un erratum – il sera renoncé au recours.

VI.1.4. A.R. du 17.09.2005 modifiant l'article 73, § 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994¹²¹

Sur base des pouvoirs spéciaux, le Ministre oblige les médecins, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, à prescrire un pourcentage minimum déterminé de médicaments bon marché. Pour obtenir ce pourcentage minimum, il est tenu compte des médicaments génériques mais également des médicaments dont le fabricant a abaissé le prix au niveau des montants de référence et des médicaments prescrits sous DCI (cf. point III.5).

Si ce pourcentage imposé n'est pas atteint, la pratique médicale du médecin peut être placée sous monitoring par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux. Si le médecin n'adapte pas de lui-même son comportement de prescription, des sanctions administratives peuvent lui être imposées.

Cet arrêté constitue une immixtion inadmissible des autorités dans la pratique médicale. De plus, cette réglementation ne tient pas compte des médecins ayant une pratique limitée ou une patientèle spécifique.

L'avis du Conseil d'Etat n'était pas tendre pour le ministre R. DEMOTTE et estimait que le ministre dépassait les limites des compétences qui lui avait été attribuées dans le cadre des pouvoirs spéciaux. Le ministre n'a purement et simplement pas tenu compte des remarques émises par le Conseil d'Etat.

Le ministre R. DEMOTTE a présenté l'A.R. du 17.09.2005 pour ratification par le Parlement dans le cadre de l'art. 113 de la loi du 27.12.2005¹²² portant des dispositions diverses. Quelle est la valeur juridique de cette ratification dans l'hypothèse où l'A.R. du 17.09.2005 serait annulé par le Conseil d'Etat? Dans cette hypothèse, l'A.R. est supposé n'avoir jamais existé.

VI.1.5. Arrêté royal du 11 juillet 2005 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux¹²³

L'article 1 de cet arrêté modifie l'article 13 de l'arrêté de base et stipule que les instrumentistes du quartier opératoire ne sont plus couverts par le budget des moyens financiers des hôpitaux.

¹²¹ M.B. du 27.09.2005

¹²² M.B. du 30.12.2005 2^e éd.

¹²³ M.B. du 25.07.2005

Le GBS, conjointement avec les spécialistes consultés sur cette matière, a recherché en vain des bases juridiques possibles pour attaquer cette disposition devant le Conseil d'Etat. Le ministre dispose de la compétence pour déterminer ce qui est financé par le budget des moyens financiers. D'un autre côté, il est impossible de demander l'annulation par le Conseil d'Etat de quelque chose qui n'existe pas.

Qui est "instrumentiste"? Il n'existe pas la moindre profession de santé portant le titre professionnel ou la compétence professionnelle particulière d' "instrumentiste". Cette modification de l'arrêté de base du financement des hôpitaux a certainement été inspirée par un arrêt récent, le juge ayant statué sans équivoque que l'instrumentiste était couvert par le prix de la journée d'hospitalisation, qui est désormais appelé budget des moyens financiers.

En modifiant la loi de la sorte, le ministre R. DEMOTTE a certainement voulu rendre service au président du CD&V et président du conseil d'administration de l'hôpital ZOL de Genk, M. Jo Vandeurzen. Désormais et pour autant qu'il puisse être identifié comme tel dans l'enceinte de l'hôpital, un "instrumentiste" n'est plus couvert par le budget des moyens financiers.

Les annexes de l'A.R. du 18 juin 1990¹²⁴ énumèrent les listes des prestations techniques de soins infirmiers et des actes. L'annexe 1 comprend les prestations autonomes de soins infirmiers B1 ne requérant pas de prescription médicale et B2 requérant une prescription médicale. L'annexe 2 comprend les actes C qui peuvent être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier.

Figurent notamment à l'annexe 1, parmi les prestations autonomes de soins infirmiers (point 7), la gestion de l'équipement chirurgical et d'anesthésie (B1) et la préparation, assistance et instrumentation lors d'une intervention chirurgicale ou médicale.

Apparemment, le ministre R. Demotte n'a toutefois pas bien réfléchi aux conséquences possibles de sa décision. En effet, si l'assistance et l'instrumentation lors d'une intervention chirurgicale ou médicale ne sont désormais plus couvertes par le budget de l'hôpital, il aurait dû tenir compte du fait que les prestations techniques de soins infirmiers ne figurent pas dans la nomenclature à partir du moment où le patient est admis à l'hôpital. L'objectif est-il que ces prestations soient portées directement à la charge des patients?

VI.1.6. Financement du service de radiothérapie

Les articles 4 et 14 de l'A.R. du 11 juillet 2005¹²⁵ régissent le nouveau mode de financement du service de radiothérapie. Des discussions étaient menées depuis un certain temps déjà, en concertation avec l'union professionnelle des radiothérapeutes, concernant les critères qui devraient gérer le financement des services de radiothérapie dans le futur. Tout le monde était d'accord pour reconnaître que les règles de financement en vigueur étaient dépassées. Néanmoins, les

¹²⁴ M.B. du 18.06.1990

¹²⁵ Arrêté royal du 11 juillet 2005 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux. (M.B. du 25.07.2005)

nouvelles règles de financement sont totalement inacceptables dans la mesure où elles passent totalement sous silence les prestations de curiethérapie qui, tant en ce qui concerne la sous-partie A3 (investissements) et B3 (personnel) du budget, sont totalement exclues de tout financement. Les services dans lesquels les techniques de la curiethérapie sont appliquées doivent à l'avenir toujours remplir les normes d'agrément, notamment en termes d'effectifs, mais plus aucun financement n'est prévu. L'absence de tout financement dans le budget de l'hôpital conduira à brève échéance à l'abandon de cette technique.

VI.2. Arrêts

VI.2.1. Le Décret de la Communauté flamande du 03.03.2004 relatif aux soins de santé primaires et à la coopération entre les prestataires de soins. – Arrêt de la Cour d'arbitrage du 28.09.2005 n° 147/2005

Le recours en annulation du décret du 03.03.2004 dans la mesure où le médecin spécialiste est expressément exclu de la première ligne, introduit conjointement par le GBS et l'ABSyM et qui – ce qui mérite d'être noté car c'est plutôt exceptionnel – a bénéficié du soutien de l'autorité fédérale, a été déclaré recevable mais non fondé par la Cour d'arbitrage.

Les motifs donnés dans l'arrêt ne sont toutefois pas dénués d'intérêt. La Cour d'arbitrage souligne à plusieurs reprises que le décret ne peut pas avoir pour conséquence de permettre la limitation de la liberté thérapeutique des médecins spécialistes, du libre choix du médecin par son patient ou de la communication d'informations entre les praticiens de soins. La Cour d'arbitrage fait remarquer qu'il conviendra de veiller à ce que ces principes soient respectés dans le cadre des arrêtés d'exécution dudit décret. Toute infraction à ces principes devra être contestée par les instances concernées.

VI.2.2. Recours en annulation de la loi du 22.06.2004 et de l'art. 21 de la loi du 27.12.2004 modifiant l'article 140 de la loi SSI. Arrêt de la Cour d'arbitrage du 11.01.2006 n° 5/2006

L'art. 140 de la loi SSI définissant la procédure pour le Service d'évaluation et de contrôle médicaux a été modifié dans le cadre des lois du 22.06.2004 et de l'art. 21 de la loi du 27.12.2004. La première modification de la loi a constitué, aux dires de l'Autorité, une sorte de loi "réparatrice". Une erreur s'est apparemment glissée involontairement dans la rédaction de la Loi-programme II du 24.12.2002¹²⁶ introduisant la responsabilisation individuelle des médecins et modifiant substantiellement la procédure relative au contrôle médical. Cette modification de la loi a un effet rétroactif à partir du 15.02.2003. La deuxième modification de la loi résulte de problèmes pratiques qui sont apparus lors de l'application de la procédure. La loi prévoyait que les dossiers devaient être soumis au Comité aussi bien en néerlandais qu'en français. Compte tenu du nombre élevé de documents à traduire, cela a donné lieu à un engorgement inévitable dans le traitement des dossiers. La loi du 27.12.2004 prévoit un traitement par rôle linguistique de telle sorte que les documents ne doivent plus être traduits.

¹²⁶ Publié au M.B. du 31.12.2002

Le GBS a appuyé son appel en invoquant une différence injustifiable dans le traitement des médecins par rapport aux autres dispensateurs de soins dans le cadre de la procédure de vote. En effet, pour les médecins, les voix des membres effectifs (et en cas d'absence, de leur suppléant) concernés du Comité sont comptabilisées. Pour toutes les autres professions de soins, le vote est commun par catégorie. Par expérience, on sait que les rangs des médecins ne sont que rarement au grand complet. Les médecins assument cette tâche sur une base volontaire et désintéressée en plus de leur activité professionnelle. Pour les médecins délégués de l'organisme assureur, cette tâche fait partie intégrante de leur emploi salarié. Dans la pratique, il existe donc un déséquilibre entre les deux rangs. L'application d'une procédure de vote identique à celle existant pour les autres dispensateurs de soins aurait pu l'empêcher. La Cour d'arbitrage ne nous a toutefois pas suivis en la matière.

VII. A VOL D'OISEAU

VII.1. Pédiatrie

Le projet du programme de soins pédiatriques a figuré au cœur de l'actualité durant toute l'année. En dépit des visites effectuées au cabinet de DEMOTTE, en dépit des nombreuses lettres, du rejet du projet par quasiment tout le monde, sans parler de l'avis négatif rendu à l'unanimité par le Conseil national des établissements hospitaliers, le cabinet ne renonce pas et a même durci les critères. Dans la toute dernière version du projet, il est prévu qu'un service de pédiatrie doit compter quatre pédiatres pour pouvoir être agréé. Si tel est le cas, cela signifie la fermeture de plus de la moitié des services en Flandre.

En outre, les chirurgiens et les anesthésistes sont d'avis qu'ils sont exclus injustement des soins pédiatriques. Il n'est également fait aucune mention des neuropédiatres dans le projet de texte.

VII.2. Chemins cliniques

Le GBS a participé à la préparation et à la réalisation d'une enquête par e-mail sur les chemins cliniques, mise au point par le Prof. Walter SERMEUS du *Leuvens Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschappen*. Les spécialistes ont réagi sans beaucoup d'enthousiasme.

VII.3. Oncologie

En ce qui concerne l'oncologie, nous avons attiré l'attention sur le fait que les dispositions transitoires de l'arrêté ministériel du 11.03.2003 (M.B. du 26.03.2003) permettant d'acquérir sans nouvelle formation le titre professionnel particulier complémentaire "*et en oncologie*" cessaient d'être d'application le 04.04.2005.

Il n'y a pas eu de suite à la proposition des internistes et des radiothérapeutes visant à obtenir la suppression des termes "*et en oncologie médicale*" comme titre professionnel particulier complémentaire à l'article 2 de l'A.R. du 25.11.1991¹²⁷, à

¹²⁷ Arrêté royal du 25.11.1991 établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire (M.B. du 14.03.1992).

conserver les termes “*et en oncologie*” dans ce même article 2 pour les disciplines non internes mais en échange de l’insertion des termes “*spécialiste en oncologie médicale*” comme spécialité de base à l’article 1 de ce même A.R. Cette position a été défendue par les représentants du GBS dans le cadre de la réunion du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes du 15.06.2005.

VII.4. Infections nosocomiales

Bien avant que la VRT ne consacre un reportage tirant vers le sensationnel aux infections nosocomiales¹²⁸, ce problème des infections nosocomiales figurait déjà à l’ordre du jour du comité exécutif du GBS. La proposition de loi de Yvan MAYEUR et consorts, tous du PS, du 20.01.2005¹²⁹ en a été la cause directe. Le Prof. Francis HELLER, secrétaire général adjoint du GBS, a coordonné les travaux et a rédigé un rapport à l’attention du monde politique. Le symposium sur les MRSA du 28.05.2005, organisé par le GDEPIH¹³⁰, et la campagne “Vous êtes en de bonnes mains – U bent in goede handen” ont été annoncés et discutés par après, y compris en ce qui concerne les aspects communautaires des affiches bilingues sur l’hygiène des mains que le SPF Santé publique a fait apposer dans chacune des régions du pays et qui ont rencontré un grand succès.

VII.5. Agrément des généralistes

Le projet d’arrêté ministériel établissant les critères d’agrément des médecins généralistes a été analysé et a fait l’objet de commentaires écrits qui ont été transmis au Dr Jean-Paul Dercq en préparation à la réunion du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes du 15.06.2005. Un certain nombre de points de principe ont été mis en avant concernant l’exercice indépendant de la profession médicale libérale et intellectuelle.

VII.6. "Fortes hausses" à l'INAMI

Les mutualités libres nous ont demandé des informations pour trouver des explications justifiées ou non médicalement à certaines "fortes hausses" dans les dépenses de l’INAMI. Le Prof. Heller a par exemple découvert que l’augmentation explosive de l’utilisation de l’iode 125 s’expliquait par l’augmentation explosive de la brachythérapie dans le traitement du cancer de la prostate.

VII.7. Soins d'urgences et médecine aiguë

Depuis le passage de Marcel COLLA au ministère de la Santé publique (1995–1999) et l’agrément des médecins spécialistes en soins d’urgence, l’organisation des soins d’urgence a connu bon nombre de problèmes en Belgique. La création de la spécialité de la médecine aiguë¹³¹ avec une formation de seulement trois ans n’aura

¹²⁸ Canvas Vlaamse Radio en Televisie, Panorama, dimanche 08.01.2006

¹²⁹ Proposition de loi 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. DOC 51 1565/001; 20.01.2005.

¹³⁰ Groupement pour le Dépistage, l’Etude et la Prévention des Infections Hospitalières (GDEPIH)

¹³¹ Arrêté ministériel du 14.02.2005 fixant les critères spéciaux d’agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en médecine d’urgence, des médecins spécialistes en

probablement fait qu'aggraver les problèmes. Plusieurs médecins ayant un brevet de médecine aiguë, en majorité des médecins généralistes ou des pseudo-généralistes, ont quitté leurs services d'urgences et ont entamé une formation en "médecine aiguë" dispensée dans les centres universitaires. Ceci a eu pour effet que, depuis la publication de cet arrêté ministériel, il est devenu plus difficile encore de recruter des médecins urgentistes. Le nouvel A.R. instituera quatre catégories d' "urgentistes" :

- * le spécialiste de base en soins d'urgence (article 1 de l'A.R. du 25.11.1991)
- * le spécialiste de base en médecine aiguë (article 1 de l'A.R. du 25.11.1991)
- * les médecins spécialistes (issus des 13 spécialités de base possibles) avec une compétence particulière en soins d'urgence (article 2 de l'A.R. du 25.11.1991)
- * le médecin généraliste ayant un brevet en médecine aiguë¹³².

Le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes avait plaidé en faveur de la suppression du brevet en médecine aiguë. Le brevet est néanmoins maintenu mais il ne pourra plus être obtenu que par des médecins généralistes. C'est tout à fait incompréhensible dans la mesure où ces mêmes Autorités annoncent qu'il y a un risque de pénurie de médecins généralistes.

Vu l'extrême urgence, le Comité exécutif a décidé, le 02.05.2005, d'introduire un recours en annulation contre cet A.R. Cette décision a été entérinée à l'unanimité par le Comité directeur dans le cadre de sa réunion du 07.07.2005.

VII.8. Chirurgie bariatrique

Le groupe de travail Chirurgie du Conseil technique médical (CTM) avait élaboré une proposition, début décembre 2004, portant sur le remboursement de la chirurgie bariatrique, laquelle proposition était – à la demande expresse des mutuelles – très restrictive en prévoyant une limitation à l'obésité morbide avec un IMC > 40. Un montant de 1 million d'euros était inscrit au budget 2005 à cet effet. Le CTM réuni en séance plénière le 18.01.2005 a approuvé la proposition, ce qui a déclenché un tollé dans les rangs des chirurgiens. D'autant plus que depuis lors, une littérature complémentaire est devenue disponible^{133, 134}. Par ailleurs, les chirurgiens n'étaient pas d'accord avec le fait que la responsabilité thérapeutique finale ne leur appartienne plus et ils refusaient la limite d'âge à 60 ans au-delà de laquelle l'intervention ne donnerait plus lieu à un remboursement. Le projet d'arrêté royal est resté bloqué au Comité de l'assurance de l'INAMI et il est toujours en délibération.

VII.9. Le secteur de la réadaptation

Le ministre a imposé de considérables économies dans le secteur de la réadaptation, et ce en dépit de nos protestations persistantes et de nos courriers. La cardiologie, la

médecine d'urgence et des médecins spécialistes en médecine aiguë, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage dans ces disciplines (M.B. du 04.03.2005, Ed. 3).

¹³² Conformément à l'article 5 § 2, 2°, b) de l'Arrêté ministériel du 12.11.1993 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en soins d'urgence, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en soins d'urgence.

¹³³ "Lifestyle, Diabetes and Cardiovascular Risk factors 10 Years after Bariatric Surgery". NYJM, décembre 2004, Vol 251, N° 26, p. 2683-93. Entre-temps, cette étude suédoise suscite toutefois également beaucoup de critiques.

¹³⁴ "Surgical management of severe obesity". Vivian M Sanchez, Benjamin E Schneider, Edward C Mun. Up To Date 2005.

pneumologie et la psychiatrie ont été parmi les disciplines très touchées. DEMOTTE n'y va pas de main morte avec la réadaptation CPAP en économisant 7,5 millions d'euros sur un total de 22,5 millions d'euros. La réadaptation cardiaque quant à elle doit consentir une économie de 1,8 million d'euros sur un total de ± 7,5 millions d'euros.

Les contrats relatifs à l'insuffisance respiratoire chronique avec prise en charge à domicile conclus entre l'INAMI et les centres CPAP, gérés par le Collège des médecins-directeurs de l'INAMI, ont été overruled par la Loi¹³⁵. Probablement à l'insu de tous les parlementaires, le montant forfaitaire a été fixé à 2,73 euros au lieu de 3,58 euros pour l'année 2006. Un ticket modérateur de 0,25 euro est également introduit par A.R. pour les bénéficiaires sans régime préférentiel.¹³⁶

Les mutualités chrétiennes ont mené une guerre sainte contre l'utilisation des prestations de réadaptation K15 et K20 par les cardiologues-médecins réadaptateurs dans les centres de réadaptation cardiaque. Depuis le 01.11.2004, les MC refusent de rembourser ces prestations en Flandre, et ce alors que toutes les autres mutuelles partagent notre vision et remboursent ces prestations normalement. Ce n'est que le 23.01.2006 que ce problème a finalement été réglé par un "deal". Une règle interprétative stipule que cette prestation ne pourra plus être portée en compte dans le futur mais que, pour le passé, les MC doivent effectivement rembourser ces prestations normalement.

Les nouvelles règles interprétatives 13 et 14 relatives aux prestations des articles 22 et 23 (physiothérapie) de la nomenclature des soins de santé ont donné lieu à nombre de débats et l'Association des médecins rhumatologues de Belgique a introduit un recours en suspension contre cette règle interprétative le 18.03.2005.

VII.10. Médecins spécialistes en formation

Depuis l'académisation de la formation¹³⁷ et l'introduction du numerus clausus via la Commission de planification-offre médicale^{138, 139}, certains universitaires ne respectent pas les droits des assistants qui entament une formation ou qui sont déjà en formation ou ces universitaires abusent de leur position de pouvoir. Les plans de stage sont adaptés à tout bout de champ en fonction des besoins de certains services universitaires et un assistant par exemple s'est plaint du fait que l'évaluation positive rendue par un maître de stage périphérique ait été adaptée négativement par un maître de stage universitaire de sorte qu'il doit maintenant faire une année supplémentaire.

Dans le cadre de la défense de ce dernier dossier, le GBS a plaidé à maintes reprises auprès du SPF Santé publique en faveur de l'adaptation de la réglementation de manière à ce que la formation doive avoir lieu durant au moins un

¹³⁵ Loi-programme du 27.12.2005, art. 75-76.

¹³⁶ Comité de l'assurance de l'INAMI. Note CSS/2005/392 du 13.12.2005.

¹³⁷ Article 4 de l'Arrêté royal du 16.03.1999 modifiant l'arrêté royal du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrégation des médecins spécialistes et des médecins généralistes (M.B. du 24.06.1999)

¹³⁸ Arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales, article 35octies, § 3 inséré par la loi du 29 avril 1996.

¹³⁹ Arrêté royal du 02.07.1996 fixant les règles relatives à la composition et au fonctionnement de la Commission de planification-offre médicale (M.B. du 29.08.1996).

tiers de la durée de la spécialisation dans un hôpital non universitaire. Les autorités académiques sont vigoureusement opposées à cette proposition.

VII.11. Echelonnement

Le terme échelonnement semble quelque peu dépassé comme terme mais, dans les faits, la bataille continue à faire rage. L'OCDE indique au moins clairement de quoi il s'agit^{140, 141}. Dans son rapport bisannuel, le réservoir à pensée des pays industrialisés recommande de ne pas rembourser au patient la médecine spécialisée si le patient n'est pas d'abord passé chez son généraliste. Il y a longtemps, le Dr Jan DE MAESENEER, professeur de médecine générale à l'Université de Gand et entre-temps également membre du conseil d'administration du Centre fédéral d'expertise, avait déjà fait les gros titres des journaux sur ce sujet.

En juin 2005, il a proposé au Centre d'expertise un programme d'étude au titre innocent de : "Methoden om de instroom - doorstroom – terugstroom in de Belgische gezondheidszorg te verbeteren"¹⁴². Lors de l'introduction, il fait notamment référence à une étude néerlandaise qui est à son tour basée sur des données du gourou de la médecine générale, à savoir Barbara STARFIELD. Ce professeur de pédiatrie américain très controversé attaché à la prestigieuse université John Hopkins n'a jamais été prophète en son pays et ses idées scientifiques ont été et sont toujours assimilées à une idéologie politique par nombre de personnes. Le cercle des "believers" est restreint, mais en se référant continuellement les uns aux autres, on obtient malgré tout un joli "citation index". Notre secrétaire général adjoint, le Prof. Francis HELLER, a réalisé une analyse claire et très relativisante en guise d'introduction de l'étude. Entre-temps, la proposition d'étude a été retenue et sera financée par le Centre d'expertise. Nous avons transmis l'analyse du Prof. HELLER au Centre d'expertise.

A la lecture des textes, des tableaux et des statistiques de STARFIELD, deux citations me reviennent en mémoire : *"Il existe trois types de mensonges : les demi-vérités, les mensonges grossiers et les statistiques"*¹⁴³ et *"Les statistiques présentent également la caractéristique de se prêter particulièrement bien pour faire passer des contre-vérités pour des vérités de manière scientifique!"*¹⁴⁴

Le message du Prof. STARFIELD, l' "apôtre de la première ligne", trouve également volontiers preneur en Belgique¹⁴⁵. Toutefois, il est également possible d'arriver à des conclusions tout autres en s'appuyant sur les millions de données des rapports de l'OCDE et en surfant sur le site néerlandais NIVEL¹⁴⁶. Par exemple, sous "Cure in internationaal perspectief", on peut lire, dans le tableau 185, que l'espérance de vie moyenne s'élève, en Belgique, à 77.7 ans, en France à 79.0, en Allemagne à 77.7, aux Pays-Bas à 78.0 et au Royaume-Uni à 77.8 ans. Autrement dit, la France a la meilleure espérance de vie parmi les cinq pays comparés dans cet article, et ce alors

¹⁴⁰ "La Belgique doit se serrer la ceinture". La Libre Belgique. 10.03.2005.

¹⁴¹ "OESO doet opvallende aanbevelingen op overheidstekort terug te dringen. Vergrijzing dreigt groei te halveren". De Standaard. 10.03.2005.

¹⁴² Centre fédéral d'expertise, sélection programmes d'étude 2006, n° TPF 2006-57.

¹⁴³ Benjamin Disraeli, auteur anglais et homme politique réputé, 1850.

¹⁴⁴ Frida Deceuninck, experte financière et journaliste. De Tijd", 10.04.2004:

¹⁴⁵ "Zwakke eerste lijn leidt tot slechtere gezondheid"? Artsenkrant nr. 1656. 04.03.2005.

¹⁴⁶ www.brancherapporten.minvws.nl

que le Prof. STARFIELD écrit que ce pays a une espérance de vie basse à cause d'une première ligne mal organisée. Ces chiffres favorables ont également été communiqués officiellement par les autorités françaises¹⁴⁷.

Avec des statistiques, STARFIELD est probablement également en mesure de calculer qu'en augmentant le nombre de "médecins de première ligne" (aux Etats-Unis, ce terme couvre les internistes généraux et les pédiatres généraux, plus quelques rares généralistes) de 400 %, une population devient immortelle. Selon elle, une augmentation de 20 % des médecins de première ligne abaisse en effet la mortalité de 5 %¹⁴⁸.

Blague à part, si STARFIELD a raison, pour quelle raison ce gourou n'est-il absolument pas suivi dans son propre pays? Notamment par les "for profit" Health Maintenance Organizations actifs dans le circuit de santé américain très commercialisé?

VIII. CONCLUSION

Il est clair que la politique gagne du terrain sur les médecins. Depuis que les socialistes ont commencé à occuper les cabinets de la Santé publique et des Affaires sociales à la fin des années 1980, la technique du salami a été appliquée avec soin à la profession libérale des médecins et des dispensateurs de soins.

Toujours plus de règles, toujours plus de limitations imposées à l'exercice autonome de la profession de médecin et au libre choix du patient. Et cela n'aide pas ou guère à garder les dépenses sous contrôle, sauf en recourant aux pouvoirs spéciaux. Cependant, une démocratie ne peut pas mettre son Parlement hors jeu en permanence et les médecins ne supporteront pas éternellement toutes ces tracasseries.

Les recettes de l'assurance-maladie ne pourront plus jamais suivre la croissance des besoins et des possibilités car les dépenses des soins de santé connaîtront toujours une croissance beaucoup plus rapide que celle du PIB.

En outre, les patients devenus plus émancipés ne demandent pas des soins, ils les exigent, et ce alors que, pendant ce temps, les autorités et les assureurs (mutualités et privés) exercent des pressions croissantes sur les médecins pour obtenir une rationalisation. Il y a un demi-siècle, les lunettes des mutuelles disparaissaient. Aujourd'hui, les patients doivent se satisfaire d'une pilule des mutuelles.

Les médecins souhaitent travailler d'une manière plus rationnelle, mais leur probité professionnelle et leur déontologie ne leur permettent pas de participer à un rationnement des soins.

Existe-t-il des solutions et des possibilités?

Naturellement. Agir avec efficacité, en prenant conscience des coûts et avec un niveau élevé de qualité n'est pas un slogan qui n'appartient qu'au monde de

¹⁴⁷ "France 2004: l'espérance de vie franchit le seuil de 80 ans". Giles Pison. Population et sociétés. Numéro 410. Mars 2005.

¹⁴⁸ "Zwakke eerste lijn leidt tot slechtere gezondheid"? Artsenkrant nr. 1656. 04.03.2005.

l'entreprise classique. Cela doit s'apprendre de manière conséquente durant la formation médicale et être entretenu dans le cadre de la formation médicale continue.

L'impact important sur la population des assurances privées et/ou complémentaires doit être utilisé de façon plus rationnelle. Il n'est pas logique – même si cela s'explique – qu'il y ait 13 millions d'assurances privées pour 10,4 millions d'habitants.

En partant du principe d'une assurance de base solidaire, on doit pouvoir envisager que, à côté du remboursement de base pour des catégories sociales à définir, des honoraires soient fixés par les unions professionnelles.

Pour pouvoir y parvenir, les médecins doivent collaborer comme un bloc soudé et soumettre eux-mêmes des propositions réalistes aux pouvoirs publics. Mais ces mêmes pouvoirs publics devraient se défaire de l'idée que tout doit pouvoir être possible pour tout le monde et à tout moment.

Dr Marc MOENS
04.02.2006