

---

# Le Médecin Spécialiste

---

Organe du Groupement des Unions  
Professionnelles Belges  
de Médecins Spécialistes

Editeur responsable : Dr M. MOENS  
Secrétaire de rédaction : J. Van den Nieuwenhof  
Avenue de la Couronne 20 - 1050 Bruxelles  
Tél. 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90  
E-mail : info@GBS-VBS.org

ISSN 0770-8181 - MENSUEL

**N° 7 / OCTOBRE 2002**

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

---

## L'AVENIR DE LA MEDECINE SPECIALISEE EN 2002

*Ce texte constitue la base d'un exposé que le Dr Marc MOENS a présenté dans le cadre du Symposium du Jubilé du 14.9.2002 à la St. Jozef Kliniek de Bornem.*

Mesdames et Messieurs,  
Chères Consœurs et Chers Confrères,

### I. INTRODUCTION

Avant toutes choses, je tiens à féliciter la direction, le staff médical et les collègues de l'association de généralistes Klein-Brabant à l'occasion de la célébration du 50<sup>e</sup> anniversaire de la Sint-Jozefkliniek à Bornem et à remercier les organisateurs de m'avoir invité comme orateur à votre symposium.

Esquisser l'avenir de la médecine spécialisée en ce début de nouveau millénaire n'est certes pas chose aisée. Je ne me risquerai donc pas à lire dans une boule de cristal scientifique que je devrais du reste consulter discipline par discipline. Par conséquent pas un mot sur les perspectives high tech, sur l'ingénierie génétique ou sur les spéculations en matière de diagnostic moléculaire. Je me limiterai à un certain nombre de données factuelles ayant un impact direct sur la situation professionnelle et sociale future des médecins (spécialistes). D'une part, le nombre de médecins qui sera autorisé à travailler dans la structure classique de l'INAMI et la situation budgétaire. D'autre part, les nouvelles responsabilités imposées aux médecins à la suite de la réalisation progressive de l'"Agenda 2002 pour le changement dans les soins de santé" annoncé, le 11 septembre 2001, par le ministre Frank VANDENBROUCKE et la ministre de l'époque Magda AELVOET.

### II. PLANIFICATION DU NOMBRE DE MEDECINS

Avec ses 42.978 médecins pour une population de 10.279.000 habitants, la Belgique détient, si l'on excepte l'Italie, la densité de médecins la plus élevée du monde occidental : 42 médecins pour 10.000 habitants, soit 1 médecin pour 238 Belges (tableau 1).

	TOTAL (1)	AVEC PRATIQUE CLINIQUE (2)	SANS PRATIQUE CLINIQUE (1)
Généralistes	19.493	13.365 (3)	6.128
Spécialistes	20.056	18.008	2.048
Médecins spécialistes en formation	3.429	3.429	0
	42.978	34.802	8.176

Tableau 1

(1) Sont considérés comme étant sans pratique clinique :

- tous les médecins âgés de plus de 75 ans
- les médecins du travail
- les médecins qui ne sont pas agréés par l'INAMI

(2) Sont considérés comme ayant une pratique clinique :  
tous les autres médecins

(3) Dont 9.883 accrédités : ils effectuent 97 % des prestations de généralistes enregistrées par l'INAMI

Source : (1) (2) Service de l'Art de guérir, Ministère de la Santé publique; chiffres du 31.12.2001

(3) Groupe de direction de l'accréditation, INAMI

Tous les médecins n'exercent pas dans le cadre de la structure classique de l'INAMI. Le ministère de la Santé publique classe ce groupe sous le dénominateur "sans pratique clinique". Il s'agit arbitrairement de tous les médecins âgés de plus de 75 ans, des médecins du travail agréés et des médecins non agréés par l'INAMI.

6.128 généralistes sur un total de 19.493, soit 34 %, appartiennent à cette catégorie contre 2.048 spécialistes sur les 20.056, soit 10 %. Des 13.365 généralistes ayant une pratique, quelque 10.000 sont accrédités. Ils réalisent ± 97 % des prestations de généralistes tarifées par l'INAMI.

Comme toujours, il convient d'utiliser ces chiffres avec la prudence qui s'impose, surtout lorsqu'il s'agit de prévoir les besoins futurs des différentes disciplines.

Le phénomène de la féminisation de la profession médicale est également constamment mis en avant (tableau 2).

	Nombre total	hommes		femmes	
		absolu	%	absolu	%
1950	8.685	-	-	-	-
1960	11.730	-	-	-	-
1970	14.887	13.585	91,3	1.294	8,7
1980	24.536	20.733	84,5	3.803	15,5
1990	34.275	26.484	77,3	7.791	22,7
2001	42.978	29.454	68,5	13.524	31,5

Source : Service de l'Art de guérir, ministère de la Santé publique

Tableau 2

Jusqu'en 1970, moins de 10 % des médecins étaient des femmes. En 2001, près de un médecin sur trois est de sexe féminin.

Le hasard veut que 31,5 % est également le pourcentage de femmes généralistes : 6.135 sur 19.493.

Le nombre de femmes spécialistes agréées est sensiblement inférieur : 5.760 sur 20.056, soit 28,7 % (tableau 3). Ventilée par discipline, cette proportion varie de 57,5 % en dermato-vénérologie à 5,4 % en orthopédie. Aux cinq premières places, on retrouve également les psychiatres (55,4 %), les anatomo-pathologistes (52,0 %), les ophtalmologues (48,1 %) et les pédiatres (46,7 %). Les cinq spécialités où la proportion de femmes est la plus faible, sont l'orthopédie, l'urologie (6,0 %), la neurochirurgie (9,0), la chirurgie (10 %) et – fait remarquable, également une discipline interne – la cardiologie (14,7).

Classement féminisation	Spécialité	Nombre total	% de femmes
1	Dermato-vénérologie	631	57,5
2	Psychiatrie	529	55,4
3	Anatomie pathologique	250	52,0
4	Ophthalmologie	1.001	48,1
5	Pédiatrie	1.413	46,7
6	Neurologie	176	44,3
7	Médecine du travail	768	43,0
8	Radiothérapie	230	37,8
9	Médecine nucléaire	130	36,9
10	Biologie clinique	773	35,7
11	Médecine physique	440	34,8
12	Anesthésiologie	1.609	33,0
13	Gynécologie-obstétrique	1.303	31,2
14	Rhumatologie	246	30,9
15	ORL	590	28,1
16	Neuropsychiatrie	1.395	24,6
17	Pneumologie	313	21,1
18	Médecine interne	2.190	20,8
19	Radiodiagnostic	1.504	20,4
20	Gastro-entérologie	387	19,4
21	Chirurgie plastique	168	18,5
22	Stomatologie	327	16,5
23	Cardiologie	797	14,7
24	Chirurgie	1.536	10,0
25	Neurochirurgie	133	9,0
26	Urologie	348	6,0
27	Orthopédie	869	5,4
	Total	20.056	28,7

Source : Service de l'Art de guérir, ministère de la Santé publique

Tableau 3

Chez les médecins spécialistes en formation (tableau 4), ces mêmes spécialisations se retrouvent en queue de peloton en ce qui concerne le choix des jeunes femmes médecins, même si le taux de participation est sensiblement plus élevé et l'ordre est modifié comme suit : urologie (11,1 %), neurochirurgie (15,6 %), orthopédie (17,1 %), cardiologie (26,1 %) et chirurgie (27,7 %). Il convient de signaler un nouveau venu surprenant dans les cinq premiers, à savoir les MACS en gynécologie-obstétrique avec 114 des 167 candidats-spécialistes, soit 68,3 %.

Classement féminisation	Spécialité	Nombre total	% de femmes
1	Rhumatologie	11	81,8
2	Dermato-vénérologie	69	79,7
3	Pédiatrie	257	74,3
4	Gynécologie-obstétrique	167	68,3
5	Ophthalmologie	85	67,1
6	Radiothérapie	40	65,0
7	Médecine du travail	31	64,5
8	Biologie clinique	69	63,8
9	Anatomie pathologique	40	62,5

10	Médecine physique	72	61,1
11	Psychiatrie	281	60,1
12	Pneumologie	42	57,1
13	Médecine nucléaire	23	56,5
14	Stomatologie	23	52,2
15	ORL	84	51,2
16	Neurologie	88	47,7
17	Médecine interne	624	46,0
18	Anesthésiologie	514	42,8
19	Radiodiagnostic	186	40,9
20	Gastro-entérologie	40	37,5
21	Chirurgie plastique	33	30,3
22	Chirurgie	350	27,7
23	Cardiologie	88	26,1
24	Orthopédie	164	17,1
25	Neurochirurgie	45	15,6
26	Urologie	63	11,1
	Total	3.489	47,5

Source : Service de l'Art de guérir, ministère de la Santé publique

Tableau 4

Près de la moitié des spécialistes (47,5 %) en formation sont des femmes. Il est donc grand temps d'adapter la terminologie en néerlandais : remplacer "geneesheer-specialist" par "arts-specialist".

La planification de l'offre médicale a été arrêtée par l'A.R. du 30.05.2002 publié au Moniteur belge du 14 juin 2002 (tableau 5). Le nombre total de médecins pouvant fonctionner dans le cadre de la structure de l'INAMI a été fixé, jusqu'en 2011, à un quota annuel de 700, réparti selon le rôle linguistique entre 420 néerlandophones et 280 francophones. Les chiffres pour 2005 et 2006 ont été portés à 700. Par mesure de précaution, l'A.R. fixe la répartition entre les généralistes (300) et les spécialistes (400) uniquement jusqu'en 2006. S'il devait y avoir pénurie, elle concernerait d'abord la population des généralistes.

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	<b>700</b>	<b>420</b>	<b>280</b>	300	180	120	<b>400</b>	<b>240</b>	<b>160</b>
2006	<b>700</b>	<b>420</b>	<b>280</b>	300	180	120	<b>400</b>	<b>240</b>	<b>160</b>
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)

(...) chiffres décidés par la Commission de planification du 21.12.2001, mais qui n'ont pas été retenus dans l'A.R.  
Les chiffres en caractères gras sont une augmentation par rapport à l'A.R. initial du 07.11.2000 (M.B. du 08.12.2000)

Source: Moniteur belge du 14.06.2002

Tableau 5

L'A.R. du 30 mai 2002 a également fixé des quotas pour les différentes spécialités avec une ventilation par rôle linguistique (tableau 6). On n'a pas eu systématiquement recours à la clé de répartition de 60 % pour les néerlandophones et 40 % pour les francophones. Pour chaque discipline, il a été tenu compte des situations existantes, des besoins réels et de la féminisation. Le modèle mathématique utilisé part du principe que les femmes médecins travaillent en moyenne 20 % de moins que leurs confrères. Il convient de remarquer que pour certaines "petites" spécialités, le nombre de candidats autorisés sera inférieur aux possibilités de formation universitaire (stomatologie, physiothérapie, radiothérapie, médecine nucléaire et anatomie pathologique).

Septante des 400 places n'ont pas été attribuées pour remédier aux besoins et discussions futures.

Les disciplines n'entraînant pas de dépenses INAMI, comme les médecins spécialistes en gestion de données de santé, en médecine légale et en médecine du travail, ne sont pas intégrées dans le contingent.

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

P.S. 1. Ne sont pas intégrés dans le quota de l'AMI: le médecin spécialiste en :

- gestion de données de santé
- médecine légale
- médecine du travail

2. Les 70 spécialisations non attribuées sur le quota annuel de 400 constituent une réserve pour remédier aux besoins futurs.

Source: Moniteur belge du 14.06.2002

Tableau 6

L'introduction, en 1997, d'un examen d'entrée en Flandre avant la première année de médecine a entraîné une baisse significative du nombre d'étudiants entamant des études de médecine. On est passé de 1.160 en 1996 à 692 en 1997 et à 377 en 1998 (tableau 7).

En 1997, suite à des protestations, seule la moitié de l'examen avait été prise en considération, à savoir le volet aptitude (capacité d'acquisition et de traitement de l'information). Depuis 1998, le volet scientifique (connaissance et compréhension des sciences) compte également. Depuis lors, le nombre de nouveaux candidats en Flandre est inférieur au nombre de 420 autorisé à partir de 2004 dans le cadre de l'INAMI.

Année universitaire	Flandre (1)	Belgique francophone (2)	Total (3)	% femmes (4)
50-51	-	-	1.192	10,8
60-61	-	-	1.349	14,2
70-71	-	-	3.182	25,0
80-81	-	-	2.548	38,2
90-91	-	-	2.193	55,8
91-92	-	-	2.183	55,2
92-93	1.144	974	2.118	55,9
93-94	1.034	994	2.028	56,6

94-95	1.185	693	1.878	56,0
95-96	1.171	957	2.128	56,1
96-97	1.160	892	2.052	59,8
97-98	692	889	1.581	60,7
98-99	377	858	1.235	62,3
99-00	345	870	1.215	-
00-01	361	817	1.178	-

Tableau 7

Sources :  
 (1) <http://www.vlir.be>  
 (2) <http://www.cref.be>  
 (3) Universitaire Stichting  
 (4) Compendium IBES Statistiques de la santé 2001

A l'exception d'un recul en 1994, le nombre de nouveaux étudiants francophones n'a pratiquement pas varié durant cette période. Et rien n'a été organisé pour limiter le flux, de sorte que des centaines d'étudiants candidats en médecine se retrouvent aujourd'hui dans une situation très regrettable. En effet, les "passerelles" promises vers d'autres études ou de nouvelles orientations ont été insuffisamment développées.

### III. SITUATION BUDGETAIRE

Surtout le président du VLD, Karel DE GUCHT, excelle dans la stigmatisation des médecins pour expliquer l'augmentation des dépenses de santé. Le fait qu'il impute principalement la faute aux médecins et aux hôpitaux francophones ne constitue qu'une maigre consolation pour les confrères flamands. L'explication de l'explosion des coûts doit avant tout être recherchée en dehors des honoraires médicaux et du prix de la journée d'hospitalisation. Seulement 1,5 milliard des 100 milliards de FB d'augmentation du budget en 2000 et 2001 ont réellement été alloués aux honoraires médicaux.

De 1990 à 2000, les dépenses totales pour les soins de santé ont connu une croissance annuelle moyenne de 5,92 % (tableau 8). Plusieurs secteurs ayant une incidence financière importante dépassent de loin ce pourcentage, comme par exemple les fournitures pharmaceutiques (7,58 %), les MRS/MRPA/centres de jours (13,51 %), les implants (10,33 %) et les hospitalisations de jour (13,09 %).

Libellé (numéro d'ordre)	Pourcent. d'augm. Dépenses		
	annuel moyen	1990	2000
	(en millions de BEF)		
1. Soins de santé mentale (16)	190,30	4,7	2.927,0
2. Fonds spécial (19)	87,67	0,3	162,6
3. Hôpital militaire – prix all-in (12)	29,28	11,6	162,9
4. Logopédie (20)	26,64	111,6	1.184,2
5. Tissus humains (31)	19,17	11,7	67,6
6. Rééducation fonction. et profess. (18)	17,31	1.822,6	8.994,5
7. MRS/MRPA/Centres de jours (15)	13,51	9.531,4	33.846,1
8. Hospitalisat. de jour hôpital général (13)	13,09	2.606,4	9.025,0
9. Autres placements et frais de déplacement (22)	10,38	101,8	273,5
10. Implants (7)	10,33	3.621,1	9.675,9
11. Hon. praticiens de l'art infirmier (soins à domicile) (4)	8,96	9.951,0	21.535,8
12. Soins par bandagistes et orthop. (6)	8,54	1.978,9	4.490,9
13. Fournitures pharmaceutiques (3)	7,58	46.419,3	96.348,0
14. Soins par audiciens (9)	7,47	290,4	596,8
15. Dialyse (14)	6,08	787,4	1.420,4
<b>TOTAL DES SOINS DE SANTE</b>	<b>5,92</b>	<b>285.239,6</b>	<b>507.028,8</b>

<b>16. Honoraires des pratic. de l'art dentaire (2)</b>	<b>5,65</b>	<b>9.278,4</b>	<b>16.082,6</b>
<b>17. Régularisations + refacturation (23)</b>	<b>5,52</b>	<b>-1.114,6</b>	<b>-1.906,9</b>
<b>18. Prix de la journée d'entretien (11)</b>	<b>5,34</b>	<b>69.598,0</b>	<b>117.038,2</b>
<b>19. Centres médico-psychiatriques (21)</b>	<b>5,32</b>	<b>306,3</b>	<b>514,1</b>
<b>20. Soins par kinésithérapeutes (5)</b>	<b>3,99</b>	<b>10.515,5</b>	<b>15.555,0</b>
<b>21. Honoraires médicaux (1)</b>	<b>3,44</b>	<b>118.783,1</b>	<b>166.557,0</b>
<b>22. Accouchements par accoucheuses (10)</b>	<b>1,88</b>	<b>186,9</b>	<b>225,2</b>
<b>23. Soins par opticiens (8)</b>	<b>1,35</b>	<b>265,2</b>	<b>303,1</b>

Source : INAMI; calculs Dr M. MOENS

Tableau 8

Les honoraires des médecins – qui représentent, en chiffres absolus, le poste le plus lourd – n'occupent que la 21<sup>e</sup> place avec un pourcentage de croissance annuelle moyenne modeste de 3,44 %.

Ils recouvrent aussi bien les besoins en progression, la norme de croissance légale autorisée, l'indexation, le nombre croissant de médecins dispensateurs de soins et la cohorte de personnel de plus en plus nombreux rémunéré à partir de ces honoraires.

Aucun des sous-secteurs médicaux ne dépasse le pourcentage de croissance moyen des soins de santé totaux (tableau 9). La discipline enregistrant "la plus forte" progression est la chirurgie (5,68 %). Le score des actes dits intellectuels est très faible tandis que la biologie clinique connaît un statu quo. Si l'on tient également compte du facteur inflation (indice des prix à la consommation 12/1990 : 108,08 et 12/2000 : 131,59), les dépenses ont à peine augmenté en termes réels et, pour la biologie clinique, elles ont baissé de ± 20 % au cours de ces 11 années.

Libellé (numéro d'ordre)	Pourcentage d'augmentation annuel moyen	Dépenses 1990	Dépenses 2000
<b>TOTAL SOINS DE SANTE</b>	<b>5,92</b>	<b>285.239,6</b>	<b>507.028,8</b>
1. Chirurgie (1.e)	5,68	14.815,0	25.743,8
2. Prestations spéciales (1.d)	4,61	23.454,2	36.808,5
3. Imagerie médicale (1.b)	4,46	18.187,1	28.145,3
<b>TOTAL HONORAIRES MEDICAUX</b>	<b>3,44</b>	<b>118.783,1</b>	<b>166.557,0</b>
4. Gynécologie (1.f)	3,03	1.679,7	2.263,6
5. Consultations et visites (1.c)	2,89	27.829,3	37.002,5
6. Surveillance (1.g)	2,73	5.318,6	6.960,9
7. Biologie clinique (1.a)	0,60	27.499,2	29.184,5

Source : INAMI; calculs Dr M. MOENS

	Pourcentage d'augmentation annuel moyen	1990	2000
<b>NOMBRE TOTAL DE MEDECINS</b>	<b>2,06</b>	<b>34.275</b>	<b>42.036</b>

Source : ministère de la Santé publique : aperçu de l'évolution du nombre de médecins jusqu'au 31.12.2000 Tableau 9

Depuis l'arrivée du ministre VANDENBROUCKE, les honoraires médicaux ont fait l'objet d'économies très importantes par le biais de toutes sortes de techniques. Réductions de

prestations de la nomenclature (tableau 10.1), pratiquement exclusivement dans la médecine spécialisée; restrictions par des mécanismes de récupération en imagerie médicale et en biologie clinique (tableau 10.2), système des clignotants et enfin retenues sur l'indexation (tableau 10.3).

Montants en millions de BEF	2001	2002	2003
<b>1. Economies via la nomenclature</b>			
• Economie « unique » en biologie clinique en 2000 (accord CNMM 01.12.1999) perpétuée unilatéralement par F. VANDENBROUCKE	1.200	1.200	1.200
• A.R. 08.12.2000 (M.B. 16.01.2001) (notamment cardio, prestations spéciales)			
- en vigueur au 01.03.2001	542	650	650
- en vigueur au 01.09.2001	203	609	609
• A.R. 30.05.2001 (M.B. 01.06.2001 (notamment radiologie, prestations urgentes) : en vigueur au 01.06.2001	651	1.116	1.116
• Points pas (encore) réalisés de l'accord CNMM du 18.12.2000 :			
- pédiatrie (budget prévu 160)	121	0	0
- ophtalmologie (budget prévu 165)	124	0	0
- consultation oncologique multidisciplinaire (budget prévu 200)	200	150	0
- généralistes * service de garde (budget prévu: 2001 : 60	60	0	0
2002 : 100	0	50	0
* visite multiple (budget prévu 65)	65	16	0
• Nouvelles économies CNMM 17.12.2001 : nomenclature générale : en vigueur partiellement au 01.03.2002 et partiellement au 01.09.2002	0	1.095	1.667
• Exécution décision gouvernementale 2001 : économie supplémentaire			
- radiologie : CNMM 17.12.2001, en vigueur au 01.03.2002	0	540	648
- biologie clinique via honoraires forfaitaires: CNMM 21.01.2002	0	514	0
• Transfert budget biologie clinique vers B7	0	107	?
<b>SOUS-TOTAL</b>	<b>3.166</b>	<b>6.047</b>	<b>5.890</b>

Source : INAMI; calculs Dr M. MOENS

Tableau 10.1

	2001	2002	2003
<b>2. Economies via remboursements</b>			
* Biologie clinique (art. 59 loi S.S.I.)			
. 50% récupération dépassement 1999 + 2000	883	883	0
. 50% récupération dépassement 2001	0	1.353	1.353
. 50% récupération dépassement 2002	0	0	927
* Radiologie (art. 69 loi S.S.I.)			
. 100% récupération dépassement 1999 + 2000	1.521	0	0
. 50% récupération dépassement 2001	0	1.328	1.328
. 50% récupération dépassement 2002	0	0	338
<b>SOUS-TOTAL</b>	<b>2.404</b>	<b>3.564</b>	<b>3.946</b>

Source : INAMI; calculs Dr M. MOENS

Tableau 10.2

<b>3. Economies via A.R. « Clignotants » du 05.10.1999 (M.B. 09.11.1999) en application de l'art. 51 de la loi S.S.I.</b>			
* Honoraires dialyse : néphrologues	203	0 (?)	0 (?)
<b>4. Report d'indexation du 01.01. au 30.06.2002 (A.R. 12.12.2001; M.B. 28.12.2001) ou alternative</b>			
2,82 % d'indexation sur seulement 6 mois (ou alternative)	0	2.500	0

Source : INAMI; calculs Dr M. MOENS

Tableau 10.3

Le système des clignotants a pour effet que, lorsque le budget risque d'être dépassé, les autorités peuvent imposer d'office une réduction tarifaire. La dialyse a ainsi été touchée par une restriction de 15 % du 01.09 au 31.12.2001. Grâce à une action de grève des spécialistes hospitaliers et bien que les clignotants se soient allumés dans d'autres secteurs médicaux, aucune autre économie n'a été imposée aux médecins à l'aide de ce système. Naturellement, le ministre tenait en réserve d'autres mesures d'économies – qu'il avait lui-même définies dans la loi.

Entre-temps, nous connaissons le montant des économies pour 2001 : 5.773 millions de BEF (tableau 10.4). Pour 2002, les économies imposées aux médecins sont estimées à 12,1 milliards de BEF. Et pour 2003, quelque 10 milliards de BEF d'économies sont déjà prévues. Etant donné que, dans la nouvelle terminologie, il ne s'agit "que" d'un quart de milliard d'euros, le ministre du Budget jugera probablement que ce n'est qu'un détail.



	2001	2002	2003
(Montants en millions de BEF)			
1. Via la nomenclature	3.166	6.047	5.890
2. Via les remboursements	2.404	3.564	3.946
3. Via les "clignotants"	203	?	?
4. Via l'indexation	0	2.500	?
TOTAL	5.773	12.111	9.836

Source : INAMI; calculs du Dr M. MOENS

Tableau 10.4

Au début des discussions concernant le budget des soins de santé 2003, on part de l'idée qu'en 2002, le budget fixé au niveau politique à 580,1 milliards de BEF sera dépassé de 7,2 milliards de BEF dans la mesure où les estimations techniques tablent sur 587,3 milliards (tableau 11).

I. GLOBAL (montants en milliards de BEF)	
<b>2002</b>	
Objectif budgétaire (politique) :	580,1
Estimation technique (besoins) :	587,3
Dépassement :	7,2
<b>2003</b>	
Montant de la norme (art. 40 loi S.S.I.) :	600,3
Estimation technique (besoins) :	620,1 (*)
Différence :	19,8 (*)

\* Hors indexation; en prix 2002

Source: INAMI; note C.S.S. n° 2002/221 du 2.9.2002

Tableau 11

A l'automne 2001, les dispensateurs de soins avaient réclamé un budget de 600 milliards de BEF pour l'exercice budgétaire 2002. C'était une estimation réaliste : en additionnant l'estimation technique actuelle 2002 (587,3) et les économies dans le secteur des honoraires médicaux (12,1), on obtient un montant de cet ordre de grandeur. Une autre économie très importante a visé les kinésithérapeutes.

Des secteurs employant principalement des salariés ont, comme par miracle, pratiquement été épargnés par les économies importantes.

Pour pouvoir répondre aux besoins 2003 selon les estimations techniques de l'INAMI, il conviendrait d'ajouter près de 20 milliards de BEF à la norme fixée par la loi, indexation non comprise (à 1,37 %, cela équivaut à 8,2 milliards de BEF) et indépendamment des nouvelles initiatives en 2003 et de la poursuite des initiatives lancées en 2002 (estimation groupée de 20 milliards de BEF) ou un total général de ± 648,5 milliards de BEF.

En ce qui concerne les honoraires médicaux (tableau 12), on s'attend à une augmentation des besoins de 8,6 milliards de BEF. Par rapport à l'objectif budgétaire 2002, c'est 11,8 milliards de BEF de plus, indexation non comprise.

II. HONORAIRES MEDICAUX (montants en milliards de BEF)	
<b>2002</b>	
Objectif budgétaire (politique) :	180,1
Estimation technique (besoins) :	183,3
Dépassement :	3,2
(dont ± 1,8 en biologie clinique	
± 0,7 en imagerie médicale	
± 0,7 en prestations spéciales et en chirurgie)	
<b>2003</b>	
Estimation technique (besoins) :	191,9 (*)
Différence :	8,6 (**)

\* Hors indexation; en prix 2002

\*\* sans nouvelles initiatives

Source : INAMI, note C.S.S. n° 2002/221 du 2.9.2002

Tableau 12

Le financement des hôpitaux est confronté à un sous-financement structurel estimé à 17 milliards de BEF. Ce qui ne peut pas être financé à partir du prix de la journée d'hospitalisation, le gestionnaire de l'hôpital le récupère sur les honoraires médicaux. Une réduction des honoraires associée à une cession d'honoraires à l'hôpital inchangée signifie une restriction exponentielle pour les médecins.

La nouvelle technique de financement applicable aux hôpitaux à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2002 est source de nombreuses incertitudes pour les dirigeants des hôpitaux. Certains hôpitaux seront gagnants, d'autres seront perdants.

Les économies draconiennes appliquées aux disciplines médico-techniques signifient la disparition des éventuels bonis que les hôpitaux en tiraient jusqu'à présent pour garder en équilibre d'autres services ou fonctions déficitaires.

Autrement dit, la tâche restera ardue au niveau budgétaire.

#### **IV. RESPONSABILITES**

Un projet de loi renforçant la responsabilité individuelle des dispensateurs est actuellement en cours d'élaboration. Il vise en principe toutes les catégories de dispensateurs mais les médecins, tant les généralistes que les spécialistes, sont les premiers concernés.

Il est assez étonnant de constater que les actuels projets de loi ne touchent pas les gestionnaires d'hôpitaux. Dans le meilleur des mondes, le gestionnaire de l'hôpital n'inciterait pas, directement ou indirectement, les médecins à augmenter la consommation des prestations médico-techniques. Et dans ce monde idéal, les médecins n'effectueraient jamais d'examens inappropriés. Malheureusement, nous ne vivons pas dans un monde idéal, mais bien dans une société juridisée où tout est à ce point surréglementé que l'arbitraire n'est pas loin.

Si le législateur estime qu'un crescendo est nécessaire dans le monitoring, la surveillance et les sanctions des médecins, ces derniers sont d'avis que ces mêmes mesures s'imposent à l'égard des gestionnaires d'hôpitaux. Dans la version actuelle du projet, la responsabilisation légale se limite au sens strict de "remboursement par les médecins des montants versés à tort par l'AMI".

Dans le contexte de la consommation de médicaments, des entretiens sont menés pour ne plus fonder le remboursement des médicaments du chapitre IV (la catégorie Bf) sur des critères strictement économiques mais sur des critères médicaux. Le remboursement initialement prévu des montants pour d'éventuelles médications prescrites non conformes a été supprimé du projet pour être remplacé par d'autres mesures. Les contrôles effectués a posteriori par sondage seront remplacés par un examen ciblé des "outliers" dans le profil de prescription de la médication spécifique pour lequel aucune justification ne peut être donnée.

Ces modifications n'ont pu être obtenues que grâce à une opposition résolue de notre groupe contre les idées initiales qui auraient pu déboucher sur une terreur aveugle. Les débats ne sont pas encore clôturés. Entre autres choses, il faut encore se pencher sur la protection de la vie privée des patients et des médecins.

La "Loi portant des mesures en matière de soins de santé" a été publiée cette semaine (10.09.2002). Dans ce cadre également, les responsabilités sont renforcées, par exemple

au chapitre III de la Loi, avec l'introduction des montants de référence pour 14 prestations ou diagnostics chirurgicaux et 12 de médecine interne. A cette occasion, on a recours au système des APR-DRG (All Patients Refined Diagnosis Related Groups).

#### APR-DRG chirurgicaux : n° et libellé

73	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie,
97	Adénoïdectomie et amygdalectomie,
179	Ligature de veine et stripping,
225	Appendicectomie,
228	Cures de hernie inguinale et crurale,
263	Cholécystectomie laparoscopique,
302	Interventions majeures articulation, rattachement membres des extrémités inférieures sans trauma, si le code de nomenclature 289085 - Arthroplastie de la hanche avec prothèse totale (cotyle et tête fémorale) a été attesté,
302	Interventions majeures articulation, rattachement membres des extrémités inférieurs sans trauma, si le code de nomenclature 290286 - Arthroplastie fémoro-tibiale avec prothèse articulée a été attestée,
313	Interventions des membres inférieures et genoux excepté pied, si le code nomenclature 300344 - Arthroscopies thérapeutiques (ménisectomie partielle ou totale) a été attesté,
318	Enlèvement matériel de fixation interne,
482	Prostatectomie transurétrale,
513	Interventions sur utérus/annexes, pour carcinome in situ et affections bénignes, si le code de nomenclature 431281 - Hystérectomie totale, par voie abdominale a été attesté,
513	Interventions sur utérus/annexes pour carcinome in situ et affections bénignes, si le code de nomenclature 431325 - Hystérectomie totale, par voie vaginale a été attesté,
516	Ligature tubaire par voie laparoscopie,
540	Césarienne en
560	Accouchement par voie vaginale;

#### APR-DRG DE MEDECINE INTERNE : n° et libellé

45	Accident vasculaire cérébral avec infarctus,
46	Accident vasculaire cérébral non spécifique avec occlusion précérébrale sans infarctus,
47	Accident ischémique transitoire,
134	Embolie pulmonaire,
136	Affections malignes du système respiratoire,
139	Pneumonie simple,
190	Affections circulatoires avec infarctus,
202	Angine de poitrine,
204	Syncope et collapsus,
244	Diverticulité et diverticulose,
464	Lithiases urinaires, avec lithotripsie par ultrasons en
465	Lithiases urinaires, sans lithotripsie par ultrasons.

En cas de dépense supérieure au montant de la norme de référence, l'hôpital devra rembourser. Il s'agit grosso modo de tous les frais résultant d'une intervention chirurgicale. Le montant du prix de la journée d'hospitalisation et la partie forfaitaire des honoraires de biologie clinique et d'imagerie médicale ne sont pas concernés. En cas de dépense supérieure au montant de la norme de référence à l'occasion de la pose d'un diagnostic en médecine interne, l'hôpital ne sera que cloué publiquement au pilori.

Le calcul du remboursement en cas de dépassement du montant de référence promet d'être une tâche délicate et ardue, et ce tant entre la direction et le Conseil médical que pour les différentes spécialités entre elles.

Au cas où le Conseil médical ne trouve pas d'accord avec le gestionnaire, celui-ci est alors autorisé, en vertu de l'article 137 complété de la loi sur les hôpitaux, à récupérer 75 % du montant chez les médecins.

Des situations particulièrement inéquitables peuvent en résulter : si un médecin conserve par exemple 25 % des honoraires et en cède 75 % à l'hôpital, l'hôpital peut en théorie imputer 75 % du dépassement au médecin. La position de départ des hôpitaux était que les médecins devaient toujours rembourser 100 % du montant car, selon les gestionnaires, ils sont à l'origine des examens, des interventions et des frais de personnel y afférents.

Il est clair que les autorités comptent sur l'effet dissuasif de ce système draconien. Les hôpitaux flamands pensent peut-être que seuls les hôpitaux wallons et bruxellois seront concernés par ces récupérations. L'avenir nous le dira, mais il est certain que ceux qui

réalisent un enregistrement parfait et le plus acceptable possible dans le système des APR-DRG fera moins l'objet de récupérations. Tout dépend d'un bon enregistrement par les hôpitaux et d'un contrôle correct de celui-ci par les autorités.

Un minuscule article 48 de cette loi prévoit qu'à partir du 22 février 2004, les médecins hospitaliers ne devraient plus pouvoir demander de suppléments d'honoraires. A moins que le gestionnaire de l'hôpital ne prenne l'initiative d'élaborer un règlement à ce sujet avec le Conseil médical. Les tarifs maximums autorisés qui peuvent être facturés et qui doivent figurer dans ce règlement, doivent être communiqués aux instances compétentes, à savoir au Service des Soins de santé de l'INAMI et à la Commission nationale paritaire médecins-hôpitaux du ministère de la Santé publique.

## V. CONCLUSION

L'avenir suscite surtout des questions.

La technologie médicale est illimitée, tant pour les maladies internes avec surtout l'accent sur les implications futures de la génétique, que pour les disciplines chirurgicales, avec des applications de la robotique, de l'implantologie, de la biomécanique appliquée, etc.

Nous devons veiller à ce que le super ou l'hyperspécialiste ne devienne pas un supertechicien. Une large base médicale reste indispensable et une relation médecin-patient humaine et holistique doit rester le point de départ.

Tout ne doit pas être précisé en détail dans la loi. Par contre, la société doit définir des lignes éthiques par la voie du débat parlementaire et surtout en consultant largement toutes les parties prenantes.

Si le législateur veut imposer des restrictions budgétaires, il ne peut pas en rejeter la responsabilité sur les médecins. Il est du devoir de chaque médecin d'utiliser les rares moyens disponibles de la façon la plus adéquate possible. L'élimination des éventuels abus existants ne dégagera jamais suffisamment de moyens pour financer les possibilités et les besoins croissants.

Nous ne pouvons accepter que le médecin généraliste se voit attribuer une fonction de gardien et soit rabaissé au rôle d'auteur et de notaire des listes d'attente de patients.

Il revient au monde politique de déterminer ce qu'il pense que la société veut et peut financer. Malheureusement, les concitoyens siégeant au Parlement sont généralement en bonne santé et ont toujours d'autres priorités. De ce fait, on risque de voir apparaître des solutions de facilité comme l'imposition de limites d'âge au-delà desquelles certains traitements ou examens ne pourront plus être entrepris. Les exemples sont nombreux au sein de l'Union européenne. Jusqu'à présent, le citoyen belge avait été épargné.

Un peu partout dans le monde industrialisé, les économistes de la santé tentent de trouver des systèmes de financement plus adaptés et plus efficaces pour les soins de santé. Les bibliothèques regorgent d'ouvrages sur ce thème. Aucun système n'est parfait mais ce qui est différent n'est pas forcément meilleur.

De plus en plus, les médecins, principalement les jeunes, expriment le désir de devenir salariés. Pour la jeune génération de spécialistes, l'Arrêté royal "COLLA" du 30/04/1999 (M.B. du 29/05/1999) leur a montré la voie.

Des calculs réalisés par l'ABSyM ont montré que le budget des honoraires médicaux devrait alors augmenter d'au moins 70 %. La ministre socialiste de l'époque des Affaires sociales, Magda DE GALAN, avait opposé un refus catégorique.

En dépit de toutes ces difficultés, j'entrevois surtout des défis et des possibilités. Les frustrations et la démotivation sont très présentes et sont grossies dans la presse. Nombreux sont ceux qui font preuve de nombrilisme, qui se retirent dans leur petit monde et pensent que cela durera encore durant leur temps.

Nous ne pouvons pas tomber dans le piège tendu volontiers par certains et qui constitue à dresser les médecins généralistes contre les médecins spécialistes et à opposer les spécialistes réalisant principalement des "actes intellectuels" à ceux qui gagnent l' "argent facile" en effectuant des prestations médico-techniques.

Apportons notre concours à l'amélioration de notre système – qui n'est certes pas idéal mais est tout à fait convenable – garantissant à quelque 10.280.000 Belges des soins de santé qui résistent à l'épreuve internationale, et honorant correctement les 285.000 personnes actives dans les soins de santé, soit 6,5 % de la population active belge, chacun selon sa formation, ses efforts et ses responsabilités.

Pour tous les médecins, il est primordial de revaloriser les prestations intellectuelles, sans pour autant dévaloriser ou rendre impossible les actes techniques

Je vous remercie pour votre attention.

Dr M. MOENS,  
Secrétaire général du GBS,  
Vice-président de l'ABSyM

---

**REMARQUES SUITE À L'INTERVENTION EN COMMISSION DU SÉNAT  
SUR LA "PÉNURIE DE CERTAINES CATÉGORIES DE MÉDECINS SPÉCIALISTES"  
DE Mme MIA DE SCHAMPHELAERE (CD&V) (séance du 4.7.2002)**

*Demande d'explications à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur «la pénurie de certaines catégories de médecins spécialistes» (n° 2-830)*

**Mme Mia De Schamphelaere (CD&V).** - Des études de besoins de la Commission de planification montrent que pour la période 2000-2020, la demande de médecins spécialistes va augmenter de 12,5% et ce, en raison de la croissance démographique et de la multiplication des nouvelles pathologies et des hospitalisations. Durant la période 1980-1998, cette augmentation a atteint 35%. De plus, la féminisation de la profession, l'évolution des mentalités chez les jeunes médecins et le vieillissement du corps médical entraînent une réduction de la durée et de la force de travail. Le nombre de candidats spécialistes devra donc augmenter pour faire face à l'accroissement des besoins en matière de soins.

Par ailleurs, les lacunes de la nomenclature des spécialisations qui comportent de nombreuses prestations intellectuelles, comme les consultations ou les visites, et peu d'actes techniques, comme la biologie clinique ou la radiologie, font que nombre de candidats spécialistes commencent à délaisser ces orientations et que la pénurie menace. Cela concerne essentiellement la pédiatrie, la psychiatrie, la rhumatologie et la gériatrie.

« Kind en Gezin » craint également de manquer rapidement de médecins. Cette organisation dispose à l'heure actuelle de 330 médecins permanents qui assurent 471.000 consultations par an. En Wallonie, la situation a d'ores et déjà dégénéré et un préavis de grève a été déposé pour le 1<sup>er</sup> juillet. Nous devons agir si nous voulons éviter cette situation en Flandre.

Le gouvernement compte-t-il adapter à la hausse le quota de médecins ? Prévoit-il un quota différencié ? Le moment où l'on décide du quota a son importance car si l'on fixe aujourd'hui le nombre de médecins pour

2011, cela aura des conséquences directes pour l'épreuve d'admission de l'an prochain. Cette période n'est-elle pas trop longue pour réagir adéquatement à d'éventuelles pénuries ?

Le Dr Jan REMANS (VLD) a présenté en détail et défendu notre position en séance de la Commission du Sénat (cf. page 15). Bien que la ministre de la Santé publique, Mme M. AEL OET, ait encore évité la problématique sous-jacente ainsi exposée, elle a clairement indiqué que notre pays n'est en aucune façon confrontée à une pénurie de médecins, et certainement pas à une pénurie de spécialistes. Nous reproduisons ci-après l'intervention de la ministre de l'époque :

**Mme Magda Aelvoet**, ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement. - Je ne m'étais pas attendue aux questions de M. Remans. Je ne puis donc pas lui fournir une réponse documentée.

Mme De Schamphelaere a demandé si le gouvernement maintiendrait son système de quotas. Il n'a pas fixé ses chiffres à l'aveuglette. On a connu une baisse, puis une hausse.

L'arrêté royal publié au Moniteur belge du 14 juin 2002, fixe, jusqu'à l'année 2011, le nombre de médecins autorisés à poursuivre une formation de spécialiste ou de généraliste à 700 : 420 pour la Communauté flamande et 280 pour la Communauté française. Il fixe également leur répartition en fonction des spécialisations pour les années 2004, 2005 et 2006. Si nous n'avons fixé aucune clé de répartition pour les années suivantes, c'est pour tenir compte de l'évolution.

Ces chiffres sont basés sur un avis de la commission de planification qui dispose d'une documentation détaillée. Mme De Schamphelaere doit pourtant savoir que beaucoup d'interprétations d'études des besoins sont contestées. Par ailleurs, il est prématuré d'extrapoler le nombre d'hospitalisations futures en se basant sur des chiffres du passé.

Une pénurie éventuelle dans un secteur déterminé ne peut être un signal suffisant pour adapter le quota. Ce serait naïf. On risquerait ainsi d'accroître encore le nombre - déjà excédentaire - de spécialistes des disciplines les plus attirantes.

Certaines disciplines n'ont plus la cote, notamment en raison d'une rétribution insuffisante des « actes intellectuels ». J'ai plusieurs fois abordé ce problème avec M. Vandenbroucke et la commission médico-mutualiste vient d'adopter certaines mesures correctrices.

L'an dernier, nous avons créé la base légale permettant de décontingenter certaines disciplines confrontées à une pénurie manifeste. L'arrêté royal précité fait ainsi une exception pour la psychiatrie infanto-juvénile, à concurrence de 20 candidats par an jusqu'à l'année 2010. Les spécialistes en médecine médico-légale, en médecine du travail et en gestion des données de santé ne sont pas non plus concernés par le quota.

Quant à la question d'un quota différencié pour des disciplines confrontées à une réelle pénurie, la réponse est positive si des problèmes se posent.

Cependant, ces corrections doivent rester le plus limitées possible, sinon on risque de ne plus avoir suffisamment de candidats pour absorber les changements éventuels ultérieurs.

Je voudrais m'arrêter un instant sur les mécanismes de dérégulation sous-jacents. Mme De Schamphelaere dit elle-même que certaines disciplines ont moins la cote à cause des mécanismes de financement de la nomenclature. N'est-il pas temps de créer des mécanismes de financement complémentaires pour corriger cela ? On ressent de plus en plus la nécessité d'une approche multidisciplinaire, une organisation de la pratique, d'une disponibilité organisée, d'une concertation et d'une « peer review ». Mais tout cela doit être lié à une rémunération. Des incitants financiers et des systèmes de rémunération qui ne mettent l'accent que sur la médecine de prestation donneront lieu à de nouveaux dérapages. Les mécanismes de financement supplémentaires profitent surtout aux jeunes médecins qui veulent une meilleure qualité de vie.

Dans ce sens, le quota est pour l'instant un bon instrument. Nous l'appliquons de manière souple, par blocs de trois ans.

Par ailleurs, nous disposons enfin d'un cadastre des professions médicales, auquel certains syndicats de médecins se sont longtemps opposés, l'interprétant comme un contrôle de leurs revenus, alors que nous voulons seulement dresser une carte du temps consacré aux soins de santé et autres.

Je suis aussi d'avis que notre pays ne souffre pas d'une pénurie de médecins et encore moins de spécialistes. Il y a bien sûr des écarts régionaux, que prend en considération le système de quotas. On veut qu'à terme, il y ait, à population égale, un même nombre de médecins. Nous ne voulons pas provoquer une crise en adoptant des mesures à court terme pour certaines régions. Nous agissons sans précipitation.

Il nous faut être extrêmement prudents, savoir où nous allons et nous attaquer simultanément aux autres problèmes.

## Réaction du Dr M. MOENS du 3.7.2002

Le raisonnement suivi dans la note débouche directement sur un certain nombre de contradictions donnant lieu aux constatations et aux remarques suivantes :

### 1. Rapport linéaire établi entre les besoins en médecins spécialistes, l'accroissement démographique et la multiplication des pathologies et des technologies

Il ne fait aucun doute que le rapport linéaire entre les besoins en médecins spécialistes et l'accroissement démographique, ainsi que la multiplication des pathologies qui y est associée, n'est pas seulement valable que pour la Belgique. Ces mêmes phénomènes s'observent dans toute l'Europe occidentale. Cependant, notre pays compte un nombre bien plus élevé de spécialistes. Les Pays-Bas, qui ont une population qui est 1,6 fois supérieure à la nôtre, comptent deux fois moins de spécialistes que nous : ils ont 0,91 spécialiste pour mille habitants (1998) tandis que la Belgique en compte 2,17 (2001). Malgré tout, les Pays-Bas sont également confrontés à une augmentation des nouvelles pathologies et techniques. Même si les Pays-Bas doubleraient leur effectif de médecins spécialistes, celui-ci serait encore quasiment inférieur d'un tiers au nôtre alors que notre population est égale à 2/3 de la population néerlandaise.

Il ne semble pas très logique d'invoquer la multiplication des nouvelles pathologies et surtout le développement des technologies médicales pour justifier l'augmentation des quotas des orientations de spécialisation comportant essentiellement des "prestations intellectuelles".

Au 31.12.2000, avec une population de 10.279.000 habitants, la Belgique compte 23.485 spécialistes, dont 21.437 actifs dans le cadre de la structure de l'INAMI, et 19.493 généralistes, dont 9.883 pratiquent effectivement comme généralistes, c'est-à-dire les généralistes accrédités réalisant pas moins de 97 % de toutes les prestations de généralistes enregistrées par l'INAMI. La Belgique compte donc 2,2 fois autant de spécialistes ayant une activité professionnelle que de généralistes. Aux Pays-Bas, il y a 14.362 spécialistes et 6.997 généralistes (1998) pour une population de 16.025.000 habitants (2000), soit un rapport de 2,05 spécialistes par généraliste, mais avec un chiffre total par habitant qui est bien inférieur à celui de la Belgique.

Dans le reste de l'Europe, le rapport entre le nombre de spécialistes et le nombre de généralistes est inférieur. La France, par exemple, compte 102.017 spécialistes contre 86.527 généralistes (rapport de 1,86), le Royaume-Uni compte 51.031 spécialistes pour 35.611 généralistes (rapport de 1,43) et l'Allemagne 156.901 spécialistes pour 84.436 généralistes (rapport de 1,86). Ne faudrait-il dès lors pas d'abord s'interroger sur l'éventualité d'une pénurie de généralistes dans le futur avant de s'inquiéter d'une pénurie hypothétique de spécialistes?

Dans ce contexte, il convient également de signaler que, lors de la fixation du contingent de médecins, la commission de planification a bien tenu compte de la féminisation : d'une part avec un nombre plus élevé de jobs à temps partiel et, d'autre part, avec le fait que les médecins femmes réalisent en moyenne 80 % du volume de travail de leurs confrères masculins.

### 2. Problèmes sectoriels?

Madame De Schamphelaere se concentre ensuite sur un certain nombre de problèmes sectoriels spécifiques supposés. Ces remarques ne tiennent aucunement compte d'une pénurie réelle des spécialités concernées. Elles sont directement en relation avec le caractère peu attractif des secteurs concernés comme champ d'activité. En augmentant plus encore le nombre de médecins spécialistes dans ces catégories, le mouvement d'insatisfaction ainsi que le manque de motivation risquent de faire encore davantage tâche d'huile dans ces secteurs. Et avec un nombre accru de spécialistes dans l'ensemble (avec une augmentation des dépenses et des honoraires encore moins élevés), le mécontentement risque même de s'étendre au-delà des secteurs déjà atteints.

Le nombre potentiel de pédiatres belges est suffisamment élevé pour garantir un effectif suffisant tant pour l'ONE francophone que pour "Kind en Gezin" en Flandre. En 1998, la Belgique comptait 1.221 pédiatres contre 958 aux Pays-Bas, soit 0,12 pédiatre pour 1000 habitants en Belgique

contre 0,059 aux Pays-Bas. Le problème de l'ONE et de "Kind en Gezin" réside dans le fait que peu de médecins sont encore disposés à apporter leur concours à ces organisations qui "honorent" un spécialiste ayant suivi une formation universitaire de 12 ans à raison de 3,50 euros par contact patient et un généraliste ayant suivi une formation universitaire de 9 ans à raison de 2,70 euros par contact patient. Et tout cela avec un statut d'indépendant de sorte qu'il faut déduire les cotisations sociales, les impôts et des frais de toutes sortes. En résumé pour un salaire honoraire net pour lequel absolument plus personne n'accepte de travailler.

Des problèmes analogues de manque de motivation sont en forte progression dans plusieurs autres secteurs. Ils sont clairement à attribuer à un manque chronique de financement dans un certain nombre d'activités existantes, notamment dans celles qui ont été transférées aux communautés il y a quelques années. Les autorités s'attendent à tort à ce qu'un certain nombre de tâches médicales soient remplies gratuitement. De plus, les praticiens des professions médicales ne bénéficient quasiment plus d'aucune considération de la part des patients et la question de la responsabilité professionnelle est encore plus d'actualité lorsqu'il s'agit de soins dispensés à des enfants et à des femmes enceintes.

### 3. La problématique des hôpitaux

La politique fédérale de la santé est également centrée sur ce type de contradictions. Malgré l'augmentation du nombre d'hospitalisations et le fait que les hôpitaux ont quasiment toujours un taux d'occupation maximum, le financement est basé sur des systèmes qui conduiront à moyen terme à la disparition de plusieurs établissements.

Durant la période avancée 2000-2020, il faut s'attendre à ce que, en l'absence de tout ajustement de la politique, le nombre d'hôpitaux diminue encore au moins d'un tiers voire de la moitié sous l'influence d'un darwinisme économique-budgétaire inhérent à la politique actuelle de financement des hôpitaux. De nombreux spécialistes seront placés devant un fait accompli dans les prochaines années et seront amenés à quitter le secteur hospitalier. Les effectifs médicaux dans les hôpitaux flamands ont quasiment doublé durant la décennie écoulée. Pourtant, le déficit du financement des hôpitaux (que les autorités comblent par des prélèvements sur les honoraires) et la spirale des coupes sombres dans les budgets médicaux propres auront non seulement comme effet de renforcer la tutelle des autorités et la perte d'autonomie dans l'exercice des spécialités médicales mais aussi de limiter le pouvoir d'attraction de la profession.

Les symptômes constatés évoqués dans la note, notamment en pédiatrie, en psychiatrie, en rhumatologie... sont les premiers signes avant-coureurs qui se manifestent dans le groupe le plus faible d'un point de vue financier. Cela fait des années que les pédiatres constituent la catégorie de spécialistes la moins bien rémunérée en milieu hospitalier. Bien que, au regard des pays voisins, le nombre de pédiatres soit largement suffisant, on note actuellement une pénurie de pédiatres disposés à exercer une activité hospitalière avec toutes les obligations et les responsabilités qui y sont liées. Surtout les exigences de disponibilité lourdes en matière de néonatalogie et de soins urgents pédiatriques posent des problèmes quasiment insurmontables à bon nombre d'hôpitaux.

La rhumatologie constitue également une discipline peu attrayante. Depuis plusieurs années, elle est la seule spécialité ne disposant pas d'une nomenclature propre avec des prestations spécifiques.

### 4. Conclusion

L'augmentation du quota de spécialistes dans certains secteurs ne constitue en aucun cas une solution. Au contraire ! Une telle mesure ne fera qu'aggraver la situation dans ces spécialités médicales devenues peu attractives en raison du risque élevé au niveau de la responsabilité, des honoraires ridicules, du manque de considération de la part de la société et des patients, etc. Si l'on se refuse à en tenir compte et si les autorités continuent à imposer aux médecins des tâches de plus en plus lourdes sans aucune rémunération, par exemple avec les normes et autres exigences organisationnelles, les déficits en personnel existants ne tarderont pas à se creuser encore davantage et toucheront rapidement de nouveaux secteurs. Et ce malgré l'existence d'un excédent de médecins spécialistes en chiffres absolus et par rapport à l'étranger.



En ce qui concerne la psychiatrie et plus particulièrement la pédopsychiatrie, d'une part, les quotas de formation ont été revus et, d'autre part, de nouveaux critères d'agrément ont été introduits de sorte qu'il est désormais obligatoire d'opérer un choix entre la psychiatrie pour les adultes et la psychiatrie infantile et juvénile. Il va sans dire que cette mesure permettra une augmentation significative du nombre de pédopsychiatres dans les prochaines années. Toutefois, pour ces disciplines également, il convient de définir un statut raisonnable et motivant du spécialiste dans les différents types d'institutions.

Enfin, le manque apparent de spécialistes s'explique précisément par le fait que les médecins spécialistes travaillent quasiment exclusivement comme indépendants. Dès lors, il est possible d'augmenter les nombres sans se préoccuper du financement. Il y a plusieurs années, la ministre des Affaires sociales de l'époque, Madame M. De Galan, avait déclaré qu'il n'était pas envisageable de rémunérer les médecins hospitaliers avec un salaire car il ne serait pas possible de financer le système. C'est la réalité : notre société a une réserve de médecins qu'elle ne peut pas payer. Les problèmes budgétaires de la politique de la santé en sont une nouvelle preuve.

## **CONSULTATION DU MEDECIN SPECIALISTE AU DOMICILE OU A LA RESIDENCE DU MALADE**

**15 AVRIL 2002. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (M.B. du 3.7.2002)**

[...]

**Article 1<sup>er</sup>.** A l'article 1<sup>er</sup>, § 4bis , II, A, a) , 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, modifié par les arrêtés royaux des 13 novembre 1989, 1<sup>er</sup> juin 2001 et 27 février 2002, le terme « , avis » est supprimé et le mot « repris » est remplacé par le mot « reprises ».

**Art. 2.** A l'article 2, A, de la même annexe, modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986, 19 décembre 1991, 5 mars 1992, 2 septembre 1992, 7 août 1995, 28 septembre 1995, 29 avril 1999, 29 mai 2000 et 1<sup>er</sup> juin et 10 juillet 2001 sont apportées les modifications suivantes :

1) le libellé de la prestation 103014 est modifié comme suit :

« Consultation du médecin spécialiste appelé par écrit par le médecin généraliste agréé traitant ou par le médecin généraliste avec droits acquis traitant, au domicile du malade, avec rapport écrit par le médecin spécialiste. La présence simultanée des deux médecins n'est obligatoire que dans le cas où celle-ci est demandée dans la demande écrite. »

2) les prestations et la règle d'application suivantes sont insérées après la prestation 103014 :

« 103051 -

Consultation du médecin spécialiste appelé par écrit par le médecin généraliste agréé traitant ou par le médecin généraliste avec droits acquis traitant, auprès du malade résidant en maison de repos ou en maison de repos et de soins, comme définies dans l'intitulé qui précède les prestations 103913 et 104112, avec rapport écrit par le médecin spécialiste. La présence simultanée des deux médecins n'est obligatoire que dans le cas où celle-ci est demandée dans la demande écrite . . . . . N 20

103073 -

Consultation du médecin spécialiste appelé par écrit par le médecin traitant, auprès du malade séjournant en résidence communautaire, momentanée ou définitive de personnes handicapées, avec rapport écrit par le médecin spécialiste appelé. La présence simultanée des deux médecins n'est obligatoire que dans le cas où celle-ci est demandée dans la demande écrite . . . . . N 20

Pour les prestations 103014, 103051 et 103073, l'identification du médecin demandeur (Nom, prénom et numéro INAMI) doit apparaître sur l'attestation de soins donnés du médecin spécialiste. »

**Art. 3.** Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour (\*) du deuxième mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au Moniteur belge .

**Art. 4.** Notre Ministre des Affaires sociales et des Pensions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 15 avril 2002.

---

## MODIFICATION DE LA DUREE DE LA FORMATION EN PNEUMOLOGIE

**22 AVRIL 2002. - Arrêté ministériel modifiant l'arrêté ministériel du 9 mars 1979 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage pour les spécialités de la médecine interne, de la pneumologie, de la gastro-entérologie, de la cardiologie et de la rhumatologie (M.B. du 25.7.2002)**

[...]

**Article 1er.** A l'annexe de l'arrêté ministériel du 9 mars 1979 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage pour les spécialités de la médecine interne, de la pneumologie, de la gastro-entérologie, de la cardiologie et de la rhumatologie, le point 2 du chapitre II, A , est remplacé par disposition suivante : "Le candidat spécialiste doit avoir suivi une formation correspondant à une formation à temps plein de six ans au moins, dont une formation de base en médecine interne correspondant à une formation à temps plein de trois ans au moins, et une formation supérieure en pneumologie correspondant à une formation à temps plein de trois ans au moins."

**Art. 2.** L'article 1er du présent arrêté ne sort ses effets qu'à l'égard des candidats qui commencent leur formation après l'entrée en vigueur du présent arrêté.

Bruxelles, le 22 avril 2002.

---

## LOI RELATIVE À L'EUTHANASIE

**28 MAI 2002. - Loi relative à l'euthanasie (1) (M.B. du 22.6.2002)**

*Important : La nouvelle loi relative à l'euthanasie est entrée en vigueur le 22 septembre. Cela veut dire qu'à partir de cette date, tout médecin confronté à une demande d'euthanasie émanant d'un patient doit respecter scrupuleusement les dispositions de cette loi, et ce tant lorsqu'il donne suite à cette requête que lorsqu'il refuse de le faire (art. 14). Entre-temps, les membres de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation ont été nommés par A.R. du 02.08.2002 (M.B. du 10.09.2002). C'est auprès de cette dernière qu'il convient de déclarer toute euthanasie pratiquée au moyen d'un document d'enregistrement dûment complété, et ce dans les quatre jours ouvrables. Ce document d'enregistrement a été mis au point par la Commission le 24.9.2002 mais n'était pas encore disponible lors de la mise sous presse de ce mensuel. Etant donné que la déclaration ne peut pas intervenir sans cette exigence formelle, aucune procédure d'euthanasie n'est possible pour l'instant. Pour de plus amples informations, veuillez vous adresser à notre service juridique.*

Le texte intégral de la loi avec les différentes exigences auxquelles toute procédure d'euthanasie doit satisfaire, peut être consulté sur le website [www.vb-gbs.org](http://www.vb-gbs.org). Une version imprimée peut être obtenue sur simple demande à notre Secrétariat.

---

(\*) 1.9.2002

## **TROUBLES DU DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR**

**INAMI – Recommandations et standards – Nomenclature (M.B. du 29.6.2002)**

### **Institut national d'assurance maladie-invalidité – Recommandations et standards – Nomenclature des prestations de santé (M.B. du 29.6.2002)**

Sur proposition du Conseil Technique de la Kinésithérapie du 7 juin 2002 et en application de l'article 7, § 14, 7<sup>e</sup> alinéa de la nomenclature des prestations de santé publiée en annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 comme modifié jusqu'à ce jour, après l'avis de la Commission de convention kinésithérapeutes du 12 juin 2002, le Comité de l'assurance soins de santé a établi le 17 juin 2002 les recommandations et standards suivants :

Recommandations et standards relatives aux prestations de l'article 7 de la nomenclature des prestations de santé :

Recommandations et standards

Art. 7, § 14, dernier alinéa g) Troubles du développement psychomoteur.

1. chez les enfants de moins de 16 ans, après avis d'un spécialiste en (neuro)pédiatrie et proposition de traitement, et avec un score significativement plus faible sur un test standardisé.

a) la prescription

La prescription peut être rédigée par le médecin traitant, (neuro)pédiatre ou non, après avis d'un spécialiste en (neuro)pédiatrie et proposition de traitement. Ce spécialiste doit être soit un pédiatre soit un neuropédiatre.

b) les tests

Les tests peuvent être effectués par le (neuro)pédiatre ou par le kinésithérapeute.

Si le (neuro)pédiatre effectue le test lui-même, il doit mentionner dans son avis motivé que le résultat obtenu au test est significativement pathologique. Il fait également une proposition de traitement.

Si le kinésithérapeute effectue le test, il doit transmettre les résultats au (neuro)pédiatre. Ce dernier doit veiller à mettre ces résultats en perspective compte tenu de la situation clinique générale du patient, patient qu'il aura examiné personnellement. Si le (neuro)pédiatre écrit dans son avis motivé que le résultat est jugé significativement pathologique et fait une proposition de traitement, le kinésithérapeute peut entamer le traitement (bien entendu, une prescription est nécessaire).

(Ce qu'est un score significativement plus faible, c.a.d. significativement pathologique doit être convenu de manière propre au test en fonction de la manière dont le score est exprimé. Dans le cadre de l'utilisation des tests, on peut admettre que le score de percentile ou le score standard «  $\leq 15^{\text{e}}$  percentile » ou «  $\leq 1$  écart type en dessous de la moyenne » soit considéré comme significativement plus faible. Cela correspond à un score stanine 1, 2, 3 et à un quotient de développement  $\leq 85$ .)

L'exécution du test peut être attestée comme "examen kinésithérapeutique consultatif du patient". Une prescription est nécessaire pour cet examen.

La décision que le patient répond aux critères appartient donc au (neuro)pédiatre.

Quels sont les éléments que le kinésithérapeute doit conserver dans son dossier ?

- la feuille de résultat du test effectué

- une copie de la prescription,

- le rapport médical (avis motivé du (neuro)pédiatre concernant entre autres le résultat chiffré du test, l'opportunité du traitement kinésithérapeutique et la proposition de traitement).

2. chez les enfants jusqu'à 18 mois inclus, présentant des troubles manifestes cliniques du développement établis à l'aide d'une évaluation effectuée par une équipe pluridisciplinaire spécialisée.

Un pédiatre ou un neuropédiatre doit faire partie de l'équipe multidisciplinaire. La prescription elle-même peut être établie par le médecin traitant.

Quels sont les éléments que le kinésithérapeute doit conserver dans son dossier ?

- une copie de la prescription (avec le but du traitement);

- un rapport médical du (neuro)pédiatre qui fait partie de l'équipe multidisciplinaire.

Les recommandations et standards précités sont d'application à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2002.

Le Fonctionnaire dirigeant,  
Fr. PRAET.

Le Président,  
D. BROECKX.

---

## AU MONITEUR

Les documents indiqués ci-dessous peuvent être consultés sur le website [www.vbs-gbs.org](http://www.vbs-gbs.org) et sont disponibles sous forme imprimée sur simple demande.

**1. Médecine légale:**

Arrêté ministériel du 27 février 2002 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stages pour la spécialité de médecine légale (M.B. du 11.7.2002)

**2. Cathéters :**

Arrêté royal du 18 juillet 2002 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (M.B. du 30.7.2002) – réintroduction

(numéros de code 613992 - 614003 et 614014 - 614025 dans l'article 28 de la nomenclature à partir du 1.4.2002)

**3. Fonction « service mobile d'urgence » :**

Arrêté royal du 15 juillet 2002 modifiant l'arrêté royal du 10 avril 1995 rendant certaines dispositions de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, applicables à la fonction « service mobile d'urgence » (M.B. du 13.8.2002)

**4. SMUR :**

Arrêté royal du 15 juillet 2002 modifiant l'arrêté royal du 10 août 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction « service mobile d'urgence » (SMUR) pour être agréée (M.B. du 13.8.2002)

**5. Soins urgents et SMUR :**

Arrêté royal du 15 juillet 2002 modifiant l'arrêté royal du 31 mai 1989 précisant la description d'une fusion d'hôpitaux et des normes particulières qu'elle doit respecter (M.B. du 13.8.2002)

**6. Prestation 318253 - Frais d'inscription à Eurotransplant :**

Arrêté royal du 3 juin 2002 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (M.B. du 29.6.2002)

---

## LA TROISIÈME LOI SUR LES SOINS DE SANTÉ

### LOI DU 22 AOÛT 2002 PORTANT MESURES EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ (M.B. 10.09.2002)

Le texte de loi récemment publié au Moniteur belge reflète, moyennant quelques corrections mineures, assez fidèlement les projets que nous avons déjà longuement commentés. La principale modification est que le ministre a change son agenda en ce qui concerne le projet relatif à la responsabilisation individuelle des dispensateurs de soins et la réorganisation (lisez : élargissement des compétences et renforcement des pouvoirs) du contrôle médical, ce document étant reporté aux Sessions d'automne.

Il est dès à présent probable que certaines dispositions de la nouvelle loi sur les soins de santé feront l'objet d'offensives judiciaires de la part des GBS et/ou ABSyM auprès de la Cour d'Arbitrage.

Voici un bref survol de certaines dispositions qui nous paraissent importantes :

-art 2 : dorénavant des majorités particulières peuvent être prévues pour les décisions en Commission Nationale Médico-Mutualiste, certaines matières nécessitant la moitié des représentants généralistes ou spécialistes. Une mesure similaire est prise (art 7) pour les décisions du Conseil technique médical.

-art 4 : la base juridique pour les honoraires de disponibilité des généralistes dans le cadre d'un service de garde.

-art 5 : la base juridique d'une intervention financière pour l'équipement en bureautique des médecins (à l'origine uniquement prévue pour les généralistes).

-art 11 : introduction **des mesures en matière de « montants de référence »**. Ces montants de dépenses annuelles par hospitalisation sont déterminés pour la première fois pour 2003 en sont calculés sur base des données relatives aux **hospitalisations ayant pris fin après le 1<sup>er</sup> octobre 2002 et avant le 31.12.2003**. Lorsque les dépenses réelles dépassent les « montants de référence » de 10% au moins, cette différence doit être remboursée en ce qui concerne les activités chirurgicales. Le dépassement du montant de la norme pour des prestations de médecine interne entraîne la publication des noms des hôpitaux concernés.

Le texte détaillant les types de prestations et les APR-DRG faisant l'objet des montants de référence, peut être consulté sur le site [www.gbs-vbs.org](http://www.gbs-vbs.org) (version imprimée sur simple demande auprès de notre secrétariat) (cf. également l'allocution du Dr M. MOENS en page 11).

L'art 11 stipule expressément que **le gestionnaire et les médecins hospitaliers ont une responsabilité partagée** conformément au **règlement du service de perception** centrale (art. 135 et 136 de la loi sur les hôpitaux). L'art 47 (du volet hospitalier) de la loi précise cependant que tant que le règlement ne définit pas de conditions particulières, l'attribution aux médecins se fait en fonction de leur part relative dans la masse des honoraires, le montant à imputer au groupe de médecins concerné étant déterminé sur base de leur part relative dans le dépassement constaté. Le texte manque sensiblement de clarté. L'imputation tient compte de la retenue pour les frais (à l'exclusion des frais de perception), pour autant qu'il s'agit de frais réels et prouvés, en accord avec le Conseil médical ; sinon la charge se répartit à concurrence de 25% pour le gestionnaire et 75% pour les médecins. Apparemment, le gestionnaire peut donc conserver un bénéfice considérable sur la « surconsommation ». Nous examinerons comment obtenir réparation de cette injustice flagrante.

-art 13 : impose une amende administrative au médecin conventionné qui ne respecte pas les tarifs de la convention (3 fois le dépassement avec un minimum de 125 EUR par infraction).

-art 17 : prévoit qu'un AR déterminera le mode de remboursement des prestations indues se rapportant au budget de l'hôpital.

-art 32 : prévoit une intervention personnelle du patient se présentant en service des urgences . L'art 44 précise que ce montant ne peut être réclamé que par l'hôpital. Un AR déterminera le montant.

-art 41 : instauration d'une Commission de contrôle de l'enregistrement RCM. Les enregistrements non conformes à la réalité ou incomplets font l'objet d'une correction d' office de la répercussion financière (art 43). Pour le contrôle de l'enregistrement, les fonctionnaires peuvent se faire assister par des médecins-conseils des mutuelles désignés par AR sur proposition du Collège Intermutualiste.

-l'art 46 : instaure une **Commission financière dans les hôpitaux**, composée de représentants du gestionnaire et du Conseil médical, sauf si l'hôpital dispose déjà d'un Comité de Concertation. Un acquis important (enfin !) est que les représentants du Conseil médical peuvent se faire assister par un **expert financier**. Les membres de la commission financière disposent de toutes les données visées à l'article 128bis de la loi sur les hôpitaux. La commission financière examine au moins les prévisions budgétaires, les comptes annuels, le rapport du réviseur (art 82 et 84 de la loi sur les hôpitaux), et la nature des frais imputés.

Le mode de fonctionnement est le même que celui prévu pour la Comité de Concertation (art 129 de la loi sur les hôpitaux) ; seul le conseil médical décide. Toutes les données peuvent évidemment également être communiquées au conseil médical.

-art 50 à 59 : Les ministres des Affaires sociales et de la Santé publique auront un nouvel organe d'avis : la « **Structure Multipartite en matière de politique hospitalière** » (anciennement la structure dite « de concertation »), désormais composée de chaque fois 6 ( au lieu de 8) représentants des médecins, des organismes assureurs et des gestionnaires, ainsi que d'un président et vice-président, cinq experts, un représentant des Services fédéraux et un représentant de l'INAMI. Tous sont désignés par les ministres.

Les compétences de l'organe sont étendues :

1° toute réglementation relative à l'utilisation et à la diffusion des données concernant l'activité hospitalière ;

2° l'enregistrement, la collecte, le traitement et l'utilisation de données statistiques relatives aux activités médicales ;

3° les mesures en vue de garantir la fiabilité et la confidentialité des données ;

4° l'offre, les normes d'agrément et le financement des activités hospitalières ;

5° l'instauration de réglementations financières et d'incitants en vue de promouvoir l'efficacité des activités de l'hôpital et des médecins hospitaliers.

Lorsque pour les matières 4° et 5° l'avis est approuvé par chacun des groupes (médecins, O.A. et hôpitaux), il peut être dérogé des avis prévus par la loi sur les hôpitaux.

La Structure Multipartite a également une mission d'évaluation et d'information en rapport avec la pratique médicale dans les hôpitaux, plus précisément en ce qui concerne les dépenses générées. Elle évalue les mesures en matière de montants de référence et peut procéder à des actions d'information et de sensibilisation. A cet égard, elle peut confier des missions aux « Collèges des Médecins » (AR du 15.02.1999 en exécution de l'art. 15,§2 de la loi sur les hôpitaux.)

L'art 53 fixe une série de compétences additionnelles :

1° l'instauration ou la modification de réglementations donnant lieu simultanément au financement par le budget hospitalier et par la nomenclature.

2° la fixation de règles en matière de montants de référence relatives aux interventions de routine.

3° le financement de la consommation de médicaments (patients hospitalisés).

4° les règles générales en matière de financement du matériel endoscopique et de viscérosynthèse.

5° la méthodologie d'évaluation de la politique d'admission.

En ce qui concerne la composition de la représentation médicale (médecins spécialistes), le ministre élimine tout l'effet démocratique des élections médicales, en précisant que les deux tiers (de 6 médecins !) doivent être membre du Conseil national des Etablissements hospitaliers (qu'il désigne lui-même) ou de la « médicomut » (désignés par élection). Même si les organes d'avis de l'INAMI conservent leurs compétences, le ministre disposera dorénavant de deux avis distincts, éventuellement contradictoires, sur des matières identiques. Toutefois la marge de manœuvre du ministre pourrait se trouver beaucoup plus étroite en cas d'avis concordants de la Structure multipartite d'une part et des organes de l'INAMI d'autre part.

En marge de cette loi sur les soins de santé publiée, il est important de mentionner que le PROJET de loi relatif à la responsabilisation individuelle des dispensateurs de soins qui est actuellement mis en chantier supprimera les commissions des profils.

## ADAPTATION DES CONSULTATIONS

Monsieur F. VANDENBROUCKE  
Ministre des Affaires sociales  
Rue de la Loi 62  
1040 Bruxelles

20.9.2002

*c.c. A Monsieur J. TAVERNIER  
Ministre de la Santé publique*

Monsieur le Ministre,

Concerne : Décision de la Commission nationale médico-mutualiste du 22.4.2002.  
Augmentation des consultations – entrée en vigueur le 1.9.2002.

La question susvisée a été examinée de manière approfondie en séance plénière du Comité directeur du GBS le jeudi 19 septembre. Il ressort des nombreuses réactions vives que les médecins spécialistes sont extrêmement mécontents de la mesure très arbitraire en vertu de laquelle seules quelques disciplines ont bénéficié d'une adaptation de leurs prestations intellectuelles, et ce en raison du champ budgétaire très restreint que vous avez réservé à cet effet.

Cela n'a pas de sens

- de mener une politique d'économie et de restriction systématique pour les prestations techniques (à tel point que plusieurs secteurs des soins technico-spécialisés sont actuellement confrontés à de graves difficultés)
- ou d'adopter des mesures draconiennes pour lutter contre la surconsommation (les dispositions qui viennent d'être publiées concernant les "montants de référence" et votre projet portant sur la responsabilisation individuelle s'accompagnant d'une politique très répressive)

sans prévoir, dans le même temps, des impulsions positives pour les prestations purement intellectuelles (consultations et honoraires de surveillance). Du reste, la distinction que vous faites régulièrement entre les prestations intellectuelles et dites techniques (comme s'il s'agissait de prestations "non intellectuelles") appartient à un mythe et est tout à fait artificielle. Le problème est que vos mesures d'économies perpétuelles combinées aux moyens insuffisants alloués au financement des hôpitaux conduisent à une situation où la plupart des activités médico-techniques sont désormais déficitaires ou le deviendront immanquablement à brève échéance. Du reste, les tarifs de la nomenclature belge sont ridicules au regard de ceux de pays limitrophes comme l'Allemagne et la France. Dans le cadre de congrès européens comme celui de l'European Society of Cardiology à Berlin (1.9.2002), on rit des tarifs belges.

Les "honoraires" des prestations purement intellectuelles (y compris celles qui viennent d'être revalorisées) se situent bien en deçà du niveau résistant encore à toute comparaison sociale, même avec les rémunérations de professions beaucoup moins qualifiées. Nous vous rappelons que l'ABSyM avait demandé une adaptation d'au moins 30 %, réalisable en 3 phases étalées sur trois ans, pour les prestations purement intellectuelles (consultations et surveillance).

Nous apprenons que le groupe des généralistes exige maintenant d'emblée une augmentation de 40 %. Le travail intellectuel du spécialiste est au moins équivalent à celui du généraliste.

Pour en revenir à la mesure qui est entrée en vigueur le 1.9.2002 : il est clair que cette mesure instaure une discrimination qui accentue en fait tous les aspects de la problématique évoquée plus haut. Les médecins agréés comme médecins spécialistes en médecine interne bénéficient à juste titre d'une augmentation de 7,5 %. Les cardiologues (qui ont dû subir toute une série de diminutions), les gastro-entérologues (à qui l'on refuse encore la compensation du coût très élevé

de la stérilisation) et les pneumologues ont été oubliés. Cela n'est pas raisonnable. L'acte intellectuel de ces trois disciplines n'a pas moins de valeur que celui du spécialiste agréé comme interniste, d'autant que celui-ci a accès à la même nomenclature de prestations médico-techniques. Où est la logique? La réalité est que les services de cardiologie, de gastro-entérologie et de pneumologie sont globalement dans le rouge. La pression économique est particulièrement forte sur les spécialistes agréés comme cardiologues, gastro-entérologues ou pneumologues (6 ans de formation), pour qu'ils préfèrent l'agrégation en tant qu'interniste (5 ans de formation). En effet, leurs confrères internistes-cardiologues, internistes-gastro-entérologues ou internistes-pneumologues bénéficient depuis le 1<sup>er</sup> septembre de la préférence absolue de leur gestionnaire d'hôpital. Le revers de cette mesure insuffisante sera par conséquent que les nouvelles formations dans ces trois disciplines vont tout simplement être désertées et que ces disciplines seront à terme totalement abandonnées.

D'aucuns dans les rangs des unions professionnelles concernées réclament qu'un recours soit introduit devant le Conseil d'Etat contre cette mesure du 1<sup>er</sup> septembre. Une rapide analyse de la situation juridique montre que les moyens pour le faire ne manquent pas, d'autant plus que vous avez vous-même écrit dans une lettre datée du 23.7.2002 adressée au Dr Y. Avontroodt que vous n'êtes effectivement pas en mesure de faire la différence entre les internistes exerçant la cardiologie, d'une part, et les cardiologues, d'autre part. En outre, il est bien connu que plus de la moitié des dépenses de la nomenclature pour la cardiologie ne peut pas être attribuée aux cardiologues (y compris les internistes-cardiologues), mais bien à un éventail très large de disciplines, dont les médecins généralistes.

Il est également vrai que seuls les véritables cardiologues ou internistes-cardiologues, les véritables gastro-entérologues ou internistes-gastro-entérologues ainsi que les véritables pneumologues ou internistes-pneumologues effectuent les véritables consultations spécifiques de cardiologie, de gastro-entérologie ou de pneumologie. En fin de compte, il s'agit bien, pour le patient, de bénéficier du véritable examen clinique que lui-même ou son médecin généraliste attend.

Par conséquent, nous estimons qu'il serait plus judicieux, comme vous l'avez dit, de ne pas faire de distinction, et ce par une mesure simple consistant à porter les tarifs des honoraires des consultations de ces trois disciplines internes au même niveau que celui des spécialistes de médecine interne.

Nous vous remercions d'avance pour l'attention que vous réservez à la présente lettre et nous vous prions de croire, Monsieur le Ministre, en l'expression de notre considération distinguée.

Au nom du Comité directeur réuni en séance plénière

Prof. Dr J. GRUWEZ  
Président

---

#### **Suite de la lettre à M. F. VANDENBROUCKE – 20.9.2002**

P.S. : Dans votre lettre du 23.7.2002 adressée au Dr Y. AVONTROODT, vous avez également déclaré que l'échocardiographie est fréquemment réalisée par des non-médecins (techniciens, infirmiers) et que cela, selon vos références de la littérature, donne lieu à des examens de bonne qualité. Pourriez-vous nous faire savoir où précisément et dans quelles circonstances ces examens sont ainsi effectués? Nous aimerions également connaître les références exactes des articles auxquels vous faites allusion. Nous vous remercions d'avance de bien vouloir nous répondre rapidement.

---



## MECENATS EN FAVEUR DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE MEDICALE

### **PRIX SPA FOUNDATION - "The Original Spa Water" 2003**

Montant: 40.000.- EUR

Le Prix international Spa Foundation "The Original Spa Water", couronne tous les deux ans une contribution originale ayant pour thème "L'eau à travers le cycle de la vie". Le Prix 2003 est réservé au domaine "Eau et Croissance" et récompensera des travaux dans le domaine du métabolisme de l'eau chez le nouveau-né et le prématuré.

Date limite pour l'introduction des candidatures: 1er novembre 2002.

### **PRIX FONDATION van GYSEL**

Montant: 100.000.- euros.

Ce prix triennal, à l'intention des chercheurs des pays membres de l'Union européenne, est destiné à favoriser le développement de la recherche biomédicale en Europe.

Date limite pour l'introduction des candidatures: 31 décembre 2002.

Toutes précisions concernant les prix SPA FOUNDATION et van GYSEL peuvent être obtenues auprès du Fonds National de la Recherche Scientifique, rue d'Egmont 5 à B - 1000 Bruxelles; tél. (32-2)504.92.40; fax (32-2) 504.92.92; e-mail: mjsimoen@fnrs.be

### **Soutien de FORTIS Banque Assurance à la recherche cancérologique.**

FORTIS Banque Assurances prolonge son aide au profit de la recherche cancérologique en Belgique. Les contrats de recherche de ce nouveau programme de financement, auquel est alloué un budget total de 2.602.882 EUR (105 millions BEF), débuteront le 1er octobre 2002 pour s'achever le 30 septembre 2005.

Toutes précisions concernant ce prix peuvent être obtenues auprès du département Marketing, Communication & Sales, à l'adresse suivante: Willy Bantuelle, 1EA1A (code postal interne), rue du Fossé-aux-Loups, 48, 1000 Bruxelles; tél. : (32-2)228.95.60; fax: 02/2284140; e-mail: willy.bantuelle@fortisbank.com

### **Prix Prof. Pierre RIJLANT**

Montant : 5.000,- euros.

Ce prix triennal récompense un travail original dans le domaine de la physiologie cardiaque.

Date limite pour l'introduction des candidatures : 31 décembre 2002.

### **Prix FONDATION Octave DUPONT**

Crédit de recherches : 12.500,- euros.

Ce prix vise à récompenser et à encourager la recherche fondamentale dans le domaine de la physiologie et de la physiopathologie, humaines et animales.

Date limite pour l'introduction des candidatures: 31 décembre 2002.

### **PRIX Dr. Monique GOVAERTS**

Montant: 3.720.- euros.

Ce prix triennal récompense des travaux d'ordre médical ayant pour objet l'étude épidémiologique, le diagnostic, le traitement ou la prévention des intoxications, y compris les travaux visant à améliorer la sécurité des produits impliqués dans les intoxications.

Date limite pour l'introduction des candidatures: 31 décembre 2002.

### **PRIX DE LA FONDATION DE PHYSIOPATHOLOGIE Prof. Lucien DAUTREBANDE**

Montant: 125.000.- euros.

Ce Prix international est destiné à récompenser une œuvre de physiologie humaine ou animale, ayant de préférence des implications thérapeutiques. Son rôle est de permettre au(x) titulaire(s) la continuation de recherches déjà suffisamment avancées pour qu'elles méritent une aide et une récompense substantielles.

Date limite pour l'introduction des candidatures: 15 septembre 2003.

Toutes précisions concernant les prix RIJLANT, DUPONT, GOVAERTS et DAUTREBANDE peuvent être obtenues auprès de l'Académie royale de médecine de Belgique, rue Ducale 1 à 1000 - Bruxelles; tél : (32.02)550.22.55 ; fax: (32.02)550.22.65 ; site internet : <http://www.armb.be>; e-mail: [academie.de.medecine@beon.be](mailto:academie.de.medecine@beon.be)

## REUNIONS SCIENTIFIQUES

**Service de chirurgie cardio-vasculaire – Université de Liège, CHU du Sart-Tilman**  
**Réunions mensuelles 2002-2003**  
**Salle des Colloques A – Bloc Central, Niveau +2 à 18 h 30**

**Accréditation : 20 points**

- Vendredi 4 octobre 2002 : Le postopératoire en chirurgie cardiaque  
Vendredi 29 novembre 2002 : Victimization et soins de santé  
Vendredi 20 décembre 2002 : Traitement et suivi des anévrismes disséquants de type III  
Vendredi 24 janvier 2003 : Indicateurs de qualité en circulation extracorporelle  
Vendredi 14 février 2003 : Traitement antithrombo-embolique après chirurgie valvulaire  
Vendredi 28 février 2003 : Pour une chirurgie de l'anévrisme de l'aorte abdominale basée sur l'évidence  
Vendredi 14 mars 2003 : Physiopathologie du système vasculaire : corrélations cliniques  
Vendredi 28 mars 2003 : Indications et limites de la technique "sleeve resection" en pathologie tumorale pulmonaire  
Vendredi 25 avril 2003 : Le traitement chirurgical de l'arythmie complète  
Vendredi 16 mai 2003 : Les abords artériels en dessous du pli de l'aîne  
Vendredi 20 juin 2003 : Les pontages extra-anatomiques

---

**Conference "Augmenting Health Economic Evaluations –  
Additional criteria and policy demands?"  
Monday October 21, 2002 – ANTWERPEN**

For further information : Sandra Verheij, UFSIA – tel: 03-220.40.32 – fax: 03-220.40.26 – e-mail: sandra.verheij@ua.ac.be

---

**3e Symposium Pluridisciplinaire  
"La prise en charge du patient toxicomane "  
Vendredi 25 octobre 2002 – Espace del Goutte à Ophain Bois-Seigneur-Isaac**

**programme:**

- 08.15: inscription- accueil  
08.45: introduction Dr. J. Clamot (CHJL)  
09.00: quelles drogues et quels effets ? Prof. J.-B. Gillet (UCL - Mont Godinne)  
09.30: critères psychiatriques de la dépendance et UROD Dr. E. Fontaine (Charleroi)  
10.00: discussion  
10.30: pause-café  
11.00: ce que dit la loi aujourd'hui à propos de la toxicomanie Mr. Th. Marchandise Procureur du Roi à Charleroi  
11.30: risques infectieux Dr. G. Derue (CHJL)  
12.00: discussion  
12.30: lunch et visite des stands  
14.00: la prise en charge initiale et ses pièges Prof Ph. Lheureux (ULB - Erasme)  
14.30: prise en charge anesthésique et analgésie Dr. G. Hartstein (Ulg)  
15.00: pause-café  
15.20: tolérance, sevrage et autres problèmes d'analgésie-sédation aux Soins Intensifs Prof. Ph. Hantson (UCL- St Luc)  
15.50: grossesse et toxicomanie Dr. P. Barlow (ULB- St Pierre)  
16.10: du bon usage de la méthadone: du guideline à la pratique clinique Dr. J. Fakih (UCL)  
16.30: discussion  
17.00: fin

**organisateur:** Département SI-SU et Anesthésie des C.H. de Jolimont-Lobbes et de Tubize-Nivelles

**accréditation:** 40 UFC en Ethique (rubrique 6) et 30 UFC en rubrique 2

**inscription:** par virement de 50 euros au cpte 035-3015704-15 du départ. avec mention nom et adresse

**renseignements:** Dr. J. Clamot tél: 071/59.93.01 fax: 071/59.94.40 e-mail: jacques.clamot@wanadoo.be

**International College of Surgeons – Belgian Section – 20th annual symposium  
Jodoigne, Ferme de la Ramée – December 13, 2002**

-----  
FROM ANATOMY TO VIRTUAL  
THE TECHNOLOGIES OF THE THIRD MILLENIUM  
A REAL PROGRESS FOR THE PATIENT ? AT WHAT COST ?  
-----

- Better imaging for better treatment ?
- Hopes for better treatment by new techniques ?
- Has treatment been improved ?
- Can we deprive patients from new technologies ?

Secretariat : Dr. M. TIMMERMANS, 24A, avenue Abbé Huyberegts, B-1340 OTTIGNIES Tel.: 010/41.38.84

---

**International Consensus Conference (ICC)  
on "Challenges in End-of-Life Care in the Intensive Care Unit "  
Brussels - 24-25 April 2003 (Experts presentations) and 26-27 April 2003 (Jurors deliberations)**

**OBJECTIVES** : The purpose of a Consensus Conference is to produce an informed debate on a limited subject presented in the form of 5 main questions, with the aim of evaluating available scientific information and to advance understanding of the issue in question. It consists of a two-day conference, during which experts from different disciplines and/or from different schools make short presentations, aimed at answering the 5 questions previously defined by the Scientific Advisors. Prior to the conference, the jury, made up of 11 non experts in the field, is provided with background documentation about the presentations to be made by the experts. After attending the Conference, the jury meets up over two days, in order to prepare a Consensus statement on the issues raised.

The Consensus text may then be published by the 5 organising societies (ATS AMERICAN THORACIC SOCIETY – ERS EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY – ESICM EUROPEAN SOCIETY OF INTENSIVE CARE MEDICINE – SCCM SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE – SRLF SOCIETE DE REANIMATION DE LANGUE FRANÇAISE).

**THE QUESTIONS TO BE ANSWERED**

- 1 Is there a problem with End-of-Life care in the ICU?
- 2 What is the "epidemiology" of death in the ICU?
- 3 Who takes the decision to limit life sustaining treatments in the ICU?
- 4 What explains the differences between countries and cultures regarding End-of-Life care in the ICU?
- 5 What is the optimal care for patients dying in the ICU?

For any further information : ESICM – Av Joseph Wybran 40 1070 Brussels – Tel: + 32 (0)2 559 03 50 Fax: + 32 (0)2 527 00 62 – E-mail [public@esicm.org](mailto:public@esicm.org) – Internet <http://www.esicm.org>

---

**GASTROENTEROLOGY AND ENDOTHERAPY : XXIst EUROPEAN WORKSHOP  
Brussels Exhibition Centre (Heysel) – Monday, June 16 to Wednesday, June 18, 2003**

This course is designed for endoscopists, gastroenterologists, physicians in training as well as for GI nurses. It will include live video demonstrations permitting interchanges between faculty and registrants during procedures, using interactive personal computer assistance, lectures and quizzes. The procedures will be performed by expert endoscopists in collaboration with radiologists, pathologists and surgeons of the Brussels Faculty.

The aim of these demonstrations is not only to show the new devices and tricks for succeeding in each type of therapeutic procedures, but above all to explain clearly how to avoid the complications related to therapeutic endoscopy and to offer attractive and interactive discussion on practical case management.

OFFICIAL LANGUAGE: ENGLISH (no simultaneous translation)

For any further information :

Administrative Secretariat, Mrs Nancy BEAUPREZ  
Gastroenterology Department, Erasme Hospital, Route de Lennik 808, B-1070 BRUSSELS  
TEL : + 32(0)2 555 49 00 - FAX: + 32 (0)2 555 49 01 - E-mail: [beauprez@ulb.ac.be](mailto:beauprez@ulb.ac.be)

## ANNONCES

- 02028 **ARLON** : Cabinet de sénologie cherche **RADIOLOGUE** avec **COMPÉTENCE EN SÉNOLOGIE**. Pour tout renseignement, contacter le Dr Nagoda Niklewicz au 0495/51.53.68 – fax : 063/23.98.39.
- 02042 **NAMUR** : Service de neurologie Clinique Sainte-Elisabeth engage **TECHNICIEN EN NEUROPHYSIOLOGIE** mi-temps : tél. : 081/46.06.39 après 20 h.
- 02043 **NAMUR** : Service de neurologie Clinique Sainte-Elisabeth engage, pour 6 mois ou 1 an à partir du 1.9.2002, **MÉDECIN GÉNÉRALISTE** full-time : tél. : 081/46.06.39 après 20 h.
- 02058 **ANESTHÉSISTE** avec formation cardio cherche emploi. Contacter la rédaction
- 02059 **A VENDRE**: fichier OEDIM – 8 tiroirs avec compartiment RX, sur roulettes – Comme neuf, 160,00€ – tél.02.428.55.85.
- 02060 **FRANCE (LOT)** : A.R.S.E.A.A. "Les Sources de Nayrac" recherche Ⓞ **PÉDOPSYCHIATRE** pour le service de soins et d'éducation spécialisée à domicile, 6–18 ans, T.C.C. – Déficients intellectuels, 6 heures hebdomadaires, convention collective nationale du 15 mars 1966 – Ⓞ **PÉDOPSYCHIATRE, DIRECTEUR TECHNIQUE** pour consultations thérapeutiques, centre d'action médico-sociale précoce polyvalent, 0-6 ans, 6 heures hebdomadaires, convention collective nationale du travail du 15 mars 1966  
Adresser candidatures et C.V. à Madame CORONA-MOLINA, S.S.E.S.D. "Les Sources de Nayrac", Avenue de Nayrac, 46100 FIGEAC, France – Tél. : 00.33.5.65.34.11.49 – Fax : 00.33.5.65.34.24.00 – E-mail : ml.corona@voila.fr
- 02061 **HAINAUT OCCIDENTAL** : **RADIOLOGUE** privé cherche collaborateur(s) et/ou repreneur(s). Tél. : 0474.88.29.85 après 19 h.
- 02062 **LIEGE** : cherche 2 collaborateurs dynamiques en vue de reprendre progressivement cabinet privé, fonctionnant sur base de 14 demi-journées/semaine, dans une région en pleine expansion. Plateau technique tout à fait moderne. Salle d'opérations + phaco attenante au Cabinet. Modalités de reprise progressive mises au point par un réviseur d'entreprises et garantissant, au repreneur, de fonctionner sans emprunt. Opportunité vraiment intéressante d'avoir rapidement une **CLIENTELE MEDICO-CHIRURGICALE** importante. Ecrire au bureau du journal.
- 02063 **CHARLEROI** : Centre de guidance, cherche 1 **PEDOPSYCHIATRE**, 20 h/semaine, à partir du 1.10.2002. Envoyez CV à C. Deltour, Centre de Guidance, 40 rue Léon Bernus – 6000 Charleroi. Tél. : 071/31.63.78.
- 02064 **NAMUROIS** : CHR 365 lits aigus et SP région namuroise engage **PSYCHIATRE** (h/f) 6/10<sup>e</sup> ETP, adjoint au Service de psychiatrie, à partir du 1.9.2002. Ecrire, avec CV, au Dr P. Janssens, Directeur Médical CHR Val de Sambre, rue Chère Voie 75, 5060 Sambreville ou par e-mail : paul.janssens@mail.chrvs.be.
- 02065 **BRUXELLES**: Le CBIMC, Centre Belge pour Enfants Infirmes Moteurs Cérébraux, engage un **PEDOPSYCHIATRE** 8 H / sem. Travail en équipe multidisciplinaire, contacter le Dr Henrot, 02/7354503.

## Table des matières

• L'avenir de la médecine spécialisée en 2002 .....	1
• Remarques suite à l'intervention en commission du Sénat sur la "Pénurie de certaines catégories de médecins spécialistes" de Mme Mia de Schamphelaere (CD&V) .....	13
• Consultation du médecin spécialiste au domicile ou à la résidence du malade .....	17
• Modification de la durée de la formation en pneumologie .....	18
• Loi relative à l'euthanasie .....	18
• Troubles du développement psychomoteur – INAMI – Recommandations et standards – Nomenclature (M.B. du 29.6.2002).....	19
• Au Moniteur .....	20
• La troisième loi sur les soins de santé – Loi du 22 août 2002 portant mesures en matière de soins de santé (M.B. 10.09.2002) .....	20
• Adaptation des consultations .....	23
• Mécénats en faveur de la recherche scientifique médicale .....	25
• Réunions scientifiques .....	26
• Annonces .....	28