

RAPPORT ANNUEL 1999 G.B.S.
Dr Marc MOENS
Secrétaire général
05.02.2000

COLOUR BLIND

UNDER THE RAINBOW

**Un aperçu de l'année socio-politique
dans le domaine de la médecine
spécialisée en Belgique**

TABLE DES MATIERES

I.	La poule et l'oeuf : un tremblement de terre politique.....	1
1.	13 juin 1999. Fédéral, communautés et Europe : élections à tous les niveaux	1
1.	La Campagne	1
2.	La liste des desiderata des médecins	4
3.	La crise de la dioxine	5
4.	L'heure de la vérité	6
2.	Qui obtient quoi dans les matières médico-sociales?	7
3.	Le retour de Frank VANDENBROUCKE, ministre des professions nobles.....	7
4.	Après la chute de la Commission européenne : Magda AELVOET	9
5.	Reste-t-il du bleu dans l'arc-en-ciel?	10
6.	Qu'advient-il du "splittings"?	11
II.	Concrétisation difficile de l'accord médico-mutualiste du 15 décembre 1998.....	12
1.	84 % des médecins acceptent l'accord 1999-2000	12
2.	Estimation des besoins.....	15
3.	Le Budget	17
4.	Vermassen et Lenssens continuent à empoisonner les négociations	20
1.	Sous le gouvernement DEHAENE : création d'un problème.....	20
2.	Sous le gouvernement VERHOFSTADT : chercher et, espérons-le, trouver une solution	21
5.	Indexation linéaire et accord pour la biologie clinique 1.12.1999.....	22
6.	Accréditation	23
1.	Intention d'élimination de la double réglementation	23
2.	Evaluation cinq ans après sa mise en oeuvre.....	23
3.	Commission d'appel de l'accréditation	24
4.	Nombre de médecins accrédités au 1er février 2000.....	25
III.	La partie d'échecs du contrôle médical	26
1.	Nomenclature, interprétation et sécurité juridique.....	26
2.	Frictions à propos de "Qui interprète?"	27
3.	Vers un renforcement de la sécurité juridique?	28
4.	Encore un nouveau bout de loi.....	28
5.	Quelques-uns des nombreux dossiers de nomenclature.	29
1.	La consultation du médecin spécialiste au domicile du malade à la demande du médecin (généraliste) (103014) : une solution en vue ?	29
1.	La chasse aux ophtalmos et dermatos.	29
2.	Il n'y pas d'abus	30
3.	Le problème juridique.....	31
4.	Notre point de vue.....	31
2.	Article 17 bis § 2 : jurisprudence gênante ?	32
3.	Anesthésie "ohne Papiere"	32
4.	L'avis (109112)	33
IV.	Le "contentieux" judiciaire du Groupement.....	34
1.	Article 139 bis de la Loi sur les hôpitaux.....	34
1.	Arrêt de la Cour d'arbitrage.....	34
2.	... et ses suites?	34
2.	Cour d'arbitrage : Vermassen-Lenssens.....	35
3.	Loi sur les pratiques non conventionnelles	36
4.	Conseil d'Etat : l'oncologie	36
5.	Et les radiothérapeutes-oncologues?	37
6.	Les critères généraux pour la formation et l'agrément des médecins spécialistes et la biologie clinique	37
7.	Commission d'agrément de la médecine d'urgence.....	38

8.	En bref.....	38
V.	Urgences – SMUR – Soins intensifs : lentement mais sûrement, mais très lentement....	38
	1. Absolution générale.....	38
	2. Négociations GBS-BeCEP	41
	3. Le groupe de travail ad hoc relatif aux critères de participation aux activités de la fonction soins d'urgence spécialisés.....	41
	4. Et pour finir ... le financement.....	42
VI.	Formation et agréation des médecins spécialistes	42
	1. Le Conseil Supérieur des Médecins Spécialistes et des Médecins Généralistes.	42
	2. Modifications de l'Arrêté de base (A.R. du 21.04.1983).....	43
	3. Les nouveaux critères généraux de formation et d'agréation (A.M. du 30.04.99 - M.B. du 29.05.99).....	44
	4. Les commissions d'agréation.....	46
	5. Nouveaux critères particuliers.....	47
	1. L'oncologie et l'oncologie médicale.....	47
	2. La néonatalogie	49
VII.	Les "Collèges des Médecins"	50
VIII.	Le débat sur l'euthanasie et le projet de loi sur l'euthanasie	51
	1. Les débats au Comité de bioéthique	51
	2. Un éventail de propositions de loi.....	52
	3. La "première mondiale" du 20 décembre 1999 : la proposition de loi de la majorité.....	53
	1. L' "euthanasie juridiquement contrôlée"	53
	2. Doute et traitement médical	53
	3. Juridisme?.....	55
	4. Euthanasie et l'assureur	56
	5. Euthanasie et INAMI	56
	6. Brève analyse du texte	57
	1. Définition.....	57
	2. Dispositions dans le chef du patient.....	57
	3. Obligations préalables du médecin	58
	4. Réactions et positions des médecins.....	59
	1. ABSyM.....	59
	2. ASGB.....	60
	3. G.B.S.....	61
	4. Ordre des médecins.....	62
	5. Le quatrième pouvoir : réactions dans les médias.....	62
IX.	Ce que nous traiterons probablement au 03.02.2001, c'est-à-dire au prochain millénaire	64
	1. L'algologie	64
	2. Responsabilité médicale.....	64
	3. Pharmanet et les médicaments	64
	4. Gynécologie.....	65
	5. Les mutuelles.	65
	6. Les ophtalmologues	66
	7. Le rapport PEERS	66
	8. La carte SIS.....	66
X.	Conclusion.....	67

I. LA POULE ET L'OEUF : UN TREMBLEMENT DE TERRE POLITIQUE

I.1. 13 juin 1999. Fédéral, communautés et Europe : élections à tous les niveaux

I.1.1. La Campagne

Initialement, la campagne électorale de 1999 ressemblait de manière suspecte à la précédente. Le Président du SP, Fred ERDMAN, veut que son parti se retrouve dans tous les gouvernements et Louis TOBBACK devient tête de liste du SP. Le CVP pousse le premier ministre Jean-Luc DEHAENE vers l'avant. Pour le VLD, c'est maintenant ou jamais avec Guy VERHOFSTADT. En Belgique francophone, il y a très rapidement des tentatives d'approches entre Louis MICHEL et le P.S. Le PSC en déclin passe à l'arrière-plan bien que l'(ex-)président du CVP, Marc VAN PEEL, affirme dès le départ qu'il veut être dans le gouvernement avec les francophones.

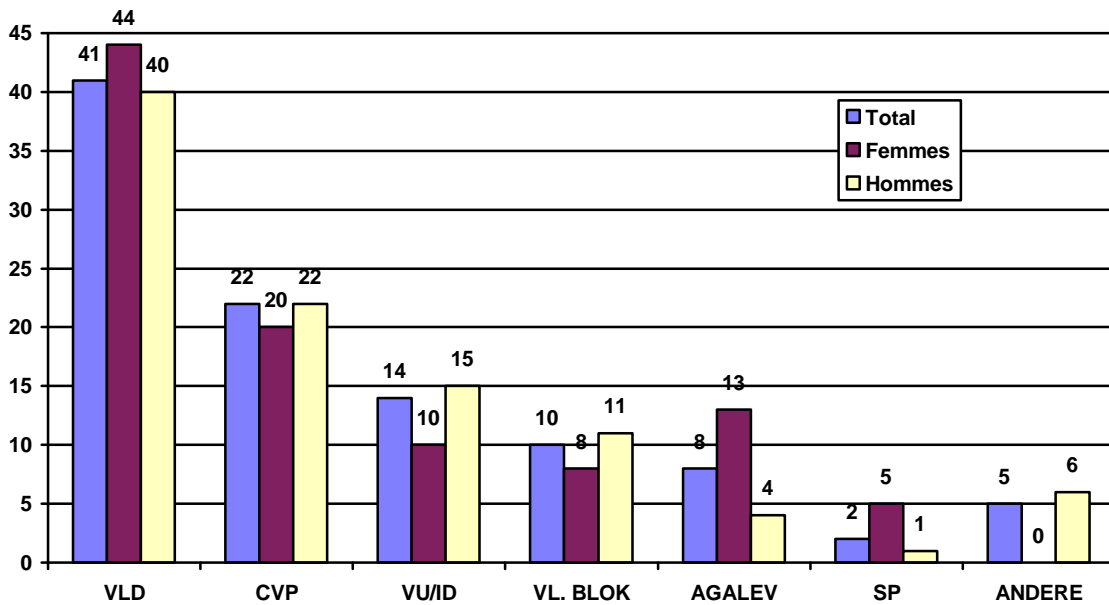
L'affaire DUTROUX ne semblait avoir été qu'un petit intermède et l'affaire de corruption Agusta une entrefilet pour les livres d'histoire.

Une enquête menée par le Journal du Médecin ¹ concernant les intentions de vote aux élections parlementaires du 13 juin 1999 a montré que les médecins votaient en faveur du parti libéral : 56 % PRL et 41 % VLD. Les chrétiens-démocrates arrivent en deuxième position en Flandre avec 22 % des voix pour le CVP tandis que le PSC arrive en troisième place en Belgique francophone avec 14 %.

En ce qui concerne les partis verts, il y a une nette différence entre les deux communautés linguistiques : 17 % des médecins votent ECOLO tandis que seuls 8 % votent AGALEV. Ce sont principalement les femmes médecins qui votent vert. Il est clair que les médecins se méfient des partis socialistes et qu'ils donnent la préférence à une coalition bleu-orange (cf. graphiques 1a et 1b).

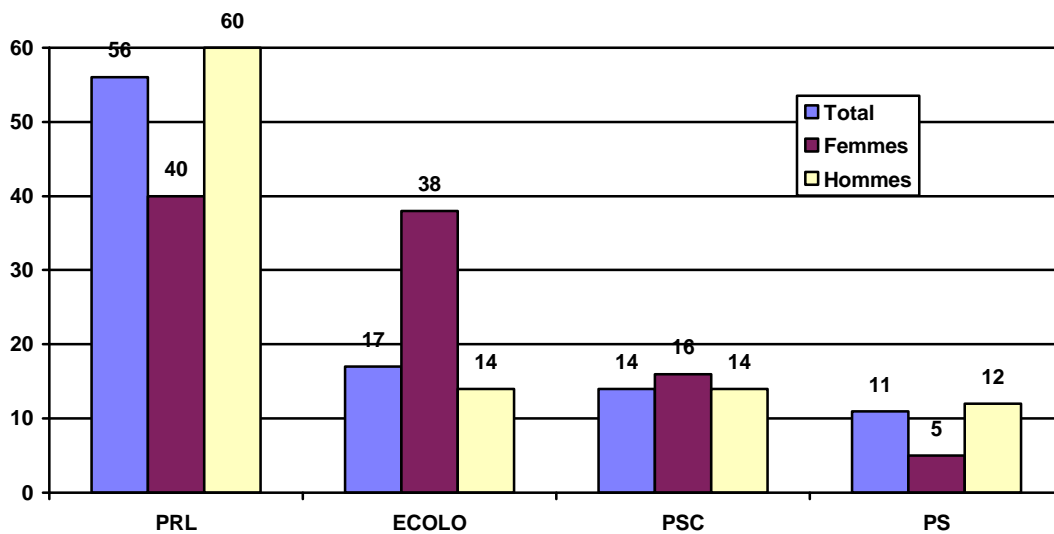
¹ Le Journal du Médecin n° 1171, 1172 et 1173 des 12, 16 et 19 mars 1999

Intentions de vote des médecins néerlandophones



Graphique 1a

Intentions de vote des médecins francophones



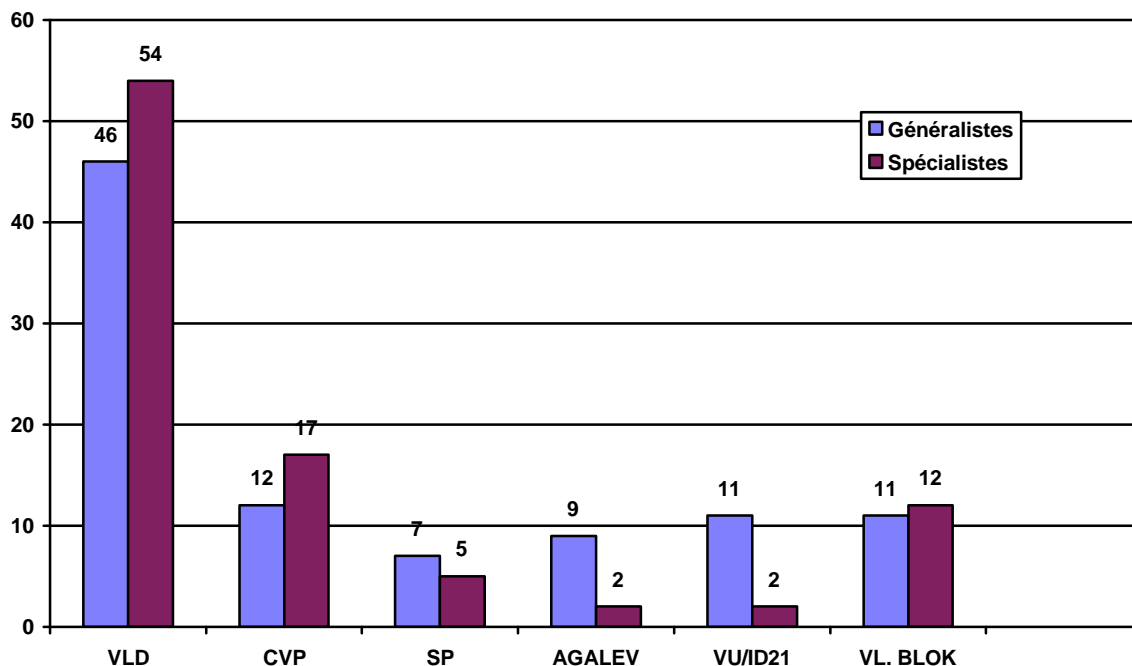
Graphique 1b

Une autre enquête ² réalisée juste avant les élections rapporte des intentions de vote analogues. Cependant, cette fois, on relève des divergences assez significatives entre les intentions des généralistes et celles des spécialistes. Côté flamand, 54 % des spécialistes votent pour les libéraux (VLD) contre 46 % des généralistes. Côté francophone, pas moins de 75 % des spécialistes votent pour le PRL contre 51 % des généralistes (cf. graphiques 2a et 2b).

² Le Généraliste, 9 juin 1999

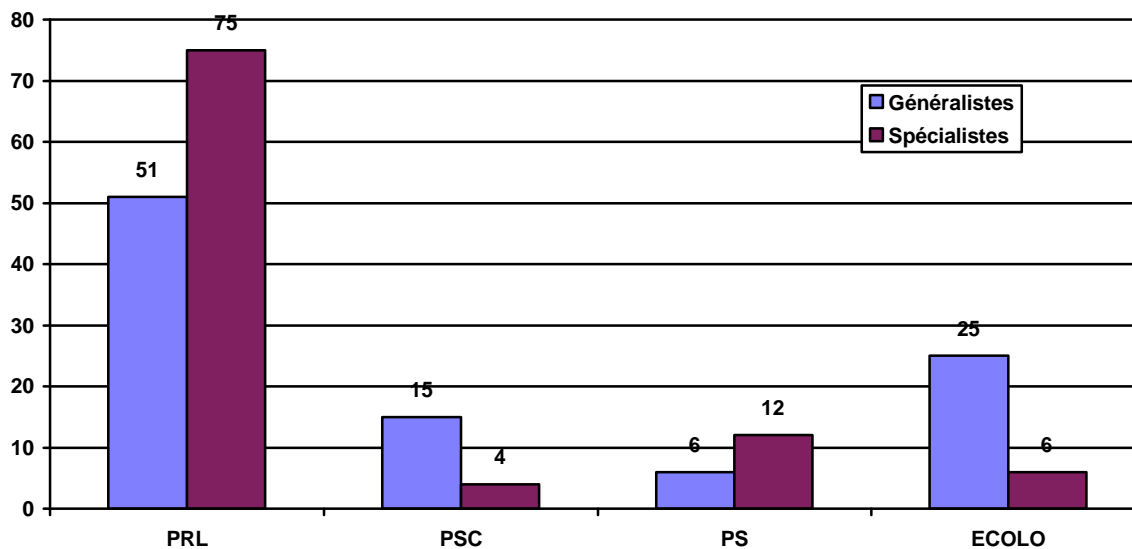
En Flandre, la VU/ID21 est relativement bien appréciée chez les généralistes (11 %) mais elle ne l'est guère chez les spécialistes (2 %). Cela a certainement quelque chose à voir avec le président (qui a quitté ce poste depuis) Patrik VAN KRUNKELSVEN qui, en sa qualité de médecin généraliste, est partisan de l'inscription obligatoire du patient chez un généraliste.

Intentions de vote des médecins néerlandophones



Graphique 2a

Intentions de vote des médecins francophones



Graphique 2b

En ce qui concerne les chrétiens-démocrates, on note une différence significative entre les groupes linguistiques chez les spécialistes : 17 % des spécialistes flamands votent CVP mais seuls 4 % de leurs collègues francophones votent PSC.

La confiance des médecins dans leur ministre de la Santé publique Marcel COLLA est désastreuse : 9 % chez les néerlandophones et 7 % chez les francophones.

Si ce n'est dans le programme du VLD, les "soins de santé" font l'objet de beaucoup d'attention. L'échelonnement et le rôle central du médecin généraliste constituent des priorités pour tous les partis. J.L. DEHAENE a reconnu que, malgré ses interventions personnelles, le "Dossier Médical" n'a pas progressé sous son gouvernement (³).

Un développement des modes de paiement forfaitaires figure au programme de tous les partis flamands (sauf de celui du Vlaams Blok) ainsi que du PS et d'ECOLO.

1.1.2. La liste des desiderata des médecins

Fin mai, les responsables politiques ont reçu une copie du mémorandum que l'ABSyM a remis au formateur. En ma qualité d'auteur, je puis affirmer que les neuf points de ce document recourent parfaitement les desiderata du GBS.

Obtenir une plus grande sécurité juridique avec une réglementation moins importante et une délimitation plus claire des compétences ministérielles constituait le principal souci. Rien de plus compréhensible lorsque l'on sait qu'en 1999, le "Moniteur Belge" a publié 50.560 pages bien tassées avec, presque chaque jour, quelques pages et parfois jusqu'à plusieurs dizaines de pages concernant l'exercice de notre profession.

En l'espace de dix ans, le nombre de pages du Moniteur Belge a plus que doublé (+ 134 % !). De 1998 (42.444 pages) à 1999, le Moniteur a vu son volume augmenter de 19,1 %.

Le bourreau de travail qu'est Marcel COLLA n'y est certainement pas étranger. On peut espérer qu'en l'an 2000, nous retomberons sous la barre des 50.000 pages. En effet, on observe un phénomène récurrent au niveau de l'ardeur à publier de nos gouvernants : trois années de hausse sont toujours suivies d'une année de baisse, à savoir l'année qui suit les élections (cf. tableau).

Le Moniteur Belge	
Année	Nombre de pages
1989	21.634
1990	24.732
1991	30.176
1992	28.212
1993	29.614
1994	32.922
1995	37.458
1996	32.701
1997	35.508
1998	42.444
1999	50.560

³ Interview avec Le Généraliste du 19 mai 1999

"http://moniteur.be/html" constitue dès lors un des sites "favoris" de bon nombre de médecins.

En ce qui concerne les hôpitaux, les discours étaient en faveur de la suppression de l'article 139bis et pour des hôpitaux à taille humaine. Une attention toute particulière doit être consacrée à la médecine spécialisée extra-hospitalière et à la continuité de leurs soins avec les généralistes et les hôpitaux. Le manque de moyens financiers des services d'urgences faisant l'objet de normes excessives a été mis sur le tapis et la différence entre les honoraires et les tarifs de remboursement de l'INAMI a été expliquée dans le contexte de la loi "Vermassen-Lenssens". Les différences existant entre le Nord et le Sud en ce qui concerne la politique du numerus clausus et la surspécialisation ont également été citées. Le rôle douteux des mutuelles qui sont à la fois dispensateurs de soins et assureurs de soins a une nouvelle fois été contesté. Les doutes émis par les médecins quant à la sécurité des données personnelles (médicales) stockées électroniquement ont à nouveau été formulés. En ce qui concerne la formation médicale continue, la tendance est en faveur d'un développement du régime de l'accréditation de l'INAMI pourvu qu'il y ait un financement. Il convient de mettre fin au dédoublement du système avec le "Conseil supérieur des professions de la santé" qui nous a été imposé contre notre gré par Marcel COLLA dans "son" ministère de la Santé publique (⁴, ⁵).

1.1.3. La crise de la dioxine

Le 28 mai 1999, Marcel COLLA déclare à la radio qu'il n'y a rien à signaler à propos des poulets belges. Le même soir, il fait savoir que la viande de poulet doit être retirée des rayons des magasins. Ce produit populiste du socialisme anversois déclenche ainsi une crise économique et politique.

Le 31.5.1999, le premier ministre DEHAENE informe que "sur la base des informations actuellement disponibles", il maintient sa confiance dans son ministre de la Santé publique Marcel COLLA et dans son ministre de l'Agriculture Karel PINXTEN.

Le 3 juin, l'A.R. du 1.6.1999 avec la démission des deux ministres est publié au Moniteur belge. Alors que la campagne électorale bat son plein et que le Parlement a été dissous, les vice-premiers ministres Luc VAN DEN BOSSCHE (SP) et Herman VAN ROMPUY se voient confier, pour quelques jours, en plus de leurs attributions, respectivement la Santé publique et l'Agriculture.

Marcel COLLA, qui est généralement appelé l' "empereur sacristain" depuis le numéro de février 1996 du "Médecin Spécialiste", a pu, grâce aux vacances parlementaires, survivre à l'affaire Tragex-Gel portant sur une possible contamination de la viande de boeuf britannique ayant atterri en Belgique en juillet 1997. La négligence réelle ou non ayant caractérisé le traitement du rapport du vétérinaire VLD André DESTICKERE sur la dioxine a cependant entraîné sa chute. Pour 92 % des médecins, c'est malheureusement arrivé 3 ans et 11 mois trop tard !

⁴ A.R. du 3.5.1999 (M.B. du 24.6.1999) relatif au Conseil supérieur des professions de la santé et à la section accoucheuses du Conseil supérieur des professions de la santé

⁵ A.R. du 16 juin 1999 (M.B. du 8.9.1999) relatif à la section médecins du Conseil supérieur des professions de la santé

Bien que les brochettes de volaille légèrement carbonisées d'un barbecue, accompagnées de tabac (et d'alcool) avant et après, occasionnent certainement davantage de dommages sur le plan de la dioxine que la quantité introduite dans la chaîne alimentaire durant le week-end du 28 mai 1999, et que les risques pour la santé ont probablement été exagérément gonflés ⁶, la crise, qui a d'ailleurs été utilisée à mauvais escient sur le plan international à des fins protectionnistes, a offert aux libéraux et surtout aux verts une occasion rêvée de parvenir au pouvoir, pour les uns, après une traversée du désert de 11 ans et, pour les autres, pour la première fois de leur existence.

1.1.4. L'heure de la vérité

Malgré le fait qu'avec les 562.239 voix qu'il a récoltées, le premier ministre sortant Jean-Luc DEHAENE distance nettement tous les autres hommes politiques, il a endossé la responsabilité de la défaite cuisante du CVP. La fin d'un symbole et d'un régime. La dioxine avait provoqué sa chute et, pour éviter le traditionnel parricide dans ses propres rangs, il s'est retiré de la direction du CVP et il ne siège plus désormais que comme sénateur.

Les libéraux constituent le parti politique le plus important, ce qui n'avait plus été le cas depuis 1884. Les récolteurs de voix Marc VERWILGHEN (VLD : 419.130) et Guy VERHOFSTADT (VLD : 376.082) en Flandre et Louis MICHEL (PRL-FDF-MCC : 266.403, le score sénatorial le plus élevé en Belgique francophone) ont repris les rênes du pouvoir.

A l'issue d'une courte période d'information, au cours de laquelle l'informateur Louis MICHEL a notamment reçu, le 18 juin 1999, une délégation de médecins, parmi lesquels figurait l'auteur du présent rapport, il est clairement apparu que les libéraux ne souhaitent pas gouverner avec le CVP-PSC. Après 45 ans de présence au gouvernement et pour la première fois depuis le gouvernement socialo-libéral de 1954 dirigé par Achilles VAN ACKER, le fondateur de la Sécurité sociale en Belgique, le CVP est renvoyé sur les bancs de l'opposition.

Guy VERHOFSTADT, qui avait d'abord été le formateur du gouvernement flamand, devient formateur au niveau fédéral et, le 14 juillet 1999, il devient premier ministre du nouveau gouvernement fédéral arc-en-ciel réunissant des libéraux (4 VLD, 3 PRL-FDF-MCC), des socialistes (3 SP, 3 PS) et des verts (1 AGALEV, 1 ECOLO) aux postes de ministres et 3 secrétaires d'Etat (1 VLD, 1 AGALEV et 1 ECOLO).

Le 13 juillet, Patrick DEWAEL prête serment comme premier ministre du gouvernement flamand composé de 3 VLD, 2 SP, 2 VU/ID21 et 2 AGALEV.

Les gouvernements francophones comptent un nombre tellement élevé de ministres (17, soit 2 de plus que le gouvernement fédéral) que le président du MCC, Gérard DEPREZ (ex-président du PSC), refuse d'entrer dans "un gouvernement de pygmées". Le gouvernement de la Communauté française se compose de 8 ministres, celui de la Région wallonne de 9 et celui de la Région de Bruxelles-Capitale de 8 (dont 3 néerlandophones).

Pour finir, le gouvernement de la Communauté germanophone compte 3 ministres.

⁶ « Dossier dioxine : gezondheidsrisico misschien overroepen, maar het protest is terecht » Ben NEMERY. Gezondheidsbrief nr. 94; juli 1999

La Flandre est d'avis que la "multiplication étonnante des postes de ministres francophones est d'une impudence inégalée" ⁷.

I.2. Qui obtient quoi dans les matières médico-sociales?

Frank VANDENBROUCKE (SP), qui s'était expressément présenté sur la liste européenne, devient ministre fédéral des Affaires sociales et des Pensions. Magda AELVOET (AGALEV), qui avait annoncé à ses électeurs qu'elle entendait faire partie du Parlement flamand, est nommée ministre fédérale de la Protection de la Consommation, de la Santé publique et de l'Environnement.

Huit excellences, dont sept verts, ont la "Santé publique" ou quelque chose d'approchant dans l'intitulé de leur titre. Outre Magda AELVOET, nous trouvons :

- au gouvernement de la Communauté flamande : Mieke VOGELS (AGALEV) : ministre de l'Aide sociale, de la Santé et de l'Egalité des chances
- au gouvernement de la Communauté française : Nicole MARECHAL (ECOLO) : ministre de la Santé et des Affaires sociales et Jean-Marc NOLLET (ECOLO) : ministre de l'Enseignement fondamental et de la Petite enfance
- au gouvernement de la Région wallonne : Thierry DETIENNE (ECOLO) : ministre des Affaires sociales et de la Santé publique
- au gouvernement de Bruxelles-Capitale : Robert DELATHOUWER (SP), secrétaire d'Etat chargé de l'Aide Médicale Urgente et de la Fonction Publique,
- au gouvernement de la Communauté germanophone : Hans NIESSEN (ECOLO) : ministre de la Jeunesse et de la Famille, des Monuments et Sites, de la Santé et des Affaires sociales et Karl-Heinz LAMBERTZ (SP), Ministre-Président, ministre de la Santé publique, de la Politique des handicapés, des Médias et des Sports

I.3. Le retour de Frank VANDENBROUCKE, ministre des professions nobles

Pour avoir demandé, alors qu'il occupait le poste de président du SP, au trésorier de son parti, Etienne MANGE, de faire brûler cinq millions de francs de la caisse noire du parti, Frank VANDENBROUCKE a été contraint de quitter son poste de vice-premier ministre en mars 1995, lorsque le SP et le PS s'étaient retrouvés mêlés aux affaires Agusta et Dassault. Il a pris un congé sabbatique aux frais de l'Etat belge, qu'il a passé à Oxford d'où il est revenu avec un doctorat et le concept de l' "Etat providence actif" (⁸).

D'aucuns se souviennent certainement de son appel au dialogue qu'il avait envoyé, le 20 octobre 1992, en qualité de président du SP, à tous les médecins flamands. Le président de l'époque de l'ABSyM, Louis BECKERS, l'avait remercié cordialement pour son "dialogue de maître à serviteur" (⁹).

L'ex-sénateur de la VU et généraliste Walter PEETERS lui avait reproché le fait que les socialistes avaient toujours une réaction de rejet, voire de mépris, à l'égard des propositions en faveur d'une utilisation efficace des fonds (¹⁰).

Les mutuelles recevaient en effet des pouvoirs publics, des moyens financiers correspondant précisément à leur "chiffre d'affaires".

Et le syndicat et la mutuelle socialistes avaient pour habitude de financer le SP (¹¹).

⁷ « Realiteit », Bart STURTEWAGEN dans « De Standaard » du 13/07/1999

⁸ « Den Uyl-lezing » Amsterdam 13/12/99 Extraits publiés dans « De Standaard » du 19/12/99

⁹ Lettre ouverte à Monsieur Frank VANDENBROUCKE, Président du SP, ABSyM Bruxelles 02/11/1992

¹⁰ Artsenkrant n° 666, 6 novembre 1992.

En sa qualité de Secrétaire général du GBS, l'auteur du présent rapport avait également adressé une "réponse ouverte" particulièrement critique à VANDENBROUCKE le 3.11.1992 ⁽¹²⁾.

Frank VANDENBROUCKE (° 21.10.1955) perçoit sa nomination au poste de ministre des Affaires sociales quelque peu comme un retour au bercail. Il est effectivement issu d'une famille de médecins : tous ses frères et soeurs comme son père défunt Josué (ex-patron des hôpitaux universitaires de la KUL-Leuven) et sa mère ⁽¹³⁾.

Selon lui, les médecins exercent une "profession noble" mais ils sont dans un système où les incitants conduisent dans la mauvaise direction. Il déplore l'offre excédentaire (à laquelle la KUL n'a pas contribué dans une faible mesure), non pas en raison de la baisse des recettes – "ce n'était pas une bonne motivation" – mais parce que la qualité vient à être menacée. Notre ministre part apparemment du principe que les médecins peuvent parfaitement vivre de la rosée du matin.

Lors de mon premier entretien, le 26.8.1999, avec le ministre fraîchement désigné, nous avons reconnu sans mal quelques-uns des thèmes qui reviendront assurément tout au long de la période gouvernementale. La position centrale du généraliste dans le régime des soins de santé avec le dossier médical qu'il entend informatiser dans les plus brefs délais. Le mode de financement doit être adapté dans le sens d'un paiement mixte par acte et par forfait. La biologie clinique ambulatoire en constituera d'ailleurs la première victime. Dans les hôpitaux, il souhaite coupler les Résumés cliniques minimaux (RCM) aux Résumés financiers minimaux (RFM).

Il entend résoudre la problématique afférente aux suppléments d'honoraires en milieu hospitalier en créant davantage de transparence concernant les coûts et les flux financiers entre les gestionnaires d'hôpitaux et les conseils médicaux de même qu'en s'attaquant à la problématique de la responsabilité civile.

Son principal souci concerne le dossier des médicaments. Le ministre veillera coûte que coûte à maîtriser l'explosion des dépenses.

Bien que Frank VANDENBROUCKE ressente une impression de déjà-vu après son expérience d'Oxford – la réforme de la sécurité sociale de J.L DEHAENE telle qu'elle est décrite dans son "plan clé" ⁽¹⁴⁾ est loin d'être achevée – il déclare ne pas avoir de livre de recettes pour la politique sociale belge ⁽¹⁵⁾.

Encore heureux! L'épidémie de grippe qui a touché la Grande-Bretagne en janvier 2000 a montré de manière hallucinante où on en arrive avec une organisation socialiste des soins de santé, du type du National Health Service (NHS). Officiellement, le rationnement est un mot sale, mais, dans la pratique, les médecins du NHS prennent quotidiennement des décisions sur la base de considérations financières ⁽¹⁶⁾ alors que le fait qu'il soit mis fin à la vie de personnes âgées sans demande préalable occupe le devant de la scène sur la BBC 1. Le premier ministre BLAIR s'est engagé à aligner les dépenses du NHS sur le niveau européen, soit 8 % du PNB. Il n'est pas impossible que VANDENBROUCKE,

¹¹ Het was elke dag knokken » Karel VAN MIERT dans le Knack 15/09/99 (pag. 32)

¹² « Le Médecin Spécialiste » n° 9-10, nov-déc 1992

¹³ « Het is een beetje als thuiskomen » Knack 22 septembre 1999, pag. 14

¹⁴ « Sleutels voor morgen ». Le plan clé DEHAENE; Editions Esopes 1995 Rédaction et Production : Slangen en Partners, Hasselt.

¹⁵ Artsenkrant 1206; 10 septembre 1999, pag. 4

¹⁶ « Griepaanval ontardt in politieke crisis ». De Financieel Economische Tijd, 20/01/2000

comme membre incognito du Labour Party d'Oxford, ait fait partie de la minorité de privilégiés en mesure de s'assurer dans le privé, à moins qu'il n'ait jamais été sérieusement malade durant son séjour. Quoi qu'il en soit, les pistes qui se précisent de plus en plus dans sa politique annoncent des problèmes majeurs dans l'organisation des soins de santé en Belgique : la rationalisation n'est pas très éloignée du rationnement. BLAIR entend atteindre 8 % du PNB. En Belgique, où les dépenses de santé se montent à 7,8 % du PNB, VANDENBROUCKE veut serrer la ceinture et, comme par miracle, il commence chez les médecins. Ceux-ci doivent revoir leurs honoraires à la baisse alors que ce secteur est un des rares qui soient restés dans les limites de leur budget en 1999.

I.4. Après la chute de la Commission européenne : Magda AELVOET

Magda AELVOET (° 4.4.1944), ministre d'Etat depuis 1995, que ses ennemis appellent habituellement la "nonne verte", a siégé au Parlement européen à partir de 1994 et a provoqué pratiquement à elle seule la chute de la Commission SANTER, y compris celle de la très contestée Edith CRESSON.

De formation licenciée en philologie germanique et en sciences politiques et sociales, elle devra, pour l'organisation de la santé publique en Belgique, prendre solidement appui sur les dossiers que l'administration lui préparera. Avec la connexion entre la crise de la dioxine et la santé publique, il est clair que la Protection des consommateurs entre également dans ses attributions, tout comme les droits des animaux. Comme elle fait également partie du cabinet restreint, son agenda est très plein et, de ce fait, il est bien plus difficile d'organiser une rencontre avec elle qu'avec le ministre VANDENBROUCKE, avec lequel elle a élaboré un protocole de collaboration pour éviter les situations de guerre ouverte ou de paix armée qui étaient d'usage, sous le gouvernement DEHAENE 1995-1999, entre Marcel COLLA et Magda DE GALAN.

Après de multiples demandes et grâce au report de rendez-vous pris, le ministre AELVOET est en mesure de recevoir, pour la première fois, une délégation de l'ABSyM le 21.10.1999. Cet entretien minuté est purement formel, comme en attestera son communiqué de presse du 26.10.1999¹⁷. Ou bien la ministre était quand même réellement intéressée, ce qu'on pourrait déduire de l'information ponctuelle de la note détaillée que nous lui avons remise.

Son idéologie est celle de COLLA, mais avec un peu moins de vitriol : le patient doit passer par la première ligne (où le généraliste est encore toléré entre les infirmiers, les kinésithérapeutes, les assistants sociaux, etc.), les soins monodisciplinaires sont proscrits, les médecins-spécialistes ne sont pas mentionnés dans la note, les spécialistes extra-hospitaliers disparaissent complètement des soins de santé (et ce alors que, lors de notre entrevue du 21.10.1999, j'avais expliqué en détail au ministre leur situation et leur rôle irremplaçable dans le paysage des soins de santé), etc.

Sauf à l'ASGB (Algemeen Syndicaat der Geneeskundigen van België), qui, par principe, adopte une attitude conciliante avec les pouvoirs publics, la première déclaration publique d'AELVOET a été vivement critiquée. "Collectiviste, réintroduction du communisme en Belgique?" (ABSyM). "Beaux rêves ne reposant sur aucune concertation" (Vlaams Huisartsenparlement VHP). "Pas besoin de système kolkhozien" (Unie van

¹⁷ Le Médecin Spécialiste, n° 8, novembre 1999

Huisartsenkringen UHAK). "Partant d'un point de vue négatif, comme si les généralistes ne prestaient pas un bon travail" (Syndicaat van Vlaamse Huisartsen)¹⁸. AELVOET souhaite créer, en parallèle avec la législation sur les hôpitaux, un cadre juridique pour la première ligne, avec inscription (¹⁹).

La ministre AELVOET ne parle plus de dossier global, central, général ou tout simplement médical. Elle veut un "dossier de santé" comme instrument utile pour tous les patients.

I.5. Reste-t-il du bleu dans l'arc-en-ciel?

Les médecins qui ont à n'en pas douter contribué à la victoire électorale retentissante des libéraux, restent sur leur faim.

Tant l'idéologie de VANDENBROUCKE que celle d'AELVOET sont diamétralement à l'opposé de la vision de la grande majorité des médecins belges concernant l'exercice de la médecine dans le contexte des soins de santé.

Aussi bien le PRL que le VLD sont à la recherche d'un contrepoids à l'invasion rouge et rouge vif (= vert). S'inspirant peut-être de J.L. DEHAENE, qui, lorsqu'il était premier ministre, a toujours suivi de très près le secteur des affaires sociales et des soins de santé, le premier ministre Guy VERHOFSTADT a créé, au sein de son cabinet, une cellule réunissant des experts et surtout des gens de terrain du secteur de la santé. Plusieurs membres éminents du comité directeur du GBS en font partie. Ce "think tank" est coordonné par le Dr Jan VAN EMELLEN, collaborateur du cabinet de VERHOFSTADT.

Tandis que, par l'intermédiaire des groupes d'intérêts CVP comme les mutualités chrétiennes, le syndicat chrétien, les universités catholiques et Caritas, DEHAENE entretenait des contacts directs avec le secteur, de sorte qu'il était en mesure de peser de tout son poids, tant au sens propre qu'au sens figuré, sur le processus décisionnel dans les départements des affaires sociales et de la santé publique, bien que ceux-ci étaient dans des mains socialistes, l'intérêt des libéraux pour ces secteurs est perçu comme une ingérence dérangeante et non souhaitée, qui a déjà été à l'origine de sérieuses frictions avec Frank VANDENBROUCKE.

Sept mois de gouvernement arc-en-ciel ont déjà conduit à des conflits de couleurs et à des bévues en matière de communication. Le rappel à l'ordre d'AELVOET, qui était en direct devant les caméras de la VRT, par VERHOFSTADT, par GSM, le 31 juillet 1999 concernant une mesure dans le dossier de la dioxine, était dû au fait qu'un ministre nouvellement désigné du cabinet restreint "était arrivé à la barre d'un bateau sans équipage dans une mer en furie". La législation relative à la politique des étrangers, les polémiques avec le ministre PRL des Affaires étrangères, Antoine DUQUESNE, et les récentes décisions prises concernant l'accueil des demandeurs d'asile dans la région anversoise (20 janvier 2000) ressemblaient déjà davantage à un assaut frontal entre le vice-premier ministre et ministre SP du Budget et de l'Intégration sociale, Johan VANDELANOTTE, et le partenaire libéral de la coalition.

La décision de la vice-premier ministre et ministre ECOLO de la Mobilité et des Transports, Isabelle DURANT, d'interdire les vols nocturnes à Zaventem, a également déjà provoqué des éclaboussures de couleurs sur la palette politique.

¹⁸ « Aelvoet zorgt voor opschudding » Artsenkrant 1221, 5 novembre 1999

¹⁹ « Aelvoet wil inschrijving » De Huisarts, 8 décembre 1999

Le soudain intérêt du ministre des Affaires économiques DEMOTTE (PS) pour la responsabilité civile, alors que VANDENBROUCKE et AELVOET travaillent d'arrache-pied à ce dossier, ne sera pas le dernier incident de ce gouvernement. En outre, on est en droit de se demander jusqu'où le premier ministre ira en matière de concessions pour garder les libéraux au pouvoir.

Le Dr Yolande AVONTROODT, parlementaire VLD, a, quoi qu'il en soit, été la première victime sacrifiée sur l'autel du gouvernement bigarré : le 11 juillet, elle était encore pressentie pour occuper la fonction de ministre de la Santé publique et, le 12 juillet, elle devait déjà céder la place à la "grand old lady" d'AGALEV. En guise de consolation, elle devenait présidente de la commission parlementaire de la Santé publique.

Les médecins ont peur, avec le duo VANDENBROUCKE-AELVOET, de tomber d'un mal dans un pire.

I.6. Qu'advient-il du "splitsing"?

Des mauvaises langues prétendent que le quatrième rapport JADOT sur l'application uniforme de la législation dans l'ensemble du pays ⁽²⁰⁾ a été gardé en suspens jusqu'au lendemain des élections parlementaires. Pour éviter des polémiques nord-sud? Pour ne pas encourager d'éventuelles tendances séparatistes?

Fin mai 1999, des données officieuses du rapport ont commencé à circuler. Les réactions étaient prévisibles. "La Wallonie paie pour la Flandre" ⁽²¹⁾ titrait "Le Matin". "Le Soir" attire à juste titre l'attention sur les divergences improbables dans l'exercice de la pratique médicale, plus particulièrement en ce qui concerne les soins aux personnes âgées, non seulement entre les communautés, mais également entre les villes et les arrondissements dans et hors des limites provinciales ⁽²²⁾.

Une étude de la KUL et de l'ULB explique les différences au niveau des dépenses.

La presse flamande a une vision tout autre des choses. "De Tijd" est d'avis que les dépenses explicables ne sont pas synonymes de dépenses justifiées ⁽²³⁾. Et "De Standaard" qualifie la "scission" d'aisée et certainement pas dramatique ⁽²⁴⁾. L'actuel chef de cabinet du premier ministre VERHOFSTADT, Luc COENE, qui était à l'époque sénateur VLD, ainsi que Danny PIETERS, député VU (à l'époque, il n'était encore que candidat) et professeur de droit social à la KUL, ont calculé qu'une scission communautaire de l'assurance-maladie et des allocations familiales n'auraient pas les effets dramatiques que les francophones pressentent pour eux.

Lors du débat parlementaire concernant le rapport JADOT, le 19.1.2000, Frank VANDENBROUCKE a reconnu en termes voilés qu'il subsistait encore des différences communautaires. Il compte s'y attaquer en stimulant une "bonne pratique médicale".

L'éviction du CVP des gouvernements fédéral et de la Communauté flamande a apparemment quelque peu calmé le feu communautaire du côté flamand. Le flambeau sera peut-être maintenant repris par le nouveau président du VLD Karel DE GUCHT. Les discussions qui se sont enflammées entre les partis francophones et flamands du

²⁰ Discussion Conseil général INAMI notes 99/125 et 99/125 add. du 22.11.99

²¹ « Sécu : le sud finance le nord ». Le Matin 28/05/99

²² « Transferts Nord-Sud : le mythe des abus Wallons ». Le Soir 08/06/99

²³ « Noord-Zuidtransfers in ziekteverzekering verminderen niet ». De Financieel Economische Tijd 03/07/99

²⁴ « Vlamingen betalen 14 procent, Franstaligen 16 à 17 procent voor volksverzekering ». De Standaard 5/6/1999

gouvernement concernant l'accord sur le financement de l'enseignement prouvent qu'il n'y a rien de nouveau sous le soleil.

II. CONCRETISATION DIFFICILE DE L'ACCORD MEDICO-MUTUALISTE DU 15 DECEMBRE 1998

II.1. 84 % des médecins acceptent l'accord 1999-2000

Lorsque j'ai mis la touche finale à mon rapport annuel pour l'Assemblée générale statutaire du 6 février 1999, nous ne savions pas encore si l'accord 1999-2000, conclu le 15 décembre 1998, serait accepté. Les médecins avaient en effet jusqu'au 8 février 1999 pour se déconventionner.

Malgré les querelles concernant le dossier médical et la loi "Vermassen-Lenssens", 84 % des médecins ont approuvé l'accord. Il ne fait pas de doute que la récupération du statut social perdu lors de la dénonciation du précédent accord le 10 avril 1998, a joué un rôle : 150 % du montant habituel seraient accordés tant en 1999 qu'en 2000.

Le nouvel article 50 bis de la loi sur l'AMI du 14.7.1994 ("Vermassen-Lenssens")⁽²⁵⁾, qui est entré en vigueur le 1er décembre 1998, a pour effet que les négociations entre les médecins et les mutuelles se déroulent avec le couteau sur la gorge. En effet, si aucun accord n'est trouvé, les tarifs du précédent accord restent en vigueur, sans aucune indexation ou sans aucune extension de la nomenclature aux nouveaux besoins médicaux, et ce pour tous les médecins et pour toutes les prestations, même pour les patients ambulatoires.

Le nombre de refus d'adhésion à l'accord était à peine supérieur à celui enregistré pour l'accord du 3.11.1997 (+ 0,42 %) (voir tableau ci-après).

²⁵ Loi du 25 janvier 1999 portant des dispositions sociales. Moniteur belge 06/02/1999. Articles 121 et 122

MEDICO-MUT : refus de l'accord du 15/12/98 et, en guise de comparaison, refus de l'accord du 03/11/97

	Médecins généralistes		Spécialistes		Total ⁽²⁶⁾ 15/12/98		Total ⁽²⁷⁾ 03/11/97	
	absolu	%	absolu	%	absolu	%	absolu	%
Anvers	173	7,39	455	17,07	628	12,54	618	12,59
Brabant flamand	195	10,21	411	14,65	606	12,85	574	12,50
Flandre occid.	73	4,55	161	9,95	234	7,26	217	6,92
Flandre orient.	94	4,73	432	18,51	526	12,18	515	12,11
Limbourg	40	3,36	137	13,05	177	7,91	158	7,26
Flandre	575	6,37	1.596	15,24	2.171	11,13	2.082	10,92
Bruxelles	685	30,49	846	24,30	1.531	26,73	1.468	25,61
Brabant wallon	202	26,61	233	18,79	435	21,76	409	20,89
Hainaut	428	22,12	183	9,02	611	15,42	575	14,57
Liège	400	19,68	560	23,80	960	21,89	908	21,10
Luxembourg	117	27,86	66	20,18	183	24,50	187	25,76
Namur	102	11,66	103	12,2	205	11,93	207	12,36
Wallonie	1.249	20,74	1.145	16,86	2.394	18,68	2.286	18,13
Belgique	2.509	14,5	3.587	17,29	6.096	16,02	5.836	15,60

²⁶ Source : INAMI Doc CNMM 99/13 du 15.02.99

²⁷ Source : INAMI, annexe au procès-verbal de la réunion de la CNMM du 19.01.98

Nombre de médecins : recensement de l'INAMI à l'occasion de l'accord médico-mutualiste

	15.12.1998 ⁽²⁶⁾			03.11.1997 ⁽²⁷⁾
	Médecins généralistes	Spécialistes	Total	Total
Anvers	2.342	2.666	5.008	4.918
Brabant flamand	1.909	2.806	4.715	4.592
Flandre occid.	1.603	1.618	3.221	3.136
Flandre orient.	1.986	2.334	4.320	4.251
Limbourg	1.189	1.050	2.239	2.176
Flandre	9.029	10.474	19.503	19.073
Bruxelles	2.247	3.481	5.728	5.732
Brabant wallon	759	1.240	1.999	1.958
Hainaut	1.935	2.028	3.963	3.946
Liège	2.033	2.353	4.386	4.304
Luxembourg	420	327	747	726
Namur	875	844	1.719	1.675
Wallonie	6.022	6.792	12.814	12.609
Belgique	17.298 (17.120) ⁽²⁷⁾	20.747 (20.294) ⁽²⁷⁾	38.045	37.414

(26) Source : INAMI Doc CNMM 99/13 du 15.02.99

(27) Source : INAMI, annexe au procès-verbal de la réunion de la CNMM du 19.01.98

Les francophones se déconventionnent pratiquement deux fois autant que les néerlandophones : ± 21 % contre ± 11 %.

En Flandre, les spécialistes sont plus nombreux à refuser l'accord que les généralistes (15,24 contre 6,37 %).

En Wallonie, les généralistes refusent plus souvent la convention que les spécialistes (20,74 contre 16,86 %).

Parmi les différentes spécialités médicales, il y en a trois où plus de la moitié des médecins rejettent l'accord : dermatologie (65,39 %), chirurgie plastique (62,5 %) et ophtalmologie (55,09 %) (cf. tableau)

Nombre de refus de l'accord du 15 décembre 1998 (par spécialité) ⁽²⁸⁾

	Total nombre médecins	Total refus absolu	total refus %
Généralistes 001-002	3.425	242	7,07
Généralistes 003-004	13.019	2.266	17,41
Généralistes 005-006	814	15	1,84
Généralistes 007-009	3	1	33,33
Généralistes (total)	17.261	2.524	14,62
MACS	3.521	22	0,62
Anesthésie	1.374	204	14,85
Chirurgie	1.356	233	17,18
Neurochirurgie	117	26	22,22
Chirurgie plastique	160	100	62,50
Gynécologie-obstétrique	1.184	532	44,93
Ophtalmologie	922	508	55,09
ORL	539	156	28,94
Urologie	307	77	25,08
Orthopédie	800	194	24,25
Stomatologie	296	100	33,78
Dermato-vénérologie	578	378	65,39
Médecine interne	1.915	148	7,73
Pneumologie	256	13	5,08
Gastro-entérologie	333	51	15,32
Pédiatrie	1.205	173	14,36
Cardiologie	678	78	11,50
Neuropsychiatrie	1.417	241	17,01
Neurologie	122	5	4,10
Psychiatrie	371	64	17,25
Rhumatologie	222	41	18,47
Médecine physique/physiothérapie	398	72	18,09
Biologie clinique	687	9	1,31
Anatomie pathologique	240	9	3,75
Radiodiagnostic	1.368	144	10,53
Radiothérapie	132	5	3,79
Médecine nucléaire	289	13	4,50
Total spécialistes et MACS	20.787	3.596	17,30
Total général	38.048	6.120	16,08

Approximativement 45 % des gynécologues ont refusé d'adhérer pour des raisons compréhensibles : un modeste surplus de 11,5 % sur les accouchements ne les a pas fait changer d'avis.

II.2. Estimation des besoins

Depuis notre dernière Assemblée générale, la Commission nationale médico-mutualiste s'est réunie à 13 reprises (15 février, 1er, 8 et 29 mars, 12 avril, 7 et 21 juin, 5 juillet, 18 octobre, 8 novembre, 1er et 13 décembre 1999 et 24 janvier 2000).

Au printemps, la délégation de l'ABSyM à la Médico-Mut a estimé les besoins comme indiqué dans le tableau suivant : ⁽²⁹⁾

²⁸ Source : INAMI. Service des Soins de Santé

²⁹ INAMI. Doc. CNMM 99/34 du 15 juin 1999 et 99/34 add. du 1.7.1999

(en millions de FB)	
<i>Concrétisation des décisions santé publique</i>	
Urgences, soins intensifs, SMUR	1 200
Présence d'un pédiatre aux urgences	100
RMN	500
<i>Actualisation de la nomenclature</i>	
Radiothérapie	1 000
Oncologie multidisciplinaire	180
Pédiatrie	
examen nouveau-né service N*	80
revalorisation actes techniques	40
revalorisation présence grossesses à risque	20
Revalorisation accouchement	660
Introduction consultation anesthésie	39
Consultation à domicile MG, incluant bénéficiaires multiples	1 001
Revalorisation physiothérapie au niveau de la kiné	39
Gériatrie	?
Accréditation : intervention forfaitaire travail dans Glems	100
<i>Autres</i>	
Compensation pour perte de suppléments	2 500
Compensation pour augmentation prime RC	1 000
TOTAL	8 459

Il a aussi à nouveau été demandé que les réunions et les frais de déplacements des Organes de l'accréditation soient financés à partir des frais administratifs de l'INAMI. Le Cartel a fait des propositions comparables mais avec des montants moins élevés en ce qui concerne la médecine spécialisée. Il a mis l'accent sur d'autres points pour la médecine générale, pour laquelle il a demandé 1.335 millions de FB.

Les mutualités, en la personne du président des MC Marc JUSTAERT, n'ont pas fait de propositions concrètes; elles ont juste demandé des économies. Etant donné que la Médico-Mut a cessé ses activités à partir du 5 juillet 1999 (cf. II.3), le Comité de l'assurance de l'INAMI n'a pas tenu compte officiellement de ces estimations.

II.3. Le Budget

Les estimations techniques de l'INAMI pour l'an 2000 se montent à 508,2 milliards de FB. Le ministre VANDENBROUCKE a tourné en ridicule les présidents du Comité de l'assurance, Dirk SAUER, et du Conseil général, Michel JADOT, en imposant 7,56 milliards d'économies sans concertation préalable. Il a fixé le budget à 500,7 milliards de FB. "Si quelqu'un a de meilleures propositions, elles sont les bienvenues", a-t-il clamé le 4 octobre 1999 en détaillant les restrictions (cf. tableau) ⁽³⁰⁾.

Résumé des mesures d'économie

Mesure	Effet (en millions de BEF)
1. Prestations pharmaceutiques	4.390
1.1. Réduction de la promotion et de la publicité	1.000
1.2. Ristournes aux hôpitaux	500
1.3. Révision des critères d'admission	700
1.4. Réduction du remboursement des spécialités remboursables depuis plus de 15 ans	1.180
1.5. Stimulation d'un usage rationnel des médicaments	400
1.6. Contrôle de la délivrance effective des médicaments	500
1.7. Maintien du blocage des prix	-
1.8. Promotion des médicaments génériques	110
2. Honoraires médicaux	1.850
2.1. Poursuite de la forfaitarisation de la biologie clinique ambulatoire	1.200
2.3. Révision de la nomenclature des prestations de santé	650
3. Hôpitaux	1.110
3.1. Réduction du nombre de journées d'entretien	1.110
4. Maisons de repos	210
4.1. Centres de soins de jour	210
Total des mesures d'économie proposées	7.560

En exigeant des médecins qu'ils réalisent 1,85 milliards de FB d'économies (1,2 milliards en biologie clinique et 650 millions pour les autres prestations médico-techniques) sans dépassement du budget des médecins, le ministre VANDENBROUCKE a créé une situation où la dénonciation de l'accord par les syndicats médicaux était devenue possible mais n'a pas eu lieu. En l'an 2000, les médecins individuels peuvent dénoncer l'accord dès que les mesures d'économie auront été publiées au Moniteur belge.

Afin de dorénavant la pilule, le ministre s'est efforcé, en procédant à un réajustement des économies, notamment pour l'art infirmier et en kinésithérapie, de trouver 950 millions pour les médecins afin de quand même mieux répondre aux besoins réels du secteur médical (cf. tableau) ⁽³¹⁾.

³⁰ Note C.S.S. INAMI 99/315 du 6.10.1999

³¹ Note C.S.S. INAMI 99/315 add. du 8.10.1999

Aperçu des mesures d'économie et de maîtrise des dépenses et des mesures positives

MESURES D'ECONOMIE ET DE MAITRISE DES DEPENSES	Effet (millions BEF)
1. Prestations pharmaceutiques	
1.1. Réduction de la promotion et de la publicité	1.000
1.2. Ristournes aux hôpitaux	500
1.3. Révision des critères d'admission	700
1.4. Réduction du remboursement des spécialités remboursables depuis plus de 15 ans	1.180
1.5. Stimulation d'un usage rationnel des médicaments	400
1.6. Contrôle de la délivrance effective des médicaments	500
1.7. Maintien du blocage des prix	-
1.8. Promotion des médicaments génériques	110
2. Honoraires médicaux	
2.1. Poursuite de la forfaitarisation de biologie clinique ambulatoire	1.200
2.3. Révision de la nomenclature des prestations de santé	650
3. Hôpitaux	
3.1. Réduction du nombre de journées d'entretien	1.110
3.2. Nouveau schéma des montants à rattrapage	680
4. Maisons de repos et maisons de repos et de soins	
4.1. Centres de soins de jour	210
4.2. Instauration tardive des nouvelles normes MRS	459
5. Maîtrise des dépenses dans le secteur de la kinésithérapie	300
6. Maîtrise des dépenses dans le secteur de l'art infirmier	568
TOTAL DES ECONOMIES	(-) 9.567
MESURES POSITIVES SUPPLEMENTAIRES	
1. Honoraires des médecins	
1.1. Extension du dossier médical global	350
1.2. Augmentation des honoraires d'urgence par admission consécutivement aux nouvelles normes d'agrément	300
1.3. Radiothérapie et oncologie multidisciplinaire	300
2. Hôpitaux	
2.1. Rétribution de la fonction sociale	75
2.2. Encadrement SMUR (de 4 à 5 praticiens de l'art infirmier par centre)	67
2.3. Nouvelles normes d'agrément des services d'urgence et soins intensifs	350
3. Autres mesures positives	
1. Développement de l'expertise et des campagnes d'information sur les médicaments	180
2. Extension du remboursement du matériel endoscopique et de viscérosynthèse	150
3. Meilleur remboursement des prothèses mammaires	120
4. Extension des neurostimulateurs pour troubles locomoteurs	30
5. Sécurité des transfusions sanguines	85
TOTAL DES MESURES POSITIVES SUPPLEMENTAIRES	(+) 2.007
TOTAL GENERAL	(-) 7.560

350 millions sont utilisés pour l'extension du dossier médical global, 300 millions pour l'augmentation des honoraires d'urgence et 300 millions pour la radiothérapie et l'oncologie multidisciplinaire.

Ces trois secteurs sont financièrement très sous-évalués. Ceci peut avoir des effets catastrophiques dans la mesure où l'article 5 de la dernière loi-programme ⁽³²⁾ stipule qu'en cas de dépassement ou de risque de dépassement des budgets, le ministre peut imposer des économies quasiment automatiquement. Autrement dit, s'il alloue sciemment, a priori, un budget insuffisant à un secteur, il pourrait se servir à discrétion du système des "tarifs flottants" et il pourrait réduire les honoraires de manière très significative étant donné les estimations beaucoup plus élevées dans les trois secteurs précités.

Concrètement, ceci pourrait par exemple déboucher sur le scénario suivant pour la radiothérapie. Le coût de la nouvelle nomenclature approuvée par le Conseil Technique Médical s'élève à 1 milliard de FB, dont 600 millions sont à la charge de l'INAMI et 400 millions sont supportés par le ministère de la Santé publique. Le ministre ne prévoit cependant que 300 millions dans son budget, de sorte que, six mois après l'entrée en vigueur de la nouvelle nomenclature, il constatera que le budget risque d'être largement dépassé. L'article 51, § 3, 7e alinéa de la loi coordonnée sur l'AMI, stipule que "les mécanismes de correction sont fixés par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, au maximum jusqu'à concurrence du dépassement prévu".

En d'autres termes, pour la radiothérapie, le ministre pourrait réduire les honoraires de "50 % au maximum".

Ces mêmes 300 millions devraient également servir au paiement de la consultation oncologique multidisciplinaire. Ce dossier a également été approuvé par le C.T.M. Etant donné que les discussions se poursuivent, au niveau du ministère de la Santé publique, en ce qui concerne le titre professionnel supplémentaire en "oncologie (médicale)", les modalités pratiques de ce dossier devront encore être finalisées.

L'article 5 susvisé de la Loi-Programme ⁽³²⁾ ôte pratiquement toute sécurité juridique à l'adoption de l'accord médico-mutualiste : le ministre compétent peut intervenir quand il l'entend, sans que les médecins ne puissent se désolidariser de l'accord, qu'il y ait une épidémie de grippe ou pas ! ⁽³³⁾.

A la seule condition que les médecins économisent au préalable 650 millions dans les actes médico-techniques, le ministre est "disposé" à reverser 300 millions et à réduire l'équipe médicale dans les fonctions spécialisées des urgences des hôpitaux disposant également d'un service de soins intensifs et d'un SMUR, de la présence continue de trois à deux médecins, pourvu qu'un médecin en stand-by soit immédiatement appelable à son domicile.

Assez étrangement, le ministre a tout de suite adapté la sous-budgétisation de son troisième "cadeau", à savoir les 350 millions pour le dossier médical. Etant donné que bon nombre de patients chroniques pourront profiter de la réduction du ticket modérateur lorsque le dossier est étendu à la consultation à domicile pour les patients de plus de 75 ans ou dépendant de soins, il a jugé équitable de débloquer 100 millions du milliard supplémentaire prévu dans le budget de 500,7 milliards pour les patients chroniques.

Le 24.1.2000, la Médico-Mut a approuvé l'extension du financement des "honoraires supplémentaires pour la gestion du dossier médical global" aux patients de plus de 75 ans et aux patients chroniques.

³² Loi du 24 décembre 1999 portant des dispositions sociales et diverses. Moniteur belge du 31.12.1999.

³³ "Nouvelle loi-programme en préparation". Le Médecin Spécialiste n° 9 – Décembre 1999

II.4. Vermassen et Lenssens continuent à empoisonner les négociations

II.4.1. Sous le gouvernement DEHAENE : création d'un problème

Ghislain VERMASSEN n'a pas été réélu comme député SP et Jan LENSSENS a pris sa pension comme sénateur. En avril 1999, le nom de Jan LENSSENS apparaissait encore sous un très mauvais jour à l'occasion de la publication d'un dossier relatif au décès par balle, classé comme suicide, de Piet MERTENS, son ami intime et secrétaire des MC de Termonde, sur le parking de l'ancien bâtiment des MC, rue de la Loi, le 17 décembre 1981, c'est-à-dire précisément le jour où Jan LENSSENS s'est vu confier un portefeuille comme ministre flamand de l'Environnement, de la Santé publique, du Bien-être et de la Famille ⁽³⁴⁾. Depuis 1995, Jan LENSSENS est président de l'Assemblée générale des MC.

Malgré l'adaptation apportée à la loi initiale au terme de négociations difficiles ⁽³⁵⁾, les problèmes étaient encore loin d'être résolus.

Les mutualités ont joué le jeu d'une manière tout à fait malhonnête. Le 8 mars 1999, le groupe de travail "Information du bénéficiaire – Transparence – Engagement partiel" ⁽³⁶⁾, présidé par le Dr Jacques DE TOEUF, est parvenu à un compromis concernant des accords transparents pour d'éventuels suppléments d'honoraires. Apparemment, seuls les "sous-fifres" avaient participé aux négociations du groupe de travail pour les mutuelles. A l'entrée des hommes aux mille milliards ⁽³⁷⁾, GUY PEETERS, secrétaire général de la Fédération nationale des mutualités socialistes, et Marc JUSTAERT, président de l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes, deux heures plus tard, les deux messieurs ont rompu les accords que les médecins avaient passés avec leurs délégués.

Le Président PERL n'a pu que constater, lors de la réunion suivante du 29 mars 1999, que le quorum n'était pas atteint. L'ABSyM était en effet absente car elle refusait de rendre l'avis visé à l'article 50 bis de la loi sur l'AMI, concernant l'application de la loi "Vermassen-Lenssens".

Lors de la réunion suivante du 12 avril 1999, l'ABSyM était cette fois bien présente mais elle a à nouveau refusé de rendre un avis.

Malgré tout, Magda DE GALAN a adopté l'arrêté en question, soi-disant après avis de la Médico-Mut du 12 avril. C'est étonnant car le Comité de l'assurance avait déjà approuvé le projet d'A.R prématurément, le 22 mars, avant même qu'il ne soit présenté pour la première fois à la Médico-Mut.

Toutes les règles d'une bonne gestion ont été foulées aux pieds et bien qu'elle ait, par deux fois, fait le serment solennel de ne jamais demander un avis urgent au Conseil d'Etat (de manière à ce que le projet soit renvoyé sine die et donc refilé au nouveau gouvernement ou reporté aux calendes grecques), DEHAENE a eu gain de cause à la troisième reprise. Magda DE GALAN a dû trahir sa promesse et l'A.R. a été publié ⁽³⁸⁾. Cet A.R. n'a été d'application que jusqu'au 31.12.1999.

³⁴ « Dood van een non ? » Kathelijne DE BRAUWER. Uitgeverij EPO vzw. 1999.

³⁵ Loi du 22 février 1998 portant des dispositions sociales. Moniteur belge 03/03/1998. Articles 98, 99, 100 et 101

³⁶ Point K de l'Accord national médico-mutualiste du 15 décembre 1998 (Moniteur belge du 08/01/1999)

³⁷ "De mannen van 1000 miljard" Couverture du "Knack" du 6 octobre 1999

³⁸ Arrêté royal du 5 mai 1999 portant application de l'article 50bis, par. 2, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, (M.B. 01/06/1999)

Le 5 juillet 1999, il y a eu une collision frontale entre les deux syndicats médicaux et le tandem JUSTAERT-PEETERS. Les deux hommes refusaient désormais même de reconnaître les termes de l'accord en vigueur pour les médecins conventionnés. Du fait du point L de l'accord du 15.12.1998 ⁽³⁹⁾, les "exigences particulières" telles qu'elles sont décrites au point H de l'accord du 20.6.1988 ⁽⁴⁰⁾ constituent une partie intégrante de l'accord 1999-2000 en vigueur.

Le paragraphe 5 prévoit un certain nombre d'exceptions, comme un revenu supérieur à un niveau déterminé. Dans ces circonstances, les tarifs de la convention ne doivent pas être appliqués.

La discussion est centrée sur quelques mots : les honoraires "de l'accord" par rapport aux honoraires "découlant de l'accord", c'est-à-dire y compris les éventuelles situations d'exception.

Dans le but de marquer leur colère à l'encontre des mutualités et du gouvernement démissionnaire, l'ABSyM et le Cartel ont organisé une conférence de presse commune le 6 juillet. Une véritable première en 35 ans d'existence de la Commission nationale médico-mutualiste ! Mais le gouvernement en formation n'allait pas y accorder d'importance. Personne n'a bougé et la Médico-Mut a été en congé jusqu'au 18.10.1999 faute de participants.

II.4.2. Sous le gouvernement VERHOFSTADT : chercher et, espérons-le, trouver une solution

Très rapidement après l'entrée en fonction du nouveau gouvernement, une concertation a été engagée avec le VLD et le PRL pour débloquer la situation par le biais d'une nouvelle adaptation de la loi. La suppression pure et simple de l'article 50 bis (Vermassen-Lenssens) n'a pas semblé possible. Cependant, en ce moment, il y a un projet de loi PRL ⁽⁴¹⁾ qui, outre la problématique des suppléments d'honoraires, pourrait également éliminer les obstacles fondamentaux, c'est-à-dire que ceux ayant dénoncé la convention sont malgré tout soumis aux termes de la convention ⁽⁴²⁾. Le VLD soutient activement ce projet.

Le 18.10.1999, le président PERL a convoqué la Médico-Mut, le seul point à l'ordre du jour étant une lettre du 7.10.1999 du ministre Frank VANDENBROUCKE dans laquelle il demande expressément, d'une part, de réaliser les économies visées sous le point II.3. et, d'autre part, de rendre un avis sur l'application de la loi Vermassen-Lenssens à partir du 1er janvier 2000.

La question est à nouveau examinée mais ne débouche pas sur des conclusions. Lors de la réunion du 1er décembre, la Commission refuse d'ajouter à l'ordre du jour un fax du ministre VANDENBROUCKE du 1.12.1999 dans lequel celui-ci demande à nouveau un avis concernant l'article 50bis.

Reporter n'équivaut pas à abandonner. Le 13 décembre, l'auteur du présent rapport fait, en sa qualité de président de l'ABSyM, une déclaration avec une analyse juridique de la

³⁹ Moniteur belge 8.1.1999

⁴⁰ Moniteur belge 30.7.1988

⁴¹ PRL, 23 décembre 1999. Daniel Ducarme : « Le respect du consensus médico-mutualiste est essentiel pour un libre accès de tous à une médecine de qualité ». Projet de loi

⁴² « L'héritage Vermassen. Tirage dans « la majorité » » Journal du Médecin 11/01/2000

situation. L'attention est à nouveau attirée sur le fait que l'A.R. n'a pas pour but de protéger les assureurs privés et les mutuelles ayant fait leur entrée sur le marché des assurances-hospitalisation et que la sécurité tarifaire est garantie étant donné que 83 % des spécialistes sont conventionnés.

Les mutuelles, par l'intermédiaire de Marc JUSTAERT, déplorent que la Médico-Mut ne puisse pas arriver à formuler un avis. C'est bien compréhensible. A la date du 1er janvier 2000, l'assurance-hospitalisation, qui est une idée de Jean HERMESSE, directeur du service d'étude de l'A.N.M.C., est introduite dans quasiment la moitié des hôpitaux wallons.

Dans la lettre qu'il a adressée le 10 janvier 2000 au président PERL, VANDENBROUCKE annonce ce qui suit : *"Je me vois dans l'obligation de recourir à la procédure prévue à l'article 21, 1er alinéa, de la loi du 25 avril 1963 sur la gestion des organismes d'intérêt public de sécurité sociale et de prévoyance sociale. En exécution de l'article 213, § 2, 2e alinéa de la loi AMI, la disposition précitée est déclarée applicable à la Commission nationale médico-mutualiste par l'article 2, § 1, f) de l'arrêté royal du 9 septembre 1993."* Dans un langage compréhensible, cela signifie qu'il en a assez des manoeuvres de tergiversation des médecins et que la loi l'autorise à prendre son Arrêté royal même sans l'avis de la Médico-Mut.

La Médico-Mut du 24 janvier 2000 prend acte de la lettre du ministre. En effet, tout a déjà été dit. Cette semaine, l'ABSyM rameute tout le monde : communiqués de presse, lettres aux responsables politiques, nouveaux contacts avec des responsables politiques du VLD, du PRL et du PS.

La situation en 2000 pourrait être le reflet de celle de 1999. La ministre des Affaires sociales Magda DE GALAN n'avait pas voulu, à l'époque, prendre d'A.R. d'exécution de la loi Vermassen-Lenssens, mais le premier ministre DEHAENE l'y avait contrainte. En 2000, son successeur, Frank VANDENBROUCKE, veut prendre un A.R. (bien que la loi dise uniquement que, pour 2000, le Roi PEUT prendre un arrêté; en 1999, le Roi A PRIS de toute façon un arrêté). Pourquoi le premier ministre VERHOFSTADT ne pourrait-il pas maintenant convaincre le ministre de NE PAS prendre son arrêté? Si le VLD et le PRL, de même que le PS, qui a toujours adopté une autre position que son homologue flamand, le SP, en ce qui concerne Vermassen-Lenssens, soutiennent le premier ministre, il doit être possible de ne jamais publier l'A.R. Sortirons-nous enfin de l'impasse?

II.5. Indexation linéaire et accord pour la biologie clinique 1.12.1999

Alors que les mutualités auraient volontiers utilisé la totalité du montant de l'index pour compléter le financement du dossier médical du généraliste, ce montant a malgré tout été réparti de manière linéaire sur l'ensemble des prestations, grâce à la vigilance de Jacques DE TOEUF et à la résolution des rangs de l'ABSyM durant la réunion du 1er décembre 1999. Dans la mesure où le point B, I, 3 de l'accord du 15.12.1998 prévoit que la CNMM négocie avant le 1er décembre 1999 l'attribution des recettes de l'indexation, JUSTAERT est arrivé juste quelques heures trop tard pour faire de nouvelles frasques avec les honoraires médicaux.

Le budget de la biologie clinique ambulatoire pour 1998 a été dépassé de quelque 1,2 milliards de FB. En guise d'alternative au régime de ristournes particulièrement injuste et afin de trouver rapidement de l'argent, le ministre VANDENBROUCKE a imposé une économie équivalente sur le budget 2000 pour la biologie clinique. Ce même 1.12.1999, un accord a été trouvé à la condition qu'il s'agisse d'une économie unique, que le régime

de ristournes soit aboli dans le futur, que la totalité du budget de la biologie clinique soit utilisé pour les patients hospitalisés et que le mode de calcul des honoraires forfaitaires en biologie hospitalière soit simplifié.

II.6. Accréditation

II.6.1. Intention d'élimination de la double réglementation

Les quatre années de guerre froide entre les ministres DE GALAN et COLLA ont eu pour effet l'instauration d'une double réglementation dans le domaine "du dossier médical et de l'évaluation de la qualité comme instrument pour des soins de santé plus efficaces". Dans une note du 19 novembre adressée à la Commission nationale médico-mutualiste ⁽⁴³⁾, les nouveaux ministres VANDENBROUCKE et AELVOET font une ébauche de ce qu'ils considèrent comme des acquis dans les deux domaines.

Pourvu qu'un certain nombre de conditions soient remplies, les deux ministres sont disposés à abroger certaines dispositions parallèles, par exemple le Conseil supérieur des professions de la santé ⁽⁴⁾. Une analyse particulièrement bien ficelée de l'embrouillamini créé par les deux anciennes excellences ⁽⁴⁴⁾ est actuellement à l'étude à la C.N.M.M. qui en discutera plus avant le 28 février prochain.

II.6.2. Evaluation cinq ans après sa mise en oeuvre ⁽⁴⁵⁾

Conformément au point A1 de l'accord médico-mutualiste du 15.12.1998, le Groupe directeur de l'accréditation a transmis, fin 1999, une proposition d'évaluation du fonctionnement du système de l'accréditation à la Commission nationale médico-mutualiste. Ce volumineux document a été établi, après des discussions animées, par le Conseil technique de l'accréditation (CTA). Le président, Dr Jan HEYRMAN, professeur en médecine générale à la K.U.L., et le vice-président, Dr Roland LEMYE, secrétaire général francophone de l'ABSyM, étaient les animateurs des débats.

Le rapport de consensus situe le système et fait le constat de ce qui a déjà été réalisé. Une analyse des points forts et des points faibles du système est également réalisée. Il est clair que, pour entretenir la dynamique, il faut veiller, au départ de la profession elle-même et sur base volontaire, à assurer l'accompagnement des différents groupes locaux d'évaluation de la qualité (GLEM). Pour ce faire, il faut aussi un financement. L'article 19 de la Loi-programme du 24 décembre 1999 (cf. ²⁵) crée effectivement la possibilité de financer les organes du système de l'accréditation et les GLEM. Le collaborateur du cabinet du ministre VANDENBROUCKE, Dr Ri DE RIDDER, également membre du comité directeur de l'A.S.G.B., a déjà laissé échapper qu'il poserait des conditions au financement des GLEM. Seuls les GLEM traitant de certains sujets imposés par "le ministre" entreraient en considération. La proposition est reçue très positivement dans les rangs des généralistes universitaires flamands du Groupe de direction de l'accréditation. L'ABSyM est d'avis que ce type d' "exercices imposés" mettra sérieusement en péril le caractère volontaire du système et donc son impact et son succès.

Le lavage de cerveau idéologique que d'aucuns entendent imposer à la profession libérale des médecins pourrait bien avoir un effet contre-productif.

⁴³ INAMI. Doc. CNMM 99/53

⁴⁴ INAMI. Doc. CNMM 2000/1. "Accréditation, évaluation de la pratique médicale et dossier médical : missions, compétences et structures"

⁴⁵ " Evaluation de l'accréditation en 1999, un bilan 5 ans après sa mise en oeuvre. Doc. G.D.A. 99/17. Annexe 3 au rapport G.D.A. du 15.12.99

Le Comité National du Peer Review, présidé par le Dr Wim VANHECKE, nucléaire, a lui aussi soumis, en 1999, son premier rapport de synthèse. Il concerne les activités des GLEM en 1997. En plus d'un appel pour remédier à une démotivation menaçante qui est également ressortie de l'analyse des points forts et des points faibles du rapport de consensus, le C.N.P.R. demande avec insistance que la communication soit améliorée entre les différents groupes de GLEM. Ceci doit être possible grâce à un développement rapide de l'informatisation. Une fois de plus, il est indiqué que cela requiert des moyens financiers.

Il me semble approprié de remercier les centaines de collègues qui font tourner, d'une manière désintéressée, toute cette filière du Groupe de direction de l'accréditation, du Conseil technique de l'accréditation, des Commissions paritaires de l'accréditation, du Comité National du Peer Review, de la Commission d'appel et de tous les groupes locaux d'évaluation de la qualité, de même que l'équipe particulièrement dévouée du Service des Soins de Santé, sans oublier Madame Paule DE WINTER, qui prend à sa charge la partie indispensable du GBS. Si l'autorité de tutelle ne le fait pas, la profession peut bien s'en charger elle-même.

Cela reste un défi d'en assurer la continuité et il ne sera donc jamais possible de se reposer sur ses lauriers. Nous pouvons conclure ce premier lustre avec le dernier alinéa de la conclusion du rapport : *"...L'accréditation a déjà porté ses fruits, à preuve le changement de mentalité qui s'est produit entre-temps, et qui touche à la formation continue, à l'offre et à la qualité sur le plan du contenu de la formation continue, à la transparence et aux discussions portant sur les directives en matière de pratique, sur l'utilisation judicieuse ou non de moyens diagnostiques et thérapeutiques, sur l'efficacité des soins médicaux, etc. Et le processus va se poursuivre."*

II.6.3. Commission d'appel de l'accréditation

C'est au printemps 1999 qu'un certain nombre de médecins accrédités ont dû, pour la première fois, demander un renouvellement de leur période d'accréditation de 3 ans. Le "petit groupe de direction de l'accréditation" a examiné plusieurs centaines de dossiers à problème. 377 d'entre eux ont été retenus comme non conformes par le Groupe de direction entre le 1er mars 1999 et le 31 décembre 1999. Les collègues concernés peuvent interjeter appel contre ce constat et les mesures qui l'accompagnent, auprès de la Commission d'appel de l'accréditation.

Cette commission a été constituée conformément au règlement interne du Groupe de direction de l'accréditation le 17 février 1999. Depuis sa création, elle s'est déjà réunie à six reprises. Les mesures qui sont prises s'il est constaté que les exigences en matière d'accréditation n'ont pas été remplies sont, d'une part, la suspension dans le futur, pour une période d'un à trois ans, et, d'autre part, dans des cas exceptionnels de manquement manifeste durant la période écoulée, le remboursement d'un à trois des forfaits d'accréditation perçus indûment de 20.000 FB. La non-inscription à un GLEM ou l'absence systématique aux réunions de celui-ci ont toujours été évaluées comme un manquement important.

Le Groupe de direction de l'accréditation a toujours largement pris en considération les problèmes individuels. Des 377 collègues dont les dossiers ont malgré tout été jugés non conformes, 133 se sont tournés vers la Commission d'appel, soit 35,2 %. Pour 88 des 133

appels interjetés, la commission a estimé que l'appel était fondé (66,2 %). Ces collègues ont automatiquement récupéré leur accréditation, pour des raisons pratiques, le premier jour du mois suivant le jugement en appel. Dans 32 dossiers, l'avis du Groupe de direction de l'accréditation a été confirmé (24,1 %) et, dans 17 dossiers, la mesure a été allégée car l'appel était partiellement fondé (12,8 %). Seuls 5 des 23 cas pour lesquels le Groupe de direction avait également réclamé le remboursement du forfait d'accréditation, ont été retenus par la Commission d'appel (21,7 %) (cf. tableau ⁴⁶)

Notre vice-président du GBS, le Prof. Dr Jacques GRUWEZ, assume, au nom de l'ABSyM, la délicate tâche de la présidence de cette commission d'appel.

ACCREDITATION MEDECINS - Période 01.03.1999-31.12.1999 - Commission d'appel								
séance	cas	G.D.A.			Commission d'appel			
		suspension accréditation	arrêt accréditation	rembour- sement	cas fondés	cas non fondés	fondé en partie	rembour- sement
11.06.1999	16	16	0	0	11	3	2	0
25.06.1999	33	31	1	4	19	7	5	2
03.09.1999	25	24	1	9	14	7	3	1
05.11.1999	18	16	2	5	12	5	1	1
07.01.2000	41	36	5	5	25	10	6	1
TOTAL	133	123	9	23	81	32	17	5

Tout bien considéré, on peut dire que le Groupe de direction de l'accréditation a jugé correctement, conjointement avec l'administration, la prolongation des quelque 17.500 dossiers, étant donné que des 377 dossiers retenus, seuls \pm un tiers a fait l'objet d'un appel (35,2 %). De ce groupe, \pm deux tiers (66,2 %) ont encore été repêchés par la suite par la Commission d'appel. En effet, il s'agissait principalement de négligence à caractère purement administratif.

II.6.4. Nombre de médecins accrédités au 1er février 2000 (47)

Nous avons classé les spécialités en fonction du pourcentage de médecins accrédités, par ordre décroissant d'importance. Les premier et dernier sont identiques par rapport aux années précédentes. Entre ces deux extrêmes, certains gagnent ou perdent une ou plusieurs places.

Bien que le nombre de médecins spécialistes actifs soit passé, du 1.2.1999 au 1.2.2000, de 17.273 à 17.638 (+ 2,11%), le nombre de spécialistes accrédités a baissé de 12.491 à 11.843 (- 5,18 %) durant la même période. On observe une tendance similaire chez les généralistes, mais dans une moindre mesure : augmentation du nombre des actifs 003-004 de 13.025 à 13.252 (+ 1,7%) tandis que le nombre de médecins accrédités baisse de 9.769 à 9.516 (- 2,59 %) (⁴⁸).

⁴⁶ Source : INAMI : Service des Soins de Santé. Commission d'appel de l'accréditation

⁴⁷ Source : INAMI. Service des Soins de Santé. Groupe de direction de l'accréditation

⁴⁸ Rapport annuel 1998 Secrétaire général GBS. "Le Médecin Spécialiste, n° 1., pag. 16. Février 1999.

	Total des actifs	Total des accrédités	% accrédités
<i>Généralistes 001-002</i>	3.690	0	0,00
<i>Généralistes 003-004</i>	13.252	9.515	71,80
<i>Généralistes 005-006</i>	747	0	0,00
<i>Généralistes 007-008</i>	3	1	33,33
TOTAL DES GENERALISTES	17.692	9.516	53,79
Médecins assistants	3.404	1	0,03
Dermato-vénérologie	598	484	80,94
Radiodiagnostic	1386	1075	77,56
Ophthalmologie	932	720	77,25
Gastro-entérologie	345	265	76,81
Anatomo-pathologie	242	185	76,45
Médecine nucléaire	291	218	74,91
O.R.L.	548	409	74,64
Médecine physique	410	298	72,68
Radiothérapie	136	97	71,32
Neurologie	140	99	70,71
Cardiologie	725	508	70,07
Urologie	318	222	69,81
Pneumologie	268	187	69,78
Orthopédie	808	543	67,20
Gynécologie-obstétrique	1198	804	67,11
Rhumatologie	229	151	65,94
Anesthésiologie	1436	955	66,50
Médecine interne	1923	1250	65,00
Psychiatrie	409	262	64,06
Pédiatrie	1247	773	61,99
Biologie clinique	691	420	60,78
Chirurgie plastique	165	99	60,00
Neurochirurgie	124	69	55,65
Chirurgie	1376	753	54,72
Stomatologie	294	133	45,24
TOT Spécialistes	17638	11843	67,14
TOT. Spécialistes + Stag.	21042	11844	56,29
TOTAL GENERAL	38734	21360	55,15

III. LA PARTIE D'ECHECS DU CONTROLE MEDICAL

III. 1. Nomenclature, interprétation et sécurité juridique

On a l'impression que les interprétations litigieuses parsèment la nomenclature. Le Dr RIGA, ancien fonctionnaire dirigeant du Service des Soins de Santé (SSS) a dit un jour que c'était dû au fait que la nomenclature était le résultat de compromis. Dès lors, il conviendrait de s'atteler à la sécurité juridique de la nomenclature.

Pour remédier à cette situation, il a été décidé que le Service du Contrôle Médical (SCM) doit toujours rendre un avis concernant les propositions de modifications de la nomenclature. Malgré tout, cette procédure n'est pas non plus à l'abri de possibles supercheres. Lors de la publication au Moniteur belge de la nouvelle nomenclature de l'imagerie médicale ambulatoire ⁽⁴⁹⁾, le SCM n'avait pas remarqué qu'il y était indiqué que les honoraires forfaitaires 460972 étaient applicables pour "toutes les prestations d'imagerie médicale" effectuées par les radiologues, à savoir les prestations visées aux art. 17 et 17bis (prestations d'échographie). Bon nombre de mutuelles ont immédiatement interprété et appliqué le texte à la lettre. Même un médecin-inspecteur répondant à une demande d'informations émanant d'un radiologue pouvait difficilement faire autre chose que restituer la réalité du texte du Moniteur.

Ce n'est que lorsque, plusieurs mois après la date de la publication, les Mutualités socialistes ont commencé à refuser les montants facturés, que l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes (A.N.M.C.) a adopté une attitude similaire et que M. PRAET, fonctionnaire dirigeant du SSS, a adressé une circulaire explicative aux O.A. et aux radiologues avec des données quelque peu contradictoires.

A cette occasion également, la sécurité juridique a subi une nouvelle fois un sérieux revers. En effet, les arrêtés royaux ont force de loi. Les erreurs dans les A.R. sont corrigés par un "erratum". Etrangement, ce moyen n'a pas été utilisé. Encore plus étrange est le fait que, pour ces mêmes dispositions, un (autre) erratum a été approuvé par le Comité de l'assurance, sans pour autant avoir jamais été publié. L'accord de gestion que l'INAMI a conclu avec les pouvoirs publics comprend non seulement l'obligation d'épuiser les droits de l'assuré social mais également celle de créer une nomenclature claire dotée de règles interprétatives correctes.

III.2. Frictions à propos de "Qui interprète?"

Jusqu'à la fin 1999, la loi sur l'AMI prévoyait deux organes ayant une compétence interprétative (certes différente) en ce qui concerne la nomenclature :

- le Collège des Médecins-Directeurs (CMD) qui, conformément à l'ancien art. 23 § 4, rendait des avis interprétatifs qui, après avis du Conseil Technique Médical (CTM) et ratification par le Comité de l'Assurance, pouvaient valoir comme règles interprétatives;
- le CTM qui, en vertu de l'art. 27, 2e alinéa, était compétent pour "rendre des avis concernant l'interprétation de la nomenclature, notamment aux chambres restreintes et aux commissions d'appel", institué auprès du SCM.

Il était également très étonnant que des poursuites étaient souvent engagées par le SCM sur la base des "avis" du CMD, sans que ceux-ci n'aient jamais été présentés et approuvés comme règle interprétative. Ce reproche était alors rejeté par cette boutade : on ne peut quand même pas empêcher que le SCM se serve des documents internes du CMD !

Notre étonnement fut encore plus grand lorsqu'il est apparu que le CMD entendait balayer à nouveau le contenu d'un arrêt (du 24.6.1998) de la Commission d'appel – c'est-à-dire d'une jurisprudence formelle – à peine six mois plus tard avec un nouvel "avis" (interne) qui a été repris quelques mois plus tard dans une lettre explicative de M. PRAET, fonctionnaire dirigeant du SSS.

⁴⁹ A.R. du 29.4.1999. Moniteur belge du 27.5.1999

III.3. Vers un renforcement de la sécurité juridique?

On ne sait pas encore avec certitude si les modifications apportées par la Loi du 24 décembre 1999 portant des dispositions sociales (M.B. du 31.12.1999, 3e édition) augmenteront la sécurité juridique. C'est probablement un pas dans la bonne direction qui a été inspiré par le Dr Bernard HEPP, le nouveau fonctionnaire dirigeant du SCM. Mais la métamorphose est encore loin d'être achevée (cf. III.4.).

Tout d'abord, la compétence en matière d'avis interprétatif du CMD (art. 23, § 4) a été abolie. Désormais, c'est le Comité de l'Assurance qui définit les "règles interprétatives concernant la nomenclature des prestations de santé sur la base des propositions" formulées par les Conseils techniques, le cas échéant par le CTM. Ces règles interprétatives font désormais l'objet d'une publication au Moniteur belge avec indication de la date de leur entrée en vigueur.

Le renforcement de la sécurité juridique qui pourrait en résulter, dépendra dans une large mesure de l'attitude du SCM proprement dit. Désormais (art. 44 de la loi susvisée), le SCM procédera à toutes les enquêtes et constatations, soit automatiquement, soit à la demande de son Comité ou du ministre ou d'un des services spéciaux de l'INAMI ou des organismes assureurs ou d'une organisation professionnelle représentée. Le SCM fait les remarques et émet les avertissements qu'il juge utiles. Et le système de remboursement volontaire des prestations indûment perçues, qui était déjà appliqué de facto, est maintenant inscrit dans la loi.

En fait, le pouvoir interprétatif réel appartient maintenant, sauf pour les règles interprétatives, au SCM ou à la Chambre restreinte et à la Commission d'appel.

III.4. Encore un nouveau bout de loi

Avant même que la dernière Loi-Programme du 24.12.1999 ⁽³²⁾ n'ait été promulguée, un nouveau projet de loi faisait déjà son apparition – et entre-temps il a même été publié ⁽⁵⁰⁾ – au Sénat. Celui-ci prévoit (ajout à l'art. 156 de la loi sur l'AMI) l'application automatique du remboursement des prestations jugées indues par la Chambre restreinte ou par la Commission d'appel. Ces instances devraient également déterminer le délai de paiement et l'échéance à partir de laquelle des intérêts sont dus d'office. En cas de non-paiement par le dispensateur de soins, l'administration de la TVA peut être chargée de la récupération du montant.

Jusqu'à présent, les décisions de la Commission d'appel avaient valeur définitive. En d'autres termes, les sanctions ainsi que le remboursement étaient exécutables d'office, sans effet suspensif d'un éventuel recours en cassation auprès du Conseil d'Etat. Il ressort d'un article publié récemment ⁽⁵¹⁾ que cet effet suspensif doit être considéré comme fondamental et que, vu leur caractère drastique, les sanctions pénales et disciplinaires n'ont pas d'effets tant qu'il subsiste une possibilité de recours contre une décision déterminée.

L'avenir nous dira si cela va se réaliser.

⁵⁰ 28.12.1999 – Loi modifiant la loi relative à l'assurance obligatoire de soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.7.1994. M.B. du 28.1.2000

⁵¹ "Recht en Sociale Zekerheid" de Jan GHYSELS et Kris WAUTERS (Administratieve commissies in de ziekteverzekering, de Controle op en de sanctionering van de zorgverstrekkers)

De plus, ce nouveau projet prévoit la suppression et le remplacement des Commissions de contrôle provinciales réprimant les infractions à l'art. 73 (surconsommation), par 2 commissions "fédérales" et des commissions d'appel. Désormais, des représentants des organisations d'employeurs et d'ouvriers siègeraient également dans ces organes avec une voix consultative. On ne voit pas de prime abord quelle expertise pertinente pour ce qui est des matières à juger est à la base de cette mesure.

III.5. Quelques-uns des nombreux dossiers de nomenclature

Pour faciliter la lecture, nous rappelons un bref glossaire :

- S.S.S. : Service des Soins de Santé
- S.C.M. : Service du Contrôle Médical
- C.M.D. : Collège des Médecins Directeurs
- C.T.M. : Conseil Technique Médical

III.5.1. La consultation du médecin spécialiste au domicile du malade à la demande du médecin (généraliste) (103014) : une solution en vue ?

III.5.1.1. La chasse aux ophtalmos et dermatos

Quelques semaines avant les élections, les poursuites engagées par le S.C.M. contre un certain nombre de collègues, surtout ophtalmologues et dermatologues, ne manquaient pas de susciter beaucoup d'émotion. La prestation 103014 avait été portée en compte hors présence du médecin généraliste (règle interprétative 200-3,5). Par ailleurs, cette consultation doit être "exceptionnelle" (règle interprétative 200-16). Après diverses interventions, des articles parus dans les journaux et une correspondance avec le Dr Bernard HEPP, le nouveau fonctionnaire dirigeant du Service du Contrôle Médical de l'INAMI, ce dernier déclarait dans le Journal du Médecin de septembre 99 qu'une adaptation soit de la nomenclature, soit des règles interprétatives, serait probablement souhaitable.

Le problème est complexe et la matière sensible. D'une part, les institutions pour personnes âgées et MRS constituent le domaine de travail du médecin généraliste et doivent d'ailleurs le rester. L'accès direct du spécialiste n'est pas souhaitable.

D'autre part, les personnes âgées démunies d'une autonomie de déplacement chez le spécialiste (tous les cas de dépendance physique ou psychique, selon l'échelle de Katz) ne peuvent faire l'objet d'une discrimination négative par rapport aux autres patients. Ce serait pourtant le cas sous la stricte application de la règle interprétative, telle que soutenue par le S.C.M.

Selon les données de l'INAMI, il y a annuellement à peine 11 000 consultations à domicile effectuées et portées en compte, sur un total d'environ 250 000 habitants de maisons de repos. Cela représente 0,02 % de la rubrique des consultations et visites.

Pour comparer : le nombre de consultations de spécialistes (autres que disciplines internes, neuropsychiatrie et pédiatrie) s'élève à 15 millions pour la population totale. L'inégalité de traitement des patients concernés est donc démontrée par les données objectives. Une simple enquête téléphonique a permis de constater que sur 138 consultations, une seule avait été effectuée en présence du médecin généraliste (c'est-à-

dire 7,3 pour 1000). Cela veut dire que l'application stricte des règles interprétatives du S.C.M. risque d'entraîner la disparition totale de ces consultations dans le cadre de l'INAMI. Ces soins n'existeraient plus que pour les patients bien nantis.

III.5.1.2. Il n'y pas d'abus

Ce qui précède démontre clairement qu'il n'y a pas d'abus du code 103014. Contrairement à ce qu'on craignait dans les années 60 (période où les règles interprétatives ont été formulées), il n'y a pas d'activité du type polyclinique dans les maisons de repos ou autres institutions avec des consultations fixes de spécialiste (si ce n'est qu'indirectement pour certaines institutions liées architecturalement avec un hôpital). Le nombre de prestations est très limité et présente un trend négatif.

Ces prestations prennent beaucoup de temps (surtout les déplacements en milieu urbain); le nombre de spécialistes disposé à répondre aux appels du généraliste est réduit (au total pour le pays, toutes spécialités confondues : 758 en 1996).

Puisque la quasi-totalité des consultations s'effectue à la demande expresse (écrite) du généraliste (mais sans la présence de celui-ci), elles peuvent être difficilement considérées comme abusives. L'essentiel est en effet que la demande du généraliste soit fondée et que l'intervention du spécialiste soit utile et/ou nécessaire.

La nature de l'affection et donc de la spécialité requise, déterminera finalement si la consultation interdisciplinaire généraliste-spécialiste, sur place, peut avoir un sens. En tout état de cause, l'intérêt d'une présence simultanée ne peut ni être plus grande, ni différente, par rapport au patient qui, sur renvoi du généraliste, consulte un spécialiste.

Répartition du nombre de consultations par spécialités (principaux groupes) ⁽⁵²⁾

nombre de médecins		nombre de consultations
dermatologie	244	(±)2.500
ophtalmo	67	(±)1.500
méd. interne.	96	(±)3.600
anesthésie	58	724
chirurgie	52	568
orthopédie	40	946
cardiologie	35	156
neuro-psychiatrie	32	825
revalidation	30	155

L'évolution de la situation au fil des années est telle qu'un groupe très limité de spécialistes (moins de 5%) appelés en consultation ont acquis une certaine notoriété en la matière auprès des généralistes concernés.

Par ailleurs, le nombre de spécialistes n'a fait que diminuer (837 en 1995, 758 seulement en 1996), mais, dans une moindre mesure, jusqu'à présent, du nombre de consultations.

⁵² Source : INAMI. Données 1996.

Chaque fois qu'un spécialiste abandonne ce type d'activité, les généralistes partent à la recherche d'un autre spécialiste disposé à prendre en charge les demandes. Il est donc logique que dans les grandes villes, le hasard fasse naître des profils d'exception. Même cela n'a rien à voir avec des abus.

III.5.1.3. Le problème juridique

Sur le plan juridique, le point de vue du C.M.D. (application littérale des règles interprétatives) est très discutable. Tout d'abord, tant les généralistes que les spécialistes ne semblent pas du tout au courant de la règle relative à la présence simultanée. Les faits le démontrent : dans 7 cas seulement sur 1000, le généraliste est présent.

Mais le point de vue du C.M.D. est juridiquement réfutable. En 1989, 25 ans après les règles interprétatives, la nomenclature a été modifiée quant aux règles de présence physique, qui disent : le médecin effectue la prestation, soit seul, soit accompagné de collaborateurs qualifiés. La règle interprétative de 1965 est dépassée.

Quant à la règle interprétative concernant le caractère "exceptionnel", elle n'a plus de sens, étant donné l'extrême rareté de fait de la prestation. Un confrère poursuivi demandait par écrit à l'inspecteur comment il devait évaluer dorénavant le caractère "exceptionnel". Il n'a pas reçu de réponse.

Par ailleurs, la nomenclature doit être interprétée en tenant compte des principes légaux. La loi sur l'A.M.I. doit garantir à tous les citoyens sans exception les mêmes soins et la même accessibilité. Les règles ne peuvent pas défavoriser les personnes psychiquement ou physiquement dépendantes.

Dans le cadre de notre action de pétition, nous avons reçu spontanément plus de 4500 signatures de personnes âgées et de soignants travaillant dans le secteur. De nombreux confrères nous ont écrit pour nous signaler que, dans les conditions imposées, il leur devenait impossible d'effectuer ces consultations.

III.5.1.4. Notre point de vue

Nous estimons que les personnes dépendantes physiquement ou psychiquement ont les mêmes droits que les citoyens autonomes quant à l'accès aux soins médicaux. Nous estimons que, sauf en pédiatrie, les soins médicaux au domicile du malade, dans les institutions pour personnes âgées, etc. constituent le domaine exclusif du médecin généraliste. Toute offre de soins spécialisés directe est exclue, y compris pour les gériatres. Enfin, l'accès aux soins spécialisés dans ces institutions doit s'effectuer exclusivement à la demande du médecin généraliste traitant du patient, avec preuve écrite. Quant à l'application concrète, nous estimons que les règles suivantes seraient souhaitables dans l'intérêt des personnes physiquement ou psychiquement dépendantes.

Le médecin généraliste juge lui-même, dans l'intérêt de son patient, si sa présence et la concertation avec le spécialiste auprès du patient sont indispensables. Si le médecin généraliste demande la présence simultanée, le spécialiste doit y donner suite et tous deux doivent convenir de la date et de l'heure de la rencontre.

Si le généraliste ne souhaite pas la présence simultanée, le médecin spécialiste consultant adressera un bref rapport écrit au généraliste (outre toute autre forme habituelle de consultation réciproque, par exemple, téléphonique). Une obligation de rapportage semble beaucoup plus utile qu'une obligation absolue de présence.

Lors d'un entretien avec le Dr I. VANDERMEEREN, collaborateur au cabinet du Ministre VANDENBROUCKE, le 12.01.2000, nous avons pu commenter amplement notre point de vue. Notre confrère VANDERMEEREN considérait lui-même que cette consultation permet d'éviter des hospitalisations inutiles. Il était d'accord avec notre proposition visant à remplacer l'ancienne exigence de présence simultanée des deux médecins, par un briefing écrit au généraliste et nous a promis de la défendre auprès du Ministre. Ce dernier a formulé notre demande à l'attention du Président du Conseil Technique Médical, le Dr Jacques DE TOEUF. Lors de la séance plénière du C.T.M. du 1er février 2000, le dossier a été transmis pour avis au groupe de travail médecine générale du C.T.M.

III.5.2. Article 17 bis § 2 : jurisprudence gênante ?

Dans notre précédent rapport, nous avons mentionné l'arrêt de la Commission d'Appel du 24.06.98, qui donnait tort au C.M.D. quant à son avis interprétatif (interne) au sujet de la disposition "par jour et par patient, les médecins de la même spécialité peuvent porter en compte qu'une seule des prestations ..." . La Commission d'Appel jugeait que cette règle d'application ne visait pas une interdiction de cumul (celle-ci étant mentionnée à l'article 17 bis, § 1), mais une interdiction de répétition par plusieurs médecins de la même spécialité.

En septembre 1999, une correspondance de M. F. PRAET, fonctionnaire dirigeant du S.S.S., laissait apparaître qu'en janvier 1999, c'est-à-dire 6 mois après l'arrêt de la Commission d'Appel, le C.M.D. avait formulé un nouvel avis interprétatif (interne) dans lequel il rétablissait sa position antérieure. Apparemment, le S.S.S. n'était pas au courant de la jurisprudence, mais bien de l'avis (interne) du C.M.D.

Entretemps, une modification de la nomenclature vient d'être approuvée par le C.T.M. le 01.02.2000 écartant dorénavant toute ambiguïté par l'adaptation du libellé de prestation (prestation combinée), tout en précisant expressément que par jour et par patient, une seule échographie peut être portée en compte.

III.5.3. Anesthésie "ohne Papiere"

En région germanophone, des poursuites ont été engagées contre des anesthésistes-maîtres de stage dans le cadre de la formation de candidats spécialistes allemands. Les inspecteurs de l'INAMI avaient découvert que ces Ausländer en cinquième année de formation, n'étaient pas enregistrés comme candidats spécialistes en Belgique, effectuant dès lors leurs prestations sous un code d'enregistrement "incompétent". Ils ne pouvaient dès lors qu'être considérés comme "Arzt".

La Belgique dispose-t-elle d'un règlement légal pour enregistrer des candidats spécialistes étrangers ? Apparemment, non. En outre, les candidats spécialistes étaient dans l'impossibilité de produire un plan de stage et carnet de stage. En Allemagne, ce système n'existe pas, mais est remplacé par un catalogue de prestations dans lequel sont inscrits les actes médicaux effectués durant la formation. Les stages sont évalués sur base des prestations effectuées par rapport à "un profil de prestations à réaliser".

Le S.C.M. reproche aux anesthésistes-maîtres de stage d'effectuer des anesthésies simultanées et de ne pas avoir respecté les règles de la présence physique. Ce point de vue plutôt bureaucratique ne nous semble pas refléter la réalité. Les candidats spécialistes concernés, même s'ils ne sont pas "reconnus" comme tels, participaient à l'exécution de prestations d'anesthésie, selon leurs compétences, sous la surveillance, l'accompagnement et la responsabilité d'un spécialiste reconnu. Les règles de l'A.M.I. exigent expressément que le médecin doit être présent auprès du malade et qu'il effectue la prestation "soit seul, soit assisté de collaborateurs qualifiés dont il dirige les interventions". Par ailleurs, la réglementation UE relative aux diplômes, certificats et autres titres de médecins (A.M. du 14.01.93) doit être appliquée et interprétée dans un sens de réciprocité entre Etats membres.

III.5.4. L'avis (109112)

Enfin, nous mentionnons encore un arrêt récent de la Chambre Restreinte concernant "l'avis" (du 27.10.99).

Par "avis", il faut entendre, la rédaction et la signature, en dehors de tout examen du malade, de certificats, formules de prescription pharmaceutique et autres documents. L'honoraire pour l'avis ne peut jamais être conjoint à l'honoraire de consultation ou de visite.

Un médecin inspecteur avait découvert que (art. 1 § 4 ter de la nomenclature), la présence physique auprès du patient est nécessaire pour les consultations, avis et visites mentionnés à l'art. 2. Un médecin généraliste avait délivré des documents administratifs et des prescriptions dans le cadre de traitements chroniques de patients en maison de repos, et ce sans la présence immédiate du patient. D'où la poursuite. La Chambre Restreinte a jugé que dans ce cas, les faits reprochés n'étaient pas suffisamment démontrés en droit. Cette décision peut produire un effet rassurant; malheureusement, elle ne clarifie guère le fond.

Nos services reçoivent régulièrement des questions quant à la possibilité de remboursement lorsqu'ils sont tenus de délivrer des documents. La réglementation relative aux conditions d'intervention de l'Assurance-Maladie pour les spécialités pharmaceutiques prévoit de plus en plus de documents qui doivent être délivrés par le médecin. Le problème de l' "avis" se pose par ailleurs dans le cadre de l'utilisation des nouvelles formules de prescription.

Comme c'est souvent le cas, la règle interprétative à ce sujet est rédigée en termes sibyllins : "hors de l'établissement de la nomenclature, l'on a prévu une nouvelle rubrique dénommée "avis" et destinée à honorer les médecins pour la rédaction de documents divers ... Il faut cependant constater qu'elle vise des relations entre le médecin et l'assuré, avec participation obligatoire de ce dernier".

Et plus loin : "Quant aux renseignements ou documents réclamés au médecin par le médecin-conseil, elle n'en fait pas mention et ne fixe aucun honoraire à leur sujet. Par conséquent, dans le cas soulevé, lorsque le médecin-conseil demande au médecin traitant de lui communiquer certains renseignements, aucun remboursement de l'assurance ne peut être accordé."

Tout d'abord, on peut se demander si cette règle est encore raisonnable si l'on tient compte de la multiplication du nombre de documents qui peuvent être demandés. Dans certains cas, la réglementation prévoit l'établissement de rapports circonstanciés représentant un effort beaucoup plus important que le simple "avis". Par ailleurs, il est clair que cela ne peut valoir que pour les documents "demandés" (par le médecin conseil), et non les formulaires ou les documents qui, sur base de la réglementation INAMI, doivent être fournis par le médecin traitant lui-même ou le médecin conseil.

IV. LE "CONTENTIEUX" JUDICIAIRE DU GROUPEMENT

IV.1. Article 139 bis de la Loi sur les hôpitaux ⁽⁵³⁾

IV.1.1. Arrêt de la Cour d'arbitrage...

Le 9 juin 1999, la Cour d'arbitrage a rendu un arrêt ⁽⁵⁴⁾ rejetant le recours du Groupement. Malgré tout, il se dégage de l'arrêté plusieurs considérations importantes dont il faudra tenir compte. L'art. 139bis définit les frais directs et indirects qui peuvent être à charge des honoraires. La Cour d'arbitrage dit à ce sujet :

- qu'en vertu de l'art. 140, §§ 1, 3° et 3, il peut uniquement s'agir de (tous) les frais occasionnés par les prestations de santé qui ne sont pas couverts par le prix de la journée d'hospitalisation. En d'autres termes, la portée de l'art. 139 bis est limitée par le lien de causalité entre les frais (c'est-à-dire les dépenses, certains gestionnaires d'hôpitaux étendant à tort le raisonnement aux revenus ou pertes de revenus) et les prestations de santé, par opposition aux frais occasionnés par les prestations de l'hôpital.
- "Le Conseil médical est l'organe représentatif qui associe les médecins hospitaliers aux décisions concernant l'hôpital et dont les membres sont élus par ces médecins. Les retenues en question sur leurs honoraires ne sont donc jamais imposées aux médecins de façon automatique et sans le consentement de leurs représentants". Il est donc clair que les frais indirects ne peuvent pas être imputés automatiquement aux médecins et nécessitent le consentement préalable du Conseil médical. La Cour d'arbitrage attire ici l'attention sur le rôle de médiateur du Conseil médical qui, en sa qualité de représentant des médecins hospitaliers, se voit confier une mission et une lourde responsabilité. Le médecin individuel peut contester les frais imputés concrètement en se basant sur les dispositions des art. 139bis et 140, mais, dans ce cas, il sera contraint d'associer le Conseil médical à la procédure. Il va de soi que ce dernier se fera de préférence assister par un expert dans l'exécution de sa mission.

IV.1.2. ... et ses suites?

Le ministre des Affaires sociales a préparé un projet d'A.R., en exécution de l'art. 128bis de la loi sur les hôpitaux, visant à énumérer les informations et les données comptables que le gestionnaire de l'hôpital est tenu de fournir au Conseil médical. Le ministre devra tenir compte du fait que les données communiquées doivent permettre au Conseil médical d'être associé judicieusement aux décisions, qu'il s'agisse de frais directs ou indirects.

⁵³ Arrêté royal du 7.8.1987 portant coordination de la loi sur les hôpitaux. Moniteur belge du 7.10.1987.

⁵⁴ Cour d'Arbitrage. Arrêt n° 62/99. Moniteur belge du 3.8.1999

Le projet actuel qui prévoit une communication annuelle unique des données a posteriori apparaît dès lors comme insuffisant. De plus, l'assistance d'un expert propre au Conseil médical devra constituer une exigence technique possible.

Enfin, il nous faut à nouveau insister sur les manquements des pouvoirs publics lorsque ceux-ci prennent des mesures se rapportant directement ou indirectement à l'exécution du Titre IV de la Loi sur l'AMI. L'article 145 de cette dernière dit expressément que, pour "tous les arrêtés d'exécution du Titre IV", il convient de demander l'avis de la Commission nationale paritaire médecins-hôpitaux. Nous sommes d'avis que par exemple les modifications apportées au plan comptable des hôpitaux ayant un impact direct sur l'art. 128 bis, 139 bis ou 140, ne peuvent pas être invoquées valablement pour une imputation de frais aux médecins hospitaliers lorsque, pour ces mesures, l'avis de la CNPMH n'a pas été demandé au préalable.

IV.2. Cour d'arbitrage : Vermassen-Lenssens (Art. 50bis de la loi sur l'AMI)

Le 2.9.1998, le Groupement avait introduit un recours auprès de la Cour d'arbitrage contre les art. 98, 99, 100 et 101 de la Loi du 22 février 1998 portant des dispositions sociales (M.B. du 3.3.1998). ⁽³⁵⁾

Depuis lors, les dispositions contestées ont été remplacées par les art. 121 et 122, 2e alinéa, de la loi du 25 janvier 1999 (M.B. du 6.2.1999). La Cour d'arbitrage a de ce fait décidé de rayer du rôle la première affaire à moins qu'un nouveau recours en annulation soit introduit contre ces dernières dispositions. Le Comité directeur a donné mandat en ce sens le 28 juin 1999.

Une réplique a été déposée juste avant Noël. La dernière phase de la procédure suivra son cours dans un proche avenir.

A partir de juillet 1999, plusieurs collègues ont subi des pressions de certaines mutuelles invoquant la non-validité des suppléments d'honoraires pour les patients bénéficiant d'un traitement en hôpital de jour. Des menaces de procédures judiciaires ont été proférées à l'encontre de certains médecins. La mutuelle s'appuyait sur une "brève explication interprétative" donnée par M. Jan LENSSENS (CVP) dans le cadre de la séance plénière de la Chambre du 2.12.1998.

Différents éléments légaux et réglementaires montrant clairement que les patients traités en hôpital de jour ne sont pas des patients hospitalisés font l'objet d'une énumération dans une note détaillée ⁽⁵⁵⁾. Il va sans dire que les déclarations d'un parlementaire n'ont pas force de loi.

Malheureusement, le ministre VANDENBROUCKE ne persiste pas seulement dans la colère, il en remet également. En réponse à une question parlementaire des députés CVP Luc GOUTRY et Trees PIETERS portant sur les suppléments, il étend l'application de l'article 50bis de la Loi sur l'AMI non seulement à l'hôpital de jour, mais également aux prestations ambulatoires, et ce alors qu'il n'existe pas la moindre base légale allant dans ce sens ⁽⁵⁶⁾. S'agit-il d'une bêtise d'un collaborateur de cabinet ou d'une erreur intentionnelle de VANDENBROUCKE? C'est peut-être la première possibilité, car la réponse contient également des fautes de retranscription "matérielles" de la législation actuelle.

⁵⁵ Le Médecin Spécialiste n° 8 / Novembre 1999

⁵⁶ Chambre. 2e session de la 50e législature. BV 50 COM 096 - 26.1.2000

IV.3. Loi sur les pratiques non conventionnelles

La loi relative aux pratiques non conventionnelles, qui a été votée dans la précipitation dans la surchauffe politique de la période préélectorale, a été publiée au Moniteur belge du 24.6.1999. Le 28 juin 1999, le Comité directeur du GBS a chargé un avocat d'examiner les possibilités et les opportunités d'une procédure contre ces dispositions.

Le Conseil d'Etat avait émis des critiques acerbes à l'encontre du projet. D'une manière générale, tous les juristes étaient d'accord pour dire que cette loi accorderait un pouvoir excessif au Roi, qu'elle ne contenait pas la moindre définition de la pratique non conventionnelle et qu'il se créerait au minimum un déséquilibre par rapport aux dispositions de l'A.R. n° 78.

Le caractère excessif du pouvoir exécutif constitue cependant également la faiblesse de la loi qui crée finalement ni plus ni moins qu'un cadre formel mais qui, pour ce qui est du contenu, est une coquille vide. Il est bien entendu difficile dans ces circonstances d'apporter la preuve de discriminations.

La loi exige toute une série d'arrêtés d'exécution préalables, avant que des mesures puissent être prises au niveau du contenu. En plus, on ne voit pas tout de suite où l'exécution doit commencer. Une des phases préliminaires est l'agrément des unions professionnelles réunissant ceux qui exercent les pratiques non conventionnelles, notamment, bien évidemment, celles des médecins exerçant la pratique concernée. Il va sans dire que le gouvernement ne peut pas avoir d'attitude discriminante, par exemple en n'agréant que les associations professionnelles de non-médecins.

Le Groupement devra suivre de près les pérégrinations futures de cette loi et, au besoin, intervenir au niveau d'éventuels arrêtés d'exécution.

IV.4. Conseil d'Etat : l'oncologie (cf. également VI.5.1.)

A l'occasion de la réunion du Comité directeur du 28 juin 1999, qui s'est révélée très productive d'un point de vue judiciaire, il a également été décidé d'introduire un recours en annulation contre pas moins de trois arrêtés, à savoir un de la ministre DE GALAN et deux de COLLA, concernant les soins oncologiques, et plus exactement :

- l'A.M. du 31.5.1999 (M.B. du 1.6.1999) fixant les conditions dans lesquelles l'AMI intervient dans le coût de certains médicaments oncologiques, et notamment en ce qui concerne les conditions de remboursement imposant qu'un rapport soit établi par un oncologue médical;
- l'A.R. du 11.4.1999 (M.B. du 22.6.1999) modifiant l'A.R. du 25.11.1991 établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, et notamment en ce qui concerne la différence entre les titres "et en oncologie" et "et en oncologie médicale";
- A.M. du 16.4.1999 (M.B. du 22.6.1999) fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs des titres professionnels particuliers suivants : oncologie, oncologie médicale.

Ces trois procédures sont évidemment encore toujours en cours. Nous avons appris que depuis lors, d'autres parties ont introduit un recours contre ce dernier A.M., et notamment l'Union belge des pneumologues et l'ABSyM.

Le 25.10.1999, le ministre de la Santé publique AELVOET a fait savoir que, faisant suite à une décision du "groupe de travail du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes" du 9.11.1999, elle a l'intention de revoir toute la problématique des compétences oncologiques et de soumettre ce problème au Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes. La toute dernière réunion du Conseil supérieur s'est cependant tenue le 5 novembre 1998. Aucune nouvelle réunion n'est prévue pour l'instant, ce qui fait naître de sérieux doutes quant à la volonté réelle d'organiser une quelconque concertation valable au sein de cet organe.

Le 2.12.1999, le GBS a organisé une réunion qui s'est déroulée en présence de délégués des commissions d'agrégation et des unions professionnelles des différentes spécialités concernées, ainsi que du Prof. Dr Simon VAN BELLE qui a exposé en détail la position de l'oncologie médicale. Il ressort des débats que l'objection communautaire subsistant contre l'actuelle réglementation réside dans le fait que des privilèges thérapeutiques sont accordés à l'oncologie médicale et que ceux-ci seraient refusés aux oncologues appartenant aux autres spécialités de base. Il s'agit entre autres du concept en vertu duquel seul l'oncologue médical serait compétent en ce qui concerne l'application de la chimiothérapie, ce concept faisant l'objet d'une note (septembre 1999) du Dr J.P. DERCQ, Conseiller général du Service de l'art de guérir du ministère de la Santé publique.

IV.5. Et les radiothérapeutes-oncologues?

Le 31.8.1999, le Moniteur belge a soudainement publié un "erratum" inouï du ministre COLLA, en date du 16.4.1999. Ledit erratum a en fait apporté une modification de contenu aux dispositions transitoires de l'art. 6 § 2 (abrogé) de l'A.M. du 16.4.1999 fixant les critères d'agrégation en oncologie et en oncologie médicale. On peut dès lors se demander si le ministre a adopté un arrêté le même jour qu'il a corrigé une "erreur". Le paragraphe abrogé prévoyait des mesures transitoires spécifiques pour les médecins-spécialistes en radiothérapie-oncologie qui sont notoirement connus comme particulièrement compétents en oncologie médicale.

Après une intervention écrite de notre part (5.10.1999) auprès du cabinet de la ministre AELVOET et afin de sauvegarder leurs droits, les radiothérapeutes ont décidé d'introduire un recours en suspension et en annulation contre cet "erratum".

IV.6. Les critères généraux pour la formation et l'agrégation des médecins spécialistes et la biologie clinique

Ce n'est pas le GBS, mais bien l'Union professionnelle belge des médecins spécialistes en biopathologie médicale qui est partie en guerre contre l'art. 6 des critères généraux (A.M. du 30.4.1999, M.B. du 29.5.1999). Le GBS avait certes défendu le principe que tous les services de l'hôpital de formation devraient désormais être placés sous la conduite d'un médecin spécialiste. En cette fin du XXe siècle, cela pouvait effectivement être considéré comme une exigence de qualité minimale. C'est ce qui était prévu par les anciennes dispositions, mais uniquement pour quelques services de base. Le principe défendu a été repris dans le texte, avec toutefois une seule exception : le laboratoire de biologie clinique.

L'affaire est toujours en cours; une réplique à la partie adverse, c'est-à-dire l'Etat, vient juste d'être introduite.

Voici une anecdote qui n'est pas sans intérêt : la partie adverse exige des pièces très détaillées pour la recevabilité de la demande (pièces concernant la ratification de la décision par l'organe de direction de l'Union professionnelle, la validité des nominations des Président et Secrétaire, ratification des statuts originaux et des modifications les plus récentes, etc.). Nous faisons remarquer qu'en 1998, l'Etat a eu des exigences beaucoup moins complexes vis-à-vis de certaines associations représentatives qui s'étaient portées candidates aux élections médicales dans le cadre de la loi sur l'AMI.

IV.7. Commission d'agrération de la médecine d'urgence

Un autre élément juridique intéressant à signaler concerne l'arrêt rendu par le Conseil d'Etat au sujet de l'annulation de la composition de la commission d'agrération des médecins spécialistes en médecine d'urgence (⁵⁷). Le Conseil d'Etat a annulé la nomination des membres représentant les associations professionnelles (⁵⁸). Il a jugé qu'il était inacceptable que le BESEDIM (Belgian Society for disaster and emergency medicine) ait introduit des candidatures alors que cette association s'adresse également aux non-médecins. En revanche, le Conseil d'Etat a rejeté l'applicabilité des règles de représentativité dans le cadre de l'AMI. Nous pensons y voir un encouragement à renforcer la concertation parmi tous les groupements des disciplines respectives : les groupements syndicaux, scientifiques et professionnels.

IV.8. En bref...

Une année très productive (et chère) sur le plan des procédures judiciaires vient de s'achever. Parmi ces procédures, il y en a évidemment qui se poursuivront encore pendant des années. A titre d'exemple, les recours introduits contre les A.R. du ministre COLLA concernant les fonctions des urgences et du SMUR attendent encore leur règlement définitif.

Mentionnons en passant quelques autres des recours qui ont été introduits par les associations professionnelles : les rhumatologues contre la nouvelle nomenclature de la radiologie (forfaits ambulatoires) et la médecine physique contre la nomenclature de la revalidation.

V. URGENCES – SMUR – SOINS INTENSIFS : LENTEMENT MAIS SUREMENT, MAIS TRES LENTEMENT

V.1. Absolution générale

Dans mon rapport de l'année dernière (⁵⁹), j'avais donné un aperçu de la situation complexe du dossier urgences-SMUR-soins intensifs, qui sont généralement nommés ensemble en raison des multiples interactions.

Le 25 janvier 1999, le GBS a organisé, conjointement avec le VAS (Vlaams Artsensyndicaat), l'Aile flamande de l'ABSyM, une grève dans les hôpitaux, qui a été très suivie. Les spécialistes flamands estiment que l'ex-ministre Marcel COLLA a disloqué intentionnellement un système de prise en charge des urgences qui marchait correctement, et ce afin de servir les intérêts de quelques "copains". Le CVP a accordé

⁵⁷ Arrêté ministériel du 2.9.1994 portant nomination des membres de la commission d'agrération de médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en soins d'urgence

⁵⁸ Arrêt du Conseil d'Etat du 30 juillet 1999.

⁵⁹ "V.6. Problèmes soins urgents, soins intensifs et SMUR". Le Médecin Spécialiste n° 2, avril 1999

son soutien aux médecins, principalement parce que, dans son fief électoral de la Flandre occidentale, bon nombre d'hôpitaux de la V.V.I. risquent de connaître des problèmes. Le ministre COLLA a assoupli une nouvelle fois un certain nombre de règles, tout à fait contre sa volonté.

Les qualifications des médecins pouvant être incorporés sont élargies. Dans certaines situations, le SMUR peut quand même être assuré en combinaison avec les urgences par 2 au lieu de 3 médecins pourvu qu'un troisième soit appelable à son domicile. La grève a été suspendue pour une durée indéterminée.

A cette occasion, un front avait été constitué avec le GBS, l'ABSyM et l'ASGB, côté médecins, et le V.V.I. et le V.O.V., pour les hôpitaux. Par la suite, le président de l'ASGB, le Dr Robert RUTSAERT, a accusé le VVI d'avoir déconseillé la règle "de 3 à 2" au ministre et d'avoir insisté pour qu'il y ait un nombre maximum de membres de staff aux services des urgences. Ceci a été nié catégoriquement par la direction du V.V.I. (⁶⁰)

Quoi qu'il en soit, tous les problèmes n'étaient pas pour autant résolus. Pour les hôpitaux de petite taille, la charge imposée aux membres du staff assurant les permanences aux services d'urgences restait d'une longueur asociale et injustifiée. Le Dr Philippe VAN ISEGHEM, président du Conseil médical du St. Rembertziekenhuis de Torhout, a donné un nouveau coup d'adrénaline au débat en lançant un appel public à la résistance en direction des syndicats médicaux et des collègues (^{61, 62}).

Du fait de la crise de la dioxine, des élections et du changement de gouvernement qui a été suivi par les vacances parlementaires, il n'a plus été possible d'en faire bouger les choses dans le dossier des urgences. Dès l'entrée en fonction des nouveaux ministres des Affaires sociales et de la Santé publique, le dossier leur a été envoyé. Le 26 août, j'ai discuté de ce dossier avec le ministre VANDENBROUCKE pour la première fois. Il a promis de consulter sa collègue AELVOET, à qui nous avons expliqué le dossier le 21.10.1999.

A la fin du mois de septembre, le ministre annonce pour la première fois qu'il entend prévoir des moyens supplémentaires et qu'il est favorable à un assouplissement des normes (⁶³).

Le 14 octobre 1999, VANDENBROUCKE et AELVOET adressent une demande d'avis urgent au Conseil national des établissements hospitaliers, section "Programmation et agrément". Dans leur lettre, les ministres fédéraux donnent un fameux coup de bec aux ministres communautaires. Ils se demandent si les 142 lieux d'établissement pour les fonctions spécialisées des urgences, appartenant à 126 hôpitaux, remplissent bien toutes les normes de qualité. En d'autres termes, ils émettent des doutes quant au contrôle exercé par les communautés. De plus, il leur apparaît nécessaire de réexaminer les normes d'agrément portant sur l'encadrement et la permanence.

Ce dernier point semble positif, si ce n'est que le président du Conseil national, le Prof. Dr Jan PEERS, perçoit cette réorientation dans le contexte de la réduction de moitié du nombre de services agréés par les communautés. Ce faisant, il joue cavalier seul. En

⁶⁰ « Actualiteit ». « Spoed ». Artsenkrant n° 1171 12.3.1999.

⁶¹ "Spoedgevallen : kwaliteitsverlies door COLLA's normen". Artsenkrant nr. 1212. 28 septembre 1999.

⁶² "VANDENBROUCKE wijzigt K.B.'s van COLLA over spoedgevallen". De Morgen. 29 septembre 1999.

⁶³ « In antwoord op » « Halt aan de programmatie van zinloze ziekenhuispermanenties ». Artsenkrant nr. 1204, 3.9.1999

effet, avec 22 votes pour, 1 contre et 2 abstentions, l'assemblée plénière est arrivée à un quasi-consensus, à savoir qu'il était inacceptable de commencer par fixer des normes pour ensuite, lorsque les hôpitaux et les médecins ont investi dans l'encadrement et la présence, programmer à la Belge, en n'y allant pas de main morte.

Lors d'une nouvelle visite chez VANDENBROUCKE le 6 décembre 1999, la délégation de l'ABSyM a parlé durement contre ces plans. Chacun sait qu'en supprimant un service d'urgences, on sonne le glas d'un hôpital aigu ⁽⁶⁴⁾. Il est probable que les associations d'établissements hospitaliers auront transmis le même message.

Pour l'instant, les deux parties sont tranquillisées. Un arrêté ministériel du 19 janvier 2000 octroie un agrément à 148 hôpitaux ou sites avec une fonction spécialisée soins urgents intégrée dans le service 100 ⁽⁶⁵⁾.

Arrondissement administratif de Bruxelles-Capitale	16
Anvers	24
Brabant flamand	8
Limbourg	8
Flandre occidentale	20
Flandre orientale	17
Flandre	77
Brabant wallon	4
Hainaut	25
Liège	16
Luxembourg	4
Namur	6
Wallonie	55
BELGIQUE	148

La date d'entrée en vigueur de cet agrément est le 1er février 2000. Cette date a été choisie en fonction de la huitième (!) modification apportée en l'espace d'un an à l'A.R. du 2 avril 1965 régissant l'aide médicale urgente et le système d'appel unifié ⁽⁶⁶⁾.

L'A.R. du 16 novembre 1999 ⁽⁶⁷⁾ avait en effet prorogé la mesure transitoire rendue nécessaire après que COLLA ait tout mis sens dessus dessous, pour trouver une solution au problème constitué par le fait que, dans plusieurs zones d'intervention, il n'y avait encore aucun hôpital disposant d'un nouvel agrément "soins urgents spécialisés". Avec cet A.R., le préposé du système d'appel unifié avait la possibilité, jusqu'au 31 janvier 2000, de demander au service 100 de transporter la victime jusqu'à l'hôpital le plus proche "disposant d'un service approprié". A partir du 1er février 2000, celui-ci devient une fonction "soins urgents spécialisés" agréée, de sorte que, étant donné l'agrément

⁶⁴ « Spoedgevallen sluiten leidt tot revolutie ». Artsenkrant 1231, 14.12.1999.

⁶⁵ Arrêté ministériel du 19 janvier 2000 intégrant des fonctions « soins urgents spécialisés » agréées dans le fonctionnement de l'aide médicale urgente. Moniteur belge du 28.1.2000.

⁶⁶ Arrêté royal du 2 avril 1965 déterminant les modalités d'organisation de l'aide médicale urgente et portant désignation des communes comme centres du système d'appel unifié. Moniteur belge du 12.5.1965

⁶⁷ Arrêté royal du 16 novembre 1999 modifiant l'arrêté royal du 2 avril 1965 fixant les modalités d'organisation de l'aide médicale urgente et portant désignation des communes comme centres du système d'appel unifié. Moniteur belge du 17.12.1999, 3e édition

quasi général, ni les patients, ni les établissements ne seront victimes des fermetures potentielles.

V.2. Négociations GBS-BeCEP

Durant toute l'année 1999, il y a eu de temps en temps des contacts entre les membres du BeSEDIM (Belgian Society for Emergency and Disaster Medicine), du BeCEP (Belgian College of Emergency Physicians) et des membres du Bureau du GBS, et ce tant verbalement que par écrit. Le BeSEDIM est l'organisation scientifique qui s'occupe de la médecine d'urgence et compte également des non-médecins parmi ses membres (cf. IV.7.). Le BeCEP est l'organisation professionnelle qui regroupe les médecins ayant un titre professionnel en soins d'urgence.

Le 29 novembre, le bureau du GBS, élargi au Dr Rudy VANDRIESSCHE, président du VAS-Anvers, Limbourg, Brabant flamand, en sa qualité de délégué de l'ABSyM, a reçu une large délégation du BeCEP, comprenant entre autres le Dr J.B. GILLET, président, et le Dr Agnes MEULEMANS, secrétaire.

Les problèmes des deux partis ont été exposés objectivement dans une ambiance très constructive. Le BeCEP examinera plus avant s'il existe suffisamment de convergences avec le GBS pour envisager une éventuelle affiliation. Une nouvelle rencontre est prévue le 8 février prochain.

V. 3. Le groupe de travail ad hoc relatif aux critères de participation aux activités de la fonction soins d'urgence spécialisés

Dans une des pénibles discussions concernant les soins d'urgence, il fut convenu avec le Dr Jean-Paul DERCOQ, Conseiller général de l'Art de Guérir qu'une commission "ad hoc" définirait les critères minima auxquels les candidats spécialistes dans une des treize disciplines donnant accès à la formation au titre professionnel en médecine d'urgence, pourrait participer aux permanences médicales des fonctions SMUR et soins d'urgence spécialisés. De concertation avec l'ABSyM, une commission mixte de sages fut constituée, composée de six spécialistes en médecine d'urgence et six spécialistes des disciplines de base : deux anesthésistes, deux chirurgiens, un interniste et un pédiatre.

Le 21 octobre 1999, ce groupe de travail ad hoc conclut que la formation qui avait été prévue pour les médecins porteurs du brevet de médecine aiguë⁽⁶⁸⁾, doit être incorporée dans la formation de base pour l'obtention du titre de médecin. Aussi longtemps que les universités n'auront pas mis en oeuvre cette adaptation dans les programmes de formation, il est créé, à titre de mesure transitoire, la possibilité pour les assistants de suivre une formation théorique et pratique similaire durant les quatre premiers mois de leur formation dans une des treize spécialités, et d'effectuer ensuite quatre mois de stage dans une fonction de soins urgents spécialisés. Ce stage doit être sanctionné par une évaluation favorable par le maître de stage de la spécialité concernée.

Le projet d'Arrêté Ministériel issu de cette réunion, a été faxé, le 22 octobre 1999, aux membres du groupe de travail. Depuis lors, plus de nouvelles.

⁶⁸ 12 novembre 1993. Arrêté ministériel fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en soins d'urgence, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en soins d'urgence. Article 5, par. 2, 2°, b. Moniteur belge 13 janvier 1994

Les médecins porteurs de brevet de médecine aiguë, le plus souvent des médecins généralistes, même si tout médecin peut l'obtenir, se sentent peut-être menacés de devenir la victime de la surenchère normative de COLLA, craignant que leur place soit prise par un spécialiste en formation.

La Belgian Association of General Emergency Practitioners (BAGEP), une Union professionnelle constituée en 1998 par des médecins généralistes ayant pratiqué à temps plein en service d'urgence et comptant environ 120 membres ⁽⁶⁹⁾, a cherché le contact avec les syndicats médicaux pour les aider à mettre sur pied un statut.

Ils se sont également profilés dans la presse médicale. Tous les spécialistes ou spécialistes en formation n'apprécieront peut-être guère les déclarations de certains membres de leur Comité de direction dans l' "Artsenkrant" ⁽⁷⁰⁾, à savoir les Drs Guy KERVYN et Ortwin DEBELS, que nous avons rencontrés le 02.11.99.

V. 4. Et pour finir ... le financement.

Comme mentionné sous II. 3., le Ministre VANDENBROUCKE, prévoit, moyennant certaines conditions, un financement complémentaire pour les honoraires d'urgence, et ce à concurrence de 300 000 000 BEF. Lors de la réunion plénière du Conseil Technique Médical du 01.02.2000, une proposition de modification de la nomenclature des permanences médicales (art. 25) a été approuvée. Celle-ci vise à mettre en concordance la réglementation de la Santé Publique avec celle de l'Assurance-Maladie, de manière à permettre l'adaptation de trois à deux médecins de permanence à l'hôpital. Cette proposition a l'avantage que les hôpitaux qui ne disposent que d'une permanence de base avec ou sans la fonction de première prise en charge des urgences, ne sont pas punis et ont même une légère augmentation de 33 BEF par admission. Les hôpitaux avec permanence de base et qui ont uniquement une fonction d'urgences agréée ont une augmentation de 67 BEF par admission (à noter que le médecin qui assure la permanence des urgences peut exercer également la permanence de base). Les hôpitaux qui disposent non seulement d'une fonction d'urgences agréée mais également d'une fonction de soins intensifs agréée et qui a souvent la responsabilité de la fonction SMUR y gagneront financièrement (\pm 333 BEF par admission) mais pourront de cette manière financer également la permanence pour le SMUR.

Pour 2000, les 300 millions promis suffisent pour financer cette modification, étant donné que la nouvelle nomenclature ne peut pas entrer en vigueur avant le 1er mai 2000. Cette proposition doit encore passer par la Médico-Mut et les autres organes de l'INAMI.

VI. FORMATION ET AGREATION DES MEDECINS SPECIALISTES

VI.1. Le Conseil Supérieur des Médecins Spécialistes et des Médecins Généralistes

Le Conseil Supérieur ne s'est plus réuni depuis le 5 novembre 1998. Il n'a d'ailleurs plus été convoqué par la suite. Peut-être est-ce dû au fait que lors de cette réunion turbulente consacrée à l'organisation de la fonction "soins urgents spécialisés", les membres avaient exigé le vote d'une motion de confiance à l'égard du Ministre COLLA. Le Président du

⁶⁹ "Huisartsen op spoed. BAGEP". Artsenkrant nr. 1223. 16 november 1999

⁷⁰ "Spoed is wat anders dan een specialist bellen". Artsenkrant nr. 1226. 26 november 1999.

Conseil, le Dr J.P. DERCOQ, a fait la sourde oreille malgré la répétition de la demande à trois reprises. Un compte rendu de cette réunion ne nous est toujours pas parvenu.

Cependant, des réunions "partielles" ou "satellites" ont eu lieu régulièrement au titre de "groupe de travail du Conseil Supérieur", sans toutefois qu'un quelconque feed back soit organisé et sans que le Conseil Supérieur puisse avoir l'occasion de confirmer, voire corriger quelque projet de décision que ce soit. Ce dysfonctionnement fait singulièrement contraste avec la fluidité fonctionnelle d'autres organes au sein du Ministère de la Santé Publique, comme par exemple le Conseil National des Etablissements Hospitaliers. Toute une série de recours en annulation auprès du Conseil d'Etat concernant les mesures récentes en matière d'oncologie (voir "le contentieux du G.B.S.", cf. IV.6.) pourra être attribuée directement à cette lacune. D'autres arrêtés également comme celui relatif à la néonatalogie (A.M. 03.05.99 - M.B. 08.07.99), n'auraient probablement pas dû être adaptés a posteriori, si la procédure de consultation et d'avis préalable avait été appliquée correctement.

Selon l'art. 5, § 5 de l'A.R. du 21.04.1983, le Conseil Supérieur peut "créer des groupes de travail chargés d'une mission déterminée". Toutefois, le Conseil Supérieur n'a jamais délégué une mission générale à un groupe de travail ou à certaines personnes, et même si cela avait été interprété comme tel, ce serait illégal. En ce qui concerne le cas particulier de l'oncologie, le Conseil d'Etat dispose en tout cas de preuves précises qu'une mission particulière n'a jamais été donnée en la matière.

Il faut ajouter que durant l'année et demie qui vient de s'écouler, aucune information n'a jamais été fournie aux membres du Conseil Supérieur concernant les travaux et considérations desdits "groupes de travail". La correspondance récente de certains confrères ayant participé à ce type de réunion semble confirmer qu'aucun rapportage ne serait organisé concernant les travaux.

Nous ne pouvons dès lors que constater que les dispositions de l'art. 5 de l'A.R. du 21.04.1983, et plus particulièrement son paragraphe 6 (convocations, exigences de quorum, agenda, majorité proportionnelle requise généralistes/spécialistes selon la matière traitée, modalités formelles de délibération, etc.), ne sont pas ou à tout le moins, incorrectement appliquées.

VI.2. Modifications de l'Arrêté de base (A.R. du 21.04.1983)

Comme un coup de tonnerre dans un ciel (désespérément peu) serein, le Moniteur du 24 juin 1999 a publié, en même temps que la loi relative aux pratiques non conventionnelles, un A.R. du 16 mars 1999 (entrée en vigueur dix jours après publication), prévoyant que :

- le plan de stage devrait dorénavant être accompagné d'une "attestation qui prouve que le candidat est retenu par une faculté de médecine pour la discipline dans laquelle il compte se former".

(N.B. : le texte ne mentionne pas expressément qu'il doit s'agir d'une faculté belge). Il n'est dès lors pas exclu que l'A.R. du 14.01.93 (M.B. du 10.03.93) fixant la liste des diplômes, certificats et autres titres de médecins délivrés par les Etats membres de la Communauté Européenne, laisse des possibilités d'interprétation).

- l'agrément nécessite dorénavant "une attestation qui prouve que le candidat a suivi avec fruit une formation universitaire spécifique; pour les candidats spécialistes, cette formation doit avoir coïncidé avec les deux premières années de la formation".

Emboitant le pas aux réactions spontanées de divers maîtres de stage d'hôpitaux périphériques, reconnus pour une formation complète, parmi lesquels certains "dispensateurs" de la Cour, le Prof. J. GRUWEZ a publié dans "De Standaard" (12.07.99) de très acerbes critiques qui, à leur tour, suscitèrent plusieurs réactions, notamment de la part du Dr J.P. DERCOQ, Conseiller général de la Direction de l'Art de Guérir, Ministère de la Santé Publique, qui réfutait, quelques jours plus tard, dans le même journal, les objections juridiques de notre Vice-Président et, plus récemment encore, de la part du Prof. Dr R. VERDONK, Président de l'Union professionnelle des chirurgiens orthopédiques, qui ne cachait pas son irritation quant au langage expressif de l'article, qu'il estimait peu favorable à la bonne entente entre différentes collectivités médicales.

Le but n'était certainement pas de provoquer des polémiques internes. Le Prof. GRUWEZ regrettait surtout que la mise à l'écart du "circuit libre" de la formation n'ait jamais fait l'objet d'une discussion ouverte et réfléchie préalable au sein du Conseil Supérieur.

Face à cet encrage universitaire de la formation et de l'agrément des médecins spécialistes, il proposait avec insistance l'organisation d'une épreuve de sélection nationale, le candidat sélectionné ayant le libre choix quant au lieu de stage tant universitaire qu'extra-universitaire.

Cette intéressante piste de réflexion méritait au moins une discussion au sein du Conseil Supérieur.

Mais une autre raison justifiait davantage encore l'examen préalable des mesures au sein du Conseil Supérieur (comportant désormais une délégation de candidats spécialistes) : le nouvel Arrêté Royal ne prévoyait pas de mesures transitoires. On pouvait dès lors se poser la question si "l'attestation de formation universitaire spécifique" et "l'attestation de sélection" devenaient d'emblée une exigence supplémentaire pour les plans de stage déjà approuvés. Pour informer les candidats spécialistes et pour leur fournir la possibilité de prendre des mesures conservatoires, si nécessaire, nous leur avons adressé, début juillet, une lettre circulaire accompagnée de plus amples informations concernant les mesures transitoires, alors récemment parues également, en matière d'oncologie, d'oncologie médicale et de néonatalogie.

Le 13 juillet 1999, la Ministre AELVOET nous certifiait que les nouvelles dispositions seraient appliquées exclusivement aux nouveaux plans de stage introduits à partir de septembre 1999. Toutefois, il est apparu par la suite que certains maîtres de stage n'interprétaient pas les choses de la même façon et qu'en cas de modification de plan de stage, des difficultés pouvaient se produire, jusqu'à présent toutefois, sans conséquences dommageables pour les candidats spécialistes.

VI.3. Les nouveaux critères généraux de formation et d'agrément (A.M. du 30.04.99 - M.B. du 29.05.99)

Après la clôture définitive des débats en séance plénière du Conseil Supérieur, le 23.05.97, précédée d'une série de discussions au sein de la Commission Nationale Paritaire Médecins Hôpitaux, au sujet du statut pécuniaire et social des candidats

spécialistes, le projet approuvé relatif aux critères généraux de formation et d'agrément des médecins spécialistes avait disparu au congélateur.

La surprenante réapparition d'un Arrêté Ministériel non daté du Ministre COLLA sur le site Internet du Ministère de la Santé, ne manqua pas de susciter, dès janvier 1999, de très vives réactions, notamment de différents professeurs d'anesthésie, quant aux possibilités des futurs anesthésistes en matière de participation aux soins urgents. Le texte de l'A.M. comportait en effet des interférences évidentes avec les discussions quasi conflictuelles à l'époque au sujet des normes de COLLA relatives au service d'urgence, plus particulièrement en ce qui concerne les spécialités compétentes pour assurer les permanences médicales. Apparemment, même au congélateur, le texte avait subi quelques manipulations restées inaperçues jusque là. Grâce à l'intense concertation, notamment du Prof. GRUWEZ, au niveau de l'Administration de l'Art de Guérir, le texte a pu être adapté de manière à garantir aux 13 spécialités de base (anesthésie, chirurgie, médecine interne et spécialités apparentées, y compris la neurologie), les possibilités de formation dans les services d'urgence.

Mais : nouvelle surprise ! La mention sur le site du Ministère de la Santé Publique des barèmes de rémunération des candidats spécialistes, ne manquait pas de susciter les réactions à portée nettement plus politique de certaines facultés. Le texte de l'Arrêté Ministériel déjà signé par COLLA, fut soumis à un nouvel examen par le Premier ministre DEHAENE, après l'intervention de l'ex-Ministre des Finances, Herman VAN ROMPUY. A un certain moment, on aurait même cru que les nouvelles dispositions ne passeraient pas le cap du terme de la législature. La publication au Moniteur du 29 mai mit fin au doute, les dispositions de l'A.M. ayant été légèrement adoucies par une solution transitoire pour les rémunérations minimales (résorption à concurrence d'un tiers par an, de la différence de rémunération par rapport à 1998 - 1999, et ce jusqu'au 01.09.2001).

Non seulement, le statut pécuniaire des candidats spécialistes, mais également la définition plus stricte de la durée des activités, la limitation du nombre de gardes et l'introduction des temps de récupération semblent poser des problèmes. Divers maîtres de stage en chirurgie et en chirurgie orthopédique avaient calculé l'effet que ces mesures produiraient, pour leur spécialité, en termes de réduction de la durée globale de formation : de 72 mois, on passerait à 48 ou 53 mois, ce qui, selon certains maîtres de stage, nous ramène "au schéma de formation des années 60". Plus récemment encore, l'Union professionnelle de neurochirurgie signalait son inquiétude au Conseil Supérieur, la restriction des périodes de garde créant des problèmes pour les neurochirurgiens en formation quant à l'expérience nécessaire à acquérir dans certaines techniques neurochirurgicales essentielles mais non fréquentes.

Selon le Dr DERQC (réunion de groupe de travail 07.12.99), cela ne soulèverait aucun problème, puisque l'art. 5 point 18 de l'A.M. du 30.04.99 prévoit la possibilité de conclure des arrangements dérogatoires par rapport aux autres conditions de l'art. 5, à convenir entre le maître de stage et l'assistant. Tant qu'il n'y a pas de plainte, il n'y aurait aucun problème. Même sur le plan de l'assurance R.C. professionnelle. Les exceptions étant prévues expressément dans la loi, celles-ci ne pourraient poser aucun problème ni pour le maître de stage, ni pour l'hôpital de stage, sur le plan de l'assurabilité des actes médicaux du stagiaire, même si celui-ci travaille plus longtemps que légalement prévu.

Nous craignons devoir mettre en doute cette affirmation, étant donné que l'art. 5, notamment les points 17 à 24, règlent, d'une part, les droits minimaux des candidats

spécialistes et, d'autre part, les obligations maximales que le maître de stage peut imposer. Il est vrai que des règlements particuliers peuvent être soumis au Conseil Supérieur, qui doit cependant les approuver. Un règlement particulier non approuvé comporte donc certains risques. Apparemment, le problème semble surtout trouver son origine dans l'assimilation a priori de certaines gardes (périodes de repos partiellement interrompues par des activités médicales) à la notion de "garde sur place" ("staande wacht" dans le texte néerlandais).

Dans le numéro de septembre 1999 du "Médecin Spécialiste", certains éléments de ces critères généraux ont été traités plus en détail; toute une série de questions posées par des collègues y ont été commentées par le Dr DERCQ.

Enfin, le 23 mars 1999 le GBS avait fait une observation plus spécifique au ministre concernant la disposition de l'art. 6 point 4, selon laquelle quatre services seulement de l'hôpital de stage devaient être dirigés par un médecin spécialiste reconnu : le service de médecine interne, de chirurgie, gynécologie-obstétrique et de radiodiagnostic. Nous estimions qu'à la veille du 21^e siècle, il serait logique que tous les services d'un centre de formation soient placés sous la direction d'un médecin spécialiste reconnu. Cette proposition ne fut acceptée que partiellement puisqu'une exception injustifiable a été maintenue : le laboratoire de biologie clinique (cf. "le contentieux du GBS", cf.IV.6.).

VI.4. Les commissions d'agrération

Le 9 février 1999, le Dr J.P. DERCQ adressait à l'ABSyM une demande de présenter, avant la fin du mois de mars 1999, les listes des candidats en vue de la recomposition des commissions d'agrération, à savoir 7 des 8 candidats (sur liste double) pour les commissions d'agrération néerlandophones et 5 sur 6 pour les commissions francophones. Le GBS ne reçut aucune demande. Conformément à l'accord de collaboration ratifié par cette Assemblée générale, le 6 février 1999, l'ABSyM transmet copie de la demande ministérielle au GBS, pour consultation des unions professionnelles respectives, lesquelles disposaient du droit d'initiative. Compte tenu de l'approche imminente du changement du gouvernement, l'Administration fit savoir à l'ABSyM que les nominations seraient faites par le nouveau gouvernement.

A part quelques spécialités, les listes comportant quelques 700 noms, étaient prêtes fin juillet. Le "crash" complet de notre système informatique, attribué à un orage violent, allait causer des retards considérables, si bien que les listes complètes ne pouvaient être transmises au ministère qu'au 30.09.1999. Une fois de plus, nous insistions sur les résultats des élections médicales selon lesquelles l'ABSyM avait droit à 7 représentants néerlandophones et 5 francophones.

Après apparition sur le site internet du ministère de la Santé Publique, la composition des différentes commissions (A.M. du 24.12.1999) fut publiée au Moniteur Belge du 29 janvier 2000 avec entrée en vigueur au 01.01.2000.

Apparemment, la ministre n'a pas souhaité appliquer le partage des sièges issu des résultats des élections syndicales pour les médecins spécialistes. Dans les commissions d'agrération néerlandophones, 6 places seulement ont été attribuées à l'ASByM, au lieu de 7, et au moins 2 au CARTEL, au lieu de 1. Pour les commissions francophones, le nombre correct a été attribué. Les unions professionnelles de différentes spécialités avaient cependant chaque fois, outre les 7 candidats GBS-ABSyM, présenté un 8^e

candidat (non ABSyM), "en qualité de membre GBS ayant fait preuve de mérites particuliers dans le fonctionnement de l'union professionnelle et dans la spécialité". Ces candidats furent tous nommés. Bien souvent, il s'agissait d'un confrère à affinité CARTEL. Lors des nominations définitives, ce dernier se vit toutefois attribuer un candidat additionnel, causant chaque fois l'évacuation d'un candidat ABSyM. Selon les informations obtenues auprès des services compétents, cela n'aurait pas été fait intentionnellement. Généralement, le dernier candidat ABSyM par ordre alphabétique a été remplacé par un candidat du CARTEL.

Malgré les énormes efforts des unions professionnelles et des secrétariats tant de l'ABSyM que du GBS, la présentation de ces candidatures devrait pouvoir être améliorée : sélectionner 700 noms n'est pas une sinécure. Les retards sensibles des premières propositions, la difficulté des contacts durant la période des vacances et les ennuis techniques de nos ordinateurs n'ont pas simplifié les choses.

Par ailleurs, les exigences légales en matière d'équilibre entre hommes et femmes ont provoqué plusieurs surprises. Dans certaines spécialités, les dames figurant en seconde liste ont été placées en première liste par la ministre, nos confrères se trouvant dès lors dans une situation nettement minoritaire. La commission d'agrégation néerlandophone de rhumatologie est composée de 2 hommes et de 6 femmes, ce qui est contraire à la loi.

Nous avons demandé à Madame la Ministre de bien vouloir apporter un certain nombre de corrections. Il est par exemple apparu qu'en commission néerlandophone de gastro-entérologie, un candidat non reconnu a été désigné comme spécialiste dans cette discipline. Le plus regrettable, toutefois, est que toute une série de collègues ayant participé activement et avec expertise aux travaux des commissions d'agrégation, dont même certains anciens présidents, ont été renvoyés tout à fait arbitrairement. Dans certains cas, ils ont été remplacés par des collègues qui, peu intéressés, avaient accepté de figurer sur la seconde liste (fictive), ne s'attendant nullement à être nommés. Nous espérons donc que dans le courant des mois à venir, la composition des commissions d'agrégation pourra être évaluée quant à l'intéressement et à la participation réelle, et que les adaptations nécessaires pourront avoir lieu. Nous demandons aux membres des commissions d'agrégation de bien vouloir informer leur union professionnelle de telles situations, afin de permettre à celle-ci de présenter un candidat intéressé.

VI.5. Nouveaux critères particuliers

VI.5.1. L'oncologie et l'oncologie médicale

Lorsque l'ex-ministre de la Santé Publique, Marcel COLLA, après 15 jours de congé à Pâques, réalisait que son projet relatif aux programmes de soins oncologiques ne parviendrait pas à l'état publiable avant les élections du 13 juin, il l'abandonna en concentrant toute son énergie sur l'agrégation aux titres particuliers.

Quelques adaptations à l'initiative du Prof. GRUWEZ ne suffisaient pas pour écarter les objections sérieuses de différentes spécialités contre ce projet. Le résultat était que, une fois publiées au Moniteur du 22.06.1999, ces mesures allaient entraîner une série de recours en annulation auprès du Conseil d'Etat (cf. "Le contentieux du GBS", cf. IV.6.).

La modification de dénomination "radiothérapie-oncologie" ne posait aucun problème, mais bien l'erratum du ministre COLLA publié au Moniteur du 31.08.99., entravant

définitivement l'accès des radiothérapeutes à l'oncologie médicale (lisez chimiothérapie - cf. note Dr. DERCQ septembre 1999).

En réponse à notre lettre au Prof. Dr KEIRSE, le chef de cabinet de la ministre AELVOET, concernant les conséquences inquiétantes de cet erratum, la ministre demandait (le 25.10.1999) que toute la problématique de l'oncologie soit réexaminée par le Conseil Supérieur.

Après un entretien explorateur informel à la demande du Prof. Dr Simon VAN BELLE et en présence des Professeurs DEGREVE et GRUWEZ, ainsi que les Drs HUGET et moi-même (le 17.11.1999), plusieurs points de friction subsistaient. Le Prof. VAN BELLE se déclarait d'accord avec la liaison directe des compétences particulières aux titres des spécialités de base respectives, mais il souhaitait conserver la dénomination "oncologue médical" conformément à la dénomination de la "Belgian Society of Medical Oncology". Ce titre serait alors exclusivement accessible à l'interniste et au pédiatre. Quant à l'accès à la chimiothérapie, il estimait qu'il fallait faire la distinction entre la chimiothérapie existante, accessible à tous les spécialistes, et la chimiothérapie nouvelle qui ne pourrait être utilisée que par les oncologues et oncologues médicaux. Pour le Prof. S. VAN BELLE, le but de l'agrégation particulière devait être d'écartier les "amateurs" de la chimiothérapie.

Sur invitation du GBS, les représentants des unions professionnelles rencontraient les délégués des commissions d'agrégation respectives (le 02.12.1999), en présence du Prof. S. VAN BELLE. De cet important échange d'opinions, il est clairement apparu que dans la plupart des disciplines, les soins oncologiques ou une partie importante de ceux-ci font partie intégrante de la spécialité de base, l'introduction d'un titre particulier n'étant dès lors pas jugée vraiment utile.

Le 1er février 2000, un nouveau projet de texte fut soumis à un "groupe de travail" (une fois de plus) du Conseil Supérieur. Ce nouveau projet d'arrêté ministériel comporte les éléments suivants :

- La définition de "l'oncologie" : "l'ensemble des connaissances fondamentales, cliniques et techniques spécifiques se rapportant à la prévention, au dépistage, au diagnostic, au traitement et au suivi des maladies tumorales de l'adulte et/ou de l'enfant, incluant tous les tissus de l'organisme humain et dans toutes les phases de cette maladie".

- La formation et l'agrégation en oncologie médicale et en oncologie pédiatrique : elles deviennent des spécialités distinctes, issues d'un tronc commun de médecine interne. Durée de formation 6 ans, dont 3 ans d'oncologie médicale ou pédiatrique. Les gastro-entérologues ou pneumologues, agréés ou en formation, peuvent, après trois années de formation de base en médecine interne et moyennant trois années de stage dans un service de stage polyvalent d'oncologie médicale, obtenir le titre professionnel d'oncologue médical, moyennant renonciation à agrégation initiale.

Les dispositions transitoires (oncologie médicale et pédiatrique) : le médecin spécialiste qui apporte la preuve qu'il exerce l'oncologie médicale ou l'oncologie pédiatrique de manière substantielle et importante, depuis quatre années au moins, peut demander dans les deux ans son agrégation à condition de renoncer à son agrément initial.

On ne peut que deviner quelles sont les spécialités visées. Puisque le projet d'arrêté ministériel ne mentionne la radiothérapie-oncologie que parmi les dispositions transitoires

du chapitre IV (compétences particulières en oncologie - voir infra), on a l'impression qu'il s'agit, une fois de plus, d'une tentative d'écarter cette spécialité de l'oncologie médicale. La mention expresse de cette spécialité dans les dispositions transitoires relatives à l'oncologie médicale serait un petit geste permettant d'éviter une nouvelle injustice.

L'arrêté comprend une définition très détaillée des types et des niveaux d'activité des services de stage, y compris la polyclinique et l'hôpital de jour, ainsi que des normes d'environnement (services de stage agréés en chirurgie, médecine interne, pédiatrie, radiodiagnostic, biologie clinique, anatomie pathologique, microbiologie, radiothérapie ainsi que dans la spécialité non encore reconnue d' "hématologie").

Un règlement distinct est prévu concernant la compétence particulière en oncologie, accessible à une liste apparemment corrigée de spécialités (art. 6 § 1) à laquelle ont été ajoutées l'ophtalmologie et l'hématologie. Cette compétence nécessiterait une formation de deux ans, dont une durant la formation dans la spécialité de base. Dérogation pour la pneumologie (art. 7 § 2), cette formation peut être incorporée dans la formation supérieure de la spécialité de base, moyennant une durée de formation totale de six ans. Les dispositions transitoires ont été rédigées selon le schéma classique : au moins quatre années d'exercice dans la discipline oncologique concernée après l'agrégation comme médecin spécialiste.

Compte tenu de l'étendue extrêmement large de la définition de l'art. 1, le projet crée un sérieux problème de contenu des spécialités, l'oncologie médicale et l'oncologie pédiatrique devenant des spécialités distinctes. L'oncologie se déchire donc dans sa totalité de la spécialité de base. A moins que soit ajouté expressément à la définition que l'oncologie fait partie intégrante des spécialités de base mentionnées à l'art. 6 § 1. On peut d'ailleurs se poser la question si la médecine interne et la pédiatrie ne devraient pas également figurer dans cette liste. En fait, le problème du détachement de l'oncologie n'est résolu que pour la spécialité de pneumologie grâce à la dérogation de l'art. 7 § 2.

Puisque les critères généraux d'agrégation prévoient que le médecin spécialiste s'engage à exercer exclusivement sa spécialité, il serait logique que la contradiction entre d'une part une spécialité d'oncologie médicale ou pédiatrique et d'autre part une compétence particulière en oncologie (sous-partie d'une spécialité) soit levée.

VI.5.2. La néonatalogie

Dans les arrêtés relatifs aux normes N* et NIC (A.R. du 20.08.1996 - M.B. du 01.10.1996), le ministre COLLA avait prévu l'exigence particulière d'un pédiatre avec expérience particulière en néonatalogie, défini comme suit :

"- soit être porteur du titre professionnel particulier de médecin spécialiste en néonatalogie" (un titre n'existant pas jusqu'au 8 juillet dernier)
- "soit aussi longtemps qu'aucun titre professionnel particulier ne consacre cette qualification particulière, être notoirement connu auprès de la commission d'agrégation des médecins spécialistes en pédiatrie comme particulièrement expérimenté en soins néonataux; la constatation de cette notoriété générale doit apparaître d'un avis de la commission d'agrégation".

Malgré toutes les interventions - et les habituels recours en annulation auprès du Conseil d'Etat - de l'Association des Pédiatres, Marcel COLLA refusait avec entêtement, d'adapter

cette disposition qui s'appliquait tant à la fonction N* (fonction soins locaux néonataux) qu'à la fonction NIC (néonatalogie intensive).

En juillet 1999, l'Association des Pédiatres faisait connaissance avec un second trait de caractère de Marcel : la diligence impulsive, même posthume, parce qu'il n'était déjà plus ministre depuis plus d'un mois lorsque l'arrêté ministériel du 03.05.1999 relatif aux titres professionnels particuliers en néonatalogie fut publié au Moniteur Belge du 08.07.1999. Pour obtenir le titre de néonatalogue, le pédiatre doit dorénavant avoir suivi une formation de deux ans, dont une durant la formation de pédiatrie, et ce exclusivement dans des services où sont pratiqués en permanence tous les aspects des soins néonataux intensifs et non intensifs. De même, les dispositions transitoires habituelles - au moins quatre années d'expérience - ne sont valables que pour une activité principale en service NIC.

Depuis les arrêtés de 1996, les commissions d'agrégation de pédiatrie s'étaient mis à délivrer des certificats de compétence néonatalogique aux pédiatres exerçant dans les unités NIC ou N*. Entre-temps, COLLA organisait de nouvelles exigences qui allaient mettre les staffs médicaux des unités N* au pied du mur en obligeant ces confrères à fonctionner dans l'illégalité. Il s'agit là d'un des plus beaux exemples des aberrations dans la politique de santé belge, malheureusement non mentionné dans le rapport "PEERS".

L'Académie belge de Pédiatrie, fraîchement créée, a décidé de demander à l'actuelle ministre de supprimer les exigences de compétence, devenues inutiles pour les sections N*. Le Dr PLETINCX, président de l'Académie, et le Prof. Dr DEVLIEGER, président des néonatalogues-intensivistes, ont exposé le problème au Dr DERCQ et ensuite, en présence du Prof. Dr PROESMANS, vice-président de l'Académie et président de la SPB, au Prof. Manu KEIRSE, chef de cabinet de la ministre AELVOET. Les deux entretiens ont récolté la promesse que les adaptations nécessaires seraient faites.

VII. LES "COLLEGES DES MEDECINS"

Le 25 mars 1999 fut publié au Moniteur l'Arrêté Royal du 15 février 1999 relatif à l'évaluation qualitative de l'activité médicale dans les hôpitaux, pris en exécution de l'art. 15 de la loi coordonnée sur les hôpitaux du 07.08.1987, qui prévoit la possibilité de mesures spécifiques en matière de contrôle de qualité interne et externe des activités médicales dans les hôpitaux, sous la responsabilité du médecin-chef.

En fait, cet arrêté fantôme dormait depuis deux ans au moins dans un tiroir de la Bisschoffsheimslaan. De temps à autre, des notions qui en étaient empruntées apparaissaient dans divers projets (programme de soins cardiaques, projet d'arrêté relatif à la "fonction de soins urgents spécialisés" etc.) sans que quelqu'un puisse dire exactement de quoi il s'agissait : après "le Collège des Médecins" figurait généralement un grand point d'interrogation, écrit à la main par l'un ou l'autre initié, sur les copies de projet diffusées confidentiellement.

Le "suspense" était entretenu habilement par le cabinet parce que, même lorsque l'arrêté était signé, le projet difficilement négocié relatif à la "fonction soins urgents spécialisés" y faisait expressément référence en ces termes : "l'A.R. du 15 février " suivi de trois points. Pas moyen d'en savoir plus. A l'époque nous étions au moins mi-mars 1999. Est-ce dire que le cabinet de la santé publique était déjà plongé dans une atmosphère à la Hitchcock généralisée, peut-être induite par ... la dioxine.

Le projet prévoyait donc une évaluation interne et externe pour les services et fonctions suivants :

- radiothérapie
- traitement de l'insuffisance rénale chronique
- service d'imagerie médicale avec résonance magnétique
- fonction "soins d'urgence spécialisés"
- fonction "soins intensifs"

D'autre part, ces dispositions étaient applicables au programme de soins prévu par l'article 9 ter de la loi sur les hôpitaux. Plus tard, nous avons constaté que même les programmes de soins cardiologiques abandonnés dans la course aux élections, tombaient sous ces dispositions, ainsi que les services de "gériatrie" et "néonatalogie intensive" non mentionnés pourtant dans l'arrêté original.

Les unions professionnelles des spécialités et disciplines concernées ont été informées par la voie d'une lettre circulaire circonstanciée par notre président, J. MERCKEN, qui insistait sur toute l'importance des "collèges des médecins" dont la composition est le quasi reflet de la politique suivie par la plupart des unions professionnelles durant ces dernières années, à savoir les "consilia" créés dans le but de faire la synthèse des instances professionnelles et scientifiques de la spécialité.

Après un entretien téléphonique de J. VAN DEN NIEUWENHOF, le 27 avril, avec le Dr P. MEEUS du ministère de la Santé publique, le Dr J. MERCKEN reçut le 28 avril 1999 une lettre officielle du directeur général de la santé publique, M. Chr. DECOSTER, demandant au GBS de présenter des candidats pour les différents collèges. Date ultime : le 30 avril 1999. Un mois plus tôt, un membre du personnel non avisé avait adressé un exemplaire de l'annuaire du GBS au Dr P. MEEUS, à sa demande, malheureusement sans autre commentaire ou information.

Il a dès lors fallu en un temps record présenter des propositions concrètes pour les quelques disciplines ne disposant pas d'une équipe directrice spécifiquement responsable mentionnée dans l'annuaire du GBS, notamment la gériatrie, la néphrologie, la médecine d'urgence, la chirurgie cardiaque. D'où la nécessité d'élaborer une structuration aussi complète que possible des titres professionnels et des compétences au sein du GBS et dans son annuaire.

La composition des collèges en matière des soins d'urgence spécialisés, soins intensifs, RMN, radiothérapie, médecine reproductive, gériatrie, insuffisance rénale chronique, et néonatalogie intensive a été publiée du Moniteur Belge du 15/09/1999 (A.M. du 16.04.1999 fixant le nombre de membres; A.M. de nominations des membres).

VIII. LE DEBAT SUR L'EUTHANASIE ET LE PROJET DE LOI SUR L'EUTHANASIE

VIII.1. Les débats au Comité de bioéthique

En 1996, Raymond LANGENDRIES (PSC), à l'époque président de la Chambre, et Frank SWAELEN (CVP), à l'époque président du Sénat, demandent au Comité consultatif de bioéthique de formuler un avis concernant l' "euthanasie et le testament de vie".

Début 1996, Marcel COLLA sidère et le gouvernement et les partisans d'une législation sur l'euthanasie en faisant savoir qu'il a demandé qu'il soit mis fin aux souffrances de sa mère qui était, il est vrai, condamnée ⁽⁷¹⁾.

Les débats au sein du Comité de bioéthique de cette même année se sont par contre déroulés sereinement. Le Comité a formulé quatre propositions concernant l'euthanasie pour les patients pouvant exprimer ou ayant exprimé leur volonté. Celles-ci peuvent être résumées grosso modo de la façon suivante.

La première soustrait l'euthanasie de la loi pénale pourvu que certaines conditions, dont le respect est contrôlé a posteriori, soient remplies.

La deuxième proposition introduit une procédure analogue, mais maintient l'euthanasie dans le code pénal. C'est la situation qui prévaut actuellement aux Pays-Bas.

La troisième proposition ne modifie pas non plus la loi pénale, mais elle requiert un débat éthique a priori sur toutes sortes d'aspects des décisions médicales concernant la vie finissante. Cette proposition met également l'accent sur la "situation sans issue" du patient, l' "état de nécessité", la "phase terminale" de la maladie, ce qui constitue une différence essentielle par rapport aux deux précédentes.

La quatrième proposition laisse tout en l'état et continue de poursuivre pénalement l'euthanasie.

Bien qu'on ne soit pas parvenu à une conclusion finale, il était clair que la proposition 3 a rallié le plus grand nombre de partisans dans le Comité à composition pluraliste très équilibré, lequel s'est efforcé de déterminer s'il n'existe pas de valeurs ayant plus de poids que l'interdiction absolue de mettre intentionnellement fin à une vie. Pour les uns, cela pouvait être le droit à l'autodétermination du patient. Pour les autres, c'est la sensibilité croissante à la souffrance et à la douleur, tant physique que psychique ou morale. Pour un troisième groupe, la pitié ou l'amour du prochain, qu'il soit d'inspiration chrétienne ou non, peuvent éventuellement entrer en conflit avec l'interdiction "Tu ne tueras point" ou avec l'article 95 (tiré de son contexte) du Code de déontologie médicale : "Le médecin ne peut pas provoquer délibérément la mort d'un malade ni l'aider à se suicider". ⁽⁷²⁾

Fin 1997, les 4 propositions du Comité de bioéthique ont été examinées en détail par le Parlement. Fin 1998, début 1999, le Comité a discuté de la problématique de l'euthanasie chez les malades incurables qui ne sont plus en mesure de faire connaître leur volonté. Ici aussi, trois options différentes ont été proposées et aucun consensus n'a été trouvé. L'avis divisé que le Comité a transmis au Parlement le 12 mars 1999 contenait deux points délicats qui, eux, ont fait l'objet d'une unanimité. Il existe une opposition claire à l'acharnement thérapeutique ainsi qu'une demande explicite d'extension et d'encouragement des soins palliatifs.

VIII.2 Un éventail de propositions de loi

Les neuf propositions de loi qui ont vu le jour en 1999 ont une chose en commun : les patients incapables et ne pouvant manifester leur volonté et qui n'ont pas établi de déclaration de volonté au préalable, n'entrent pas en considération pour l'euthanasie. Mais toutes les neuf présentent de graves lacunes. De nombreux médecins sont choqués par l'absence de la notion de malade "terminal". Le diabétique de type I, âgé de trente ans, qui, après 20 ans d'injections d'insuline et de mesures du taux de glycémie, ne sait plus comment s'en sortir, peut, selon les termes de la proposition des partis de la majorité

⁷¹ "De harde noten van Marcel". Bart BRINCKMAN. De Bijsluiter. De Morgen, 13.9.1997

⁷² Code de déontologie médicale. Chapitre IX "Vie finissante". Modifié le 17.10.1992

introduite le 20 décembre 1999, être euthanasié en toute impunité, et ce pour autant que le caractère incurable de sa maladie ait été confirmé par un deuxième médecin qui ne doit pas forcément avoir vu le patient.

Peut-être n'était-ce pas le but, mais la négligence de la proposition de loi 2-244/1 relative à l'euthanasie ⁽⁷³⁾ ne présente pas que ce seul danger.

Une autre proposition, à savoir celle du Dr Philippe MAHOUX (PS) et consorts, allait même jusqu'à imposer le faux en écriture. Conformément à ce projet, le certificat de décès d'un patient euthanasié doit porter la mention "mort naturelle" de manière à ce que l'assurance ne puisse rien suspecter.

L'article 7 de la proposition de loi du 20.12.1999 ⁽⁵⁰⁾ s'y prend plus adroitement en disant : "La personne décédée à la suite de l'application de la présente loi est réputée décédée de mort naturelle pour ce qui concerne l'exécution des contrats auxquels elle était partie, en particulier les contrats d'assurance".

On est toutefois en droit de se demander si les compagnies d'assurances l'accepteraient sans broncher dans toutes les circonstances (cf. infra VI.3-4).

VIII.3. La "première mondiale" du 20 décembre 1999 : la proposition de loi de la majorité

VIII.3.1. L' "euthanasie juridiquement contrôlée"

Les médecins adoptent une attitude "paternaliste", selon le professeur de droit médical de l'U.I.A., Thierry VANSWEEVELT ⁽⁷⁴⁾. Cela ne semble pas très respectueux à l'égard des médecins dont le travail quotidien consiste justement à soigner les patients souffrant énormément et à les accompagner quand leur profession est, dans le sens classique, défailante.

A l'heure actuelle, ce sont donc essentiellement des juristes qui se penchent sur l'euthanasie. Des médecins, des théoriciens et des experts en éthique sont certes associés comme témoins aux discussions mais, au niveau des décisions et du traitement technique, le gène juridique devient maintenant dominant. Ceci a pour conséquence que les états affectifs les plus intimes conditionnés par l'époque et la situation sont réduits à une série de notions juridiques, de principes, de procédures et de situations à propos desquels les juristes s'octroient soudainement le monopole de la compréhension. Le patient est noyé dans un continuum abstrait de "droit à l'autodétermination", "déclaration de la volonté", "décès", en bref dans une abstraction totale de la notion d' "être humain".

De plus, il y a une contradiction incompréhensible. D'un côté, un médecin ne peut jamais se tromper. A l'heure actuelle, la faillibilité est, remercions les juristes, une faute d'un point de vue médico-légal, car il doit savoir mieux que les autres. Mais, lorsqu'il agit selon cette meilleure connaissance, comme "infaillible", il est paternaliste.

Par contre, le juriste peut se permettre d'associer, dans une vision totalement abstraite, "le droit à l'autodétermination" et, par exemple, l' "agrandissement du pénis" ou l' "euthanasie". Et ce sans la moindre honte car le juriste, dans le cas présent Thierry VANSWEEVELT, aborde la question de manière abstraite, avec détachement et sans

⁷³ Sénat belge. Session 1999-2000. 20 décembre 1999. Introduit par Monsieur Philippe MAHOUX (P.S.), Madame Jeannine LEDUC (VLD), Monsieur Philippe MONFILS (PRL) et Mesdames Myriam VANLERBERGHE (S.P.), Marie NAGY (ECOLO) et Jacintha DE ROECK (AGALEV).

⁷⁴ « Een gecontroleerde keuzevrijheid ? » Thierry VANSWEEVELT. De Morgen. 28.1.2000.

devoir tenir compte de la perception physique et psychique de la vie fluctuant jusqu'au bout. Un expert en éthique aura déjà davantage de difficulté. Il n'ergote pas sur des lois, n'envoie pas de mises en demeure, ne requiert pas devant les tribunaux, ne travaille pas au barreau ou pour des compagnies d'assurances, n'envoie pas d'huissier.

VIII.3.2. Doute et traitement médical

Le seul fait qu'un juriste de renom comme T. VAN SWEEVELT ne veuille pas établir de distinction entre droit à l'autodétermination et paternalisme, lorsqu'il s'agit d'un acte médical curatif, d'une part, et d'euthanasie, d'autre part, peut déjà paraître très inquiétant en soi. Avant une intervention thérapeutique, tout patient espère pouvoir compter sur un "grand pont", compétent mais également déterminé, qui le traite correctement. Dans le cas de l'euthanasie, le patient est cependant surtout confronté à un médecin aux prises avec des doutes, qui, même après le moment ultime de la décision, sera toujours incertain concernant le souhait réel du patient. Lorsque l'euthanasie se limite au patient terminal, ce doute pourrait éventuellement rester plus limité.

Et nous ne parlons pas encore du doute qui ne manquera pas de surgir à propos de la "déclaration de volonté", un document établi dans l'abstrait et totalement hors du contexte auquel elle se rapporte. Que vaut une déclaration de volonté pour une personne dont la volonté consciente se perd dans la maladie d'Alzheimer, mais qui sourit lorsqu'elle regarde ses enfants?

Dans ce cas, le droit à l'autodétermination est le jouet du libre déterminisme opposé à la destinée. Tout homme entend déterminer soi-même son destin. Cependant, la déclaration de la volonté établie dans l'abstrait devient automatiquement la destinée de la personne lorsqu'elle n'est plus en mesure de revoir cette déclaration de volonté. Qui tranchera en dernier ressort? Le mandataire? Le médecin? Le juriste? D'abord le mandataire après qu'il aura reçu les informations nécessaires de la part et sous la responsabilité du médecin. Le juriste intervient quand c'est fini.

Personne ne niera le fait qu'à l'heure actuelle, sur le plan médico-légal, on observe peu à peu des situations à l'américaine près de chez nous. Personne ne doute non plus du fait qu'aux Etats-Unis, les juristes en sont responsables.

En matière de responsabilité, l'acte médical est évalué et jugé (devant le tribunal) par rapport à l'acte normal accompli, dans des circonstances identiques et en tenant compte de l'état de la science, par un médecin consciencieux normal. Sans interférences aux allures américaines, ceci pourrait évoluer progressivement vers des actes selon un modèle consensuel.

Quels sont les consensus médicaux en matière d'euthanasie? Et s'ils existent, le législateur entend-il en tenir compte ou doivent-ils céder le pas à la priorité grandissante du "droit à l'autodétermination"? Dans ce type de situation juridique confuse, qui n'est pas encore parvenue à maturité, le médecin n'a pas l'ombre d'une chance au niveau de la sécurité juridique. Dans bon nombres de cas présentant des zones d'ombre, les avocats trouveront toujours des experts en mesure de prouver que l'euthanasie n'était pas souhaitée. Quel parti le juge prendra-t-il? Celui de la victime ou du médecin? Celui de la partie requérante ou de la partie défenderesse? La tendance actuelle est suffisamment connue.

Comme, dans notre système parlementaire, les lois sont le fait d'une majorité de personnes qui sont également juristes de profession et dans la mesure où on a la volonté de couler le problème de l'euthanasie dans une loi, examinons un moment la question du point de vue du juriste, comme partie défendant le patient, sa famille ou son assureur, contre le médecin. Il n'y a naturellement chaque fois que deux parties.

VIII.3.3. Juridisme?

Le principe de la proposition de loi relative à l'euthanasie prend appui sur le nouvel article 417bis ajouté au code pénal : "Il n'y a ni crime ni délit lorsque ...", stipulant que le médecin doit avoir respecté les conditions et procédures énumérées dans la nouvelle loi relative à l'euthanasie (LE).

Le juriste n'ignorera pas que cette nouvelle situation juridique peut aussi faire apparaître une série de nouveaux risques, issus par exemple de l'environnement sensible du patient ou des tiers ayants droit (notamment les assureurs). On peut s'efforcer de démontrer que le médecin n'a pas respecté toutes les conditions et les procédures et a enfreint la LE. Une question pour les juristes : la charge de la preuve repose-t-elle encore théoriquement chez celui qui entend contester la conformité à la LE? Dans l'affirmative, on ne tardera probablement pas à constater que l'évolution se fait comme dans d'autres matières par la jurisprudence, par exemple avec le consentement éclairé pour les interventions invasives. Les conditions de la LE impliquent en effet des notions très analogues, comme un "devoir d'information" et une "requête", ce qui implique dès lors également un "consentement éclairé", ce qui est assez logique puisqu'il s'agit justement d'un acte médical ayant des effets irréversibles.

Le médecin devra se couvrir de telle façon, par des preuves de faits établis, que, vu le devoir de communication au Procureur du Roi, le renversement de la charge de la preuve est inéluctable.

La différence avec l'acte médico-curatif peut sembler élémentaire : chaque erreur de jugement, chaque élément non communiqué ou chaque erreur de procédure qualifie de crime l'acte d'euthanasie non conforme.

L'attitude des proches ou des membres de la famille à l'égard de l'acte des médecins ne sera certainement pas moins revendicative dans le cas d'une euthanasie, que dans d'autres cas de défaillance de la médecine. Un nombre important d'éléments, d'intérêts, d'occasions ratées ou d'autres raisons sont susceptibles de quand même déclencher une procédure judiciaire.

La vulnérabilité du médecin, une fois que la procédure d'euthanasie a été dénoncée, en fait une cible facile pour les avocats et les organismes qui proposent gratuitement une assistance juridique ciblée à leurs membres.

Vient ensuite le problème complexe de la distinction entre l'acte intentionnel ne mettant pas fin à la vie mais conduisant quand même au décès, l'acte non intentionnel mettant fin à la vie et l'euthanasie (mettre intentionnellement fin à la vie à la demande de la personne concernée). Avec chaque fois une confusion possible autour de la question : y a-t-il eu une demande / un accord du patient? Etant entendu que la demande (initiative de la personne concernée) est à distinguer du consentement (initiative du médecin, accord du patient).

VIII.3.4. Euthanasie et l'assureur

Il n'est absolument pas exclu qu'un assureur, devant accorder une lourde indemnisation en cas de décès de l'assuré, envisage d'essayer d'imputer au(x) médecin(s) des manquements à la LE. Un contrat d'assurance-vie exclut le suicide, certainement lorsque le contrat a été conclu moins de deux ans avant le décès. Les assurances "accidents" vont dans le même sens.

De toute façon, les compagnies d'assurances vont également tenter d'écartier les abus possibles. A l'annonce d'un diagnostic fatal, on pourrait vouloir assurer l'avenir de ses proches en concluant un contrat d'assurance couvrant le décès. Quid des tentatives de suicide pour cause d'endettement?

Au cas où l'intervention de l'assureur est imposée par la loi (ce à quoi on tente apparemment d'arriver avec l'assimilation à la "mort naturelle") (cf. VI.2.), il n'empêche que l'assureur a la possibilité de récupérer son indemnisation auprès du médecin responsable du décès pour cause de non-conformité à la LE.

La notion de "mort naturelle" n'apporte certainement pas une solution au problème de l'assurance. Selon toute logique, la cause de la maladie devrait venir en lieu et place de l'euthanasie comme cause du décès. Notons que la mort naturelle n'est pas couverte dans le cadre d'une assurance "accidents".

En marge du devoir d'information du médecin, on peut s'interroger quant à un éventuel devoir d'information en direction du médecin. Le médecin ne doit-il pas recevoir des garanties, comme la renonciation à tout recours?

Une question essentielle n'a pas été posée. L'acte médical dans le cadre de l'euthanasie est-il assurable par la police "responsabilité civile" du médecin étant donné le risque particulier, surtout sur le plan juridique, qui en résulte. En théorie peut-être bien, mais à l'exclusion du délit d' "acte non conforme à la LE". Mais c'est précisément ce qui va probablement lui être reproché.

On est donc en droit de se demander si le médecin n'aurait pas intérêt à se faire assister par un juriste lorsqu'il pense pouvoir donner suite à une demande d'euthanasie.

Il nous semble par conséquent utile d'examiner d'un oeil critique plusieurs éléments de la LE.

VIII.3.5. Euthanasie et INAMI

Bien que le texte du projet de loi stipule expressément que l'euthanasie n'est possible qu'à la demande du patient, ce qui exclut l'euthanasie à la demande d'un tiers comme les pouvoirs publics ou la collectivité, il conviendra certainement de le prévoir dans la loi proprement dite.

En effet, il existe d'autres lois et décrets qui ne peuvent pas être considérés indépendamment de ce projet.

L'article 73 de la Loi coordonnée sur l'AMI du 14.7.1994 parle en effet de la notion de "soins superflus ou inutilement onéreux". Les soins dispensés par le médecin sont-ils considérés comme "superflus" lorsque le patient a demandé expressément que ces soins ne soient pas dispensés?

Ces soins seront-ils considérés comme inutilement onéreux s'il ressort des données statistiques anonymisées de la Commission fédérale d'évaluation de la loi relative à l'euthanasie que dans certaines situations médicales, il arrive souvent (dans la majorité des cas?) que le traitement soit arrêté ou qu'une euthanasie active soit pratiquée? Les termes de la Loi sur l'AMI sont en effet très précis : "Le caractère inutilement onéreux des examens et des traitements ainsi que le caractère superflu des prestations visées au présent article, doivent être évalués en rapport avec les examens, traitements et prestations qu'un dispensateur de soins exécute ou fait exécuter dans des circonstances similaires".

Après l'éventuelle entrée en vigueur d'une loi relative à l'euthanasie, devons-nous traiter, au sein de la commission de contrôle de l'INAMI, des plaintes contre des médecins présentant une "attitude divergente" par rapport à l'acte d'euthanasie enregistré par la commission d'évaluation?

Pour être complet, nous signalons la notion de l' "acceptabilité sociale des soins" telle que décrite dans le décret de la Communauté flamande (29.4.1997) relatif à la gestion totale de la qualité dans les établissements d'aide sociale. Nous avons décrit les risques de ce décret dans mon rapport de l'année 1996 (⁷⁵).

VIII.3.6. Brève analyse du texte

VIII.3.6.1. Définition

L'article 2 définit l'euthanasie comme "l'acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci". L'absence d'acte n'est donc pas un cas d'euthanasie. Par contre, le fait de ne pas porter assistance à une personne en danger est un délit. Faut-il en conclure que l'euthanasie passive n'est pas réglementée?

Ni l'article 2, ni aucun autre article ne fait mention de la vie finissante ou d'une phase terminale.

VIII.3.6.2. Dispositions dans le chef du patient

* « Capable et conscient » (art. 3, premier alinéa) exige une preuve explicite. Le moindre élément psycho-pathologique conduit à l'exclusion de l'application de l'euthanasie à moins qu'il existe une déclaration de volonté (art. 4).

* « Expresse ». Ceci exige un témoignage incontestable.

* « Non équivoque ». Ceci exige une preuve, exclusion de la moindre ambiguïté. Toute déclaration ou allusion du patient en présence de tiers pouvant indiquer le caractère équivoque de la requête, et qui peut être prouvée, compromet la position du médecin. Néanmoins, la confidentialité impose qu'il ne peut interroger que les proches rendant visite au patient, à propos de la requête pour autant que la personne concernée le demande elle-même. Au cas où quelqu'un met en doute le caractère exprès ou non équivoque, le médecin prend un risque important s'il donne quand même suite à la requête.

⁷⁵ "1996 – L'Année de l'indicible !" Rapport annuel 1996 du G.B.S. Le Médecin Spécialiste, n° 3, février 1997

* « Mûrement réfléchi ». Il faut que cela puisse être étayé. Combien de témoignages faut-il pour pouvoir estimer que des paroles sont réfléchies? La personne a-t-elle déjà exprimé antérieurement des considérations analogues? A-t-elle fait marche arrière? La personne a-t-elle ou non tendance à revenir sur ses déclarations? En fait, il faut un examen psychologique / psychiatrique avec rapport. Le médecin, du fait de son expertise, est censé apprécier correctement le caractère mûrement réfléchi.

* « Répétée » et « persistante ». Ceci ne peut être étayé que par des témoignages et des critères médicaux. Toutefois, ceux-ci peuvent évoluer avec le temps...

VIII.3.6.3. Obligations préalables du médecin (art. 3. 2e et 3e alinéas)

* Le médecin doit "informer complètement le patient de tous les aspects de son état de santé" : le fait qu'il ne l'informe pas complètement constitue donc un fait accablant pour le médecin.

* Il doit consulter un autre médecin quant au "caractère incurable de l'affection". Selon nous, la consultation ne peut avoir lieu qu'avec l'accord du patient.

L' « avis » du second médecin ne peut être prouvé que par écrit. Un médecin peut-il émettre un avis sans même avoir vu le patient? Il doit au moins avoir connaissance de tous les éléments du dossier. Si une indépendance par rapport au patient est souhaitée, on est en droit de se demander si ceci n'est pas non plus requis à l'égard de tous les proches et de tous les organes potentiels qui sont en relation avec la personne concernée comme, par exemple, le médecin de la compagnie d'assurances.

Le caractère incurable est une notion relative évoluant avec le temps et en fonction de l'avancée de la science. Jusqu'il y a peu, Lance AMSTRONG, qui a remporté le Tour de France 1999, aurait été considéré comme condamné avec une métastase cérébrale d'un carcinome testiculaire.

* Le médecin doit «s'assurer» de la persistance de la souffrance ou de la détresse du patient ainsi que du caractère durable de sa demande. "A cette fin, il mène plusieurs entretiens, espacés d'un délai raisonnable au regard de l'évolution de l'état du patient". Ceci ne peut être prouvé qu'avec des témoins, mais la vie privée est alors chaque fois compromise. Ce point exigerait en principe un ordre du jour et des procès-verbaux de plusieurs entretiens. En outre, le médecin est censé évaluer le caractère « raisonnable » de la période en fonction de l'affection et disposer de preuves quant à la durée (raisonnable) de la période.

* Le médecin doit également s'assurer que "le patient a eu l'occasion de s'entretenir de sa requête avec toutes les personnes qu'il souhaitait rencontrer, notamment les membres de l'équipe soignante avec laquelle le patient est en contact régulier". Ici aussi, il conviendrait que tous les entretiens avec les personnes de son choix soient inscrits à l'ordre du jour et fassent l'objet de procès-verbaux. Idem pour le choix proprement dit. Et que faire si le patient ne veut parler à personne?

* Comme le projet le prévoit expressément, tous les éléments précédant et accompagnant les actes d'euthanasie doivent donc faire l'objet de procès-verbaux détaillés... à l'attention des juristes.

Non seulement le médecin continuera à être aux prises avec des problèmes de conscience au sujet de ses propres actes mais, en plus, comme "euthanasiste" légal, il passera des nuits blanches à cause des suites procédurales et juridiques. Quand la faute est-elle prescrite? De la même façon que pour le délit?

Combien de médecins seront tentés d'appliquer l'euthanasie et la procédure?

VIII.4. Réactions et positions des médecins

VIII.4.1. ABSyM

Le projet "Euthanasie" figurait à l'ordre du jour de la réunion du Conseil d'administration de l'ABSyM du 24 novembre. Il est particulièrement délicat, pour un syndicat pluraliste, d'adopter une position concernant des questions éthiques de ce genre.

L'ABSyM a toujours défendu à la fois les intérêts du patient et ceux du médecin, même si c'est évidemment expliqué d'une toute autre façon au monde extérieur.

Au terme d'un débat très ouvert et indépendamment de toute proposition d'euthanasie quelle qu'elle soit, le Conseil d'administration a décidé à l'unanimité qu'une affaire strictement individuelle comme l'euthanasie n'avait pas besoin d'une législation. La loi pénale actuelle et les règles du Code de déontologie médicale suffisent.

En raison de l'énorme intérêt manifesté par les médias à l'occasion de l'introduction au Sénat de la proposition de la majorité relative à l'euthanasie le 22 décembre 1999, l'auteur du présent rapport a été invité à faire connaître la position de l'ABSyM, d'abord sur la VRT-Radio 1 et TV1, et ensuite par le biais d'un communiqué de presse et d'interviews pour les autres médias. Tous les journaux ont répercuté la position de l'ABSyM avec des commentaires très divergents.

L'article principal à la première page du "De Standaard" – qui n'est pas vraiment le porte-parole de l'ABSyM – titrait : "Dit is de banalisering van de dood" ⁽⁷⁶⁾.

Le vice-président de l'ABSyM, Jacques DE TOEUF, avait déjà adopté une position analogue durant les vacances parlementaires. "Faut-il légiférer?" "Non", répond le docteur DE TOEUF, parce que "donner la mort deviendrait ainsi un acte administratif". ⁽⁷⁷⁾

Il est incompréhensible que le tout nouveau président du conseil d'administration de la VRT, le Dr Guy PEETERS, que nous connaissons davantage comme le secrétaire général des mutualités socialistes, reproche, dans un débat sur l'euthanasie dans KNACK ⁽⁷⁸⁾, au cardinal Godfried DANNEELS d'avoir remarqué que les médecins pratiquant l'euthanasie se rendent coupables d'une banalisation de la mort.

Pour commencer, le cardinal n'a jamais mis en relation cette banalisation avec les médecins. Ensuite, le cardinal a repris textuellement les termes du communiqué de presse de l'ABSyM. C'est la loi qui banalise la mort et nullement les médecins qui font preuve d'un engagement considérable à la fin de la vie des patients.

PEETERS admet dans ce même article que les intérêts budgétaires peuvent avoir un rôle dans le débat. "(traduction) Le financement par enveloppe oblige les médecins

⁷⁶ « Grootste artsensyndicaat verwerpt paarse euthanasieplannen ». De Standaard 24.12.1999

⁷⁷ « Les médecins attendent une réflexion plutôt qu'une loi ». La Libre Belgique, 13.08.1999.

⁷⁸ « Het gaat vaak om een milimeter verschil ». Euthanasie. Het debat. Knack 19.1.2000.

(britanniques) à opérer des choix, et donc à ne plus traiter certains patients, ce qui se rapproche de l'euthanasie." C'est vraiment le moins que l'on puisse dire lorsque l'on suit un peu la presse britannique et la BBC1. Le lecteur qui aura analysé attentivement le rapport PEERS⁽⁷⁹⁾ est conscient que la Belgique est très proche "des choix de santé" de la Grande-Bretagne.

Seul le grand philosophe et président du Comité consultatif de bioéthique "(traduction) dont la pensée brille par sa finesse analytique et critique, par un langage et un style très clair et par une grande implication sociale" (80) ne décèle aucune trace d'euthanasie économique (81), même pas aux Pays-Bas. Steven DE FOER, correspondant aux Pays-Bas du "Standaard" est bien mieux informé (82). 44 % des acteurs du secteur de la santé sont d'avis que, par manque de moyens financiers, la prolongation de la durée de vie aura de moins en moins la priorité. Malgré tout, il pense que la vision de Brave New World "je ne peux plus être à la charge de la société" n'est pas une raison pour s'opposer à une légalisation "prudente" de l'euthanasie.

L'affirmation du Prof. VERMEERSCH (79), selon laquelle la plupart des médecins ont une opinion totalement différente de ce que certains de leurs "dirigeants" laissent échapper, semble particulièrement dénigrante.

L'ABSyM a un respect absolu pour la position de chacun vis-à-vis de l'euthanasie. Toutefois, elle a voulu montrer que la législation n'apportait aucune solution au problème. Le fait que cette prise de position ait relancé le débat mérite bien plus qu'une volée de piques.

VIII.4.2. ASGB

Le président de l'ASGB (Algemeen Syndicaat der Geneeskundigen van België), le Dr Robert RUTSAERT, a été invité, par l' "Association belge d'éthique et de morale médicale", à participer à une réunion préparatoire concernant le débat social sur l'euthanasie le 10.12.1999. Parmi les autres invités figuraient un certain nombre de membres éminents du Conseil national de l'Ordre des médecins ainsi que l'auteur du présent rapport, pour l'ABSyM et le GBS. Le 15 décembre, le président, le Prof. Dr P. COSYNS, a été forcé de constater qu'aucun consensus n'avait pu être trouvé entre et au sein de certaines organisations.

L'ASGB en particulier adoptait une position distincte. Il s'était fait excuser pour la réunion du 10.12.1999 par lettre datée du 7 décembre. "(Traduction) En tant que syndicat, nous pouvons d'ores et déjà dire que nous n'avons pas l'intention d'influencer le processus de décision. (sic!) Toutefois, dans cette matière également, nous prenons les intérêts de nos membres à coeur et nous veillerons à ce que ceux-ci ne soient pas lésés, que ce soit dans le cadre du processus de décision ou d'une interprétation éventuelle". Signé par les Drs J.P. BAEYENS, R. RUTSAERT, P. PUTZEYS, H. DUPREZ.

En annexe, il avait joint la position de l'ASGB concernant d'éventuelles initiatives législatives concernant l'euthanasie, dont des extraits sont parus dans la presse (75, 83, 84,

⁷⁹ « Gezondheidszorg in België. Uitdagingen en opportuniteiten ». Het rapport Peers. 24.12.1999.

⁸⁰ Rabat. « Van Antigone tot Dolly ». Universiteit Gent. 1997.

⁸¹ « Het gaat om een ethisch positieve daad ». Knack. 19.1.2000.

⁸² « Euthanasie mag geen budgettair wapen worden ». Standpunt uit Den Haag. De Standaard 14.08.1999.

⁸³ « Artsen niet op zelfde golf lengte inzake euthanasiewet ». « BVAS tegen, ASGB genuanceerd. ». Financieel Economische Tijd 24.12.99.

⁸⁵). Je n'ai retrouvé nulle part dans la presse le point 10 de leur vision. Pour éviter tout malentendu, je le reproduis intégralement. Je signe pour le soulignement. « 10) Artsen worden voornamelijk omwille van hun deskundigheid betrokken bij het verzoek om euthanasie. Dit verzoek kan zowel door de collectiviteit als door een individu geformuleerd worden. Telkens gaat het om een vraag die uitgaat van een noodsituatie. Een antwoord op die vraag moet wel overwogen, en in volle beroepsernst gegeven worden, rekening houdende met eigen morele opvattingen, zowel van de hulpzoekende als de hulpverlener. De arts bevindt zich hier in een bevoorrechte situatie. Het zou daarom onaanvaardbaar zijn de sereniteit en de delicate context waarin dit verzoek geformuleerd wordt, te situeren in een kader dat buiten de professionele bevoegdheid valt. » (Traduction : 10) Les médecins sont principalement associés à la requête d'euthanasie en raison de leur expertise. Cette requête peut aussi bien être formulée par la collectivité que par un individu. Il s'agit chaque fois d'une demande qui résulte d'un état de nécessité. La réponse à cette requête doit être mûrement réfléchie et être donnée avec la plus grande rigueur professionnelle, en tenant compte des conceptions morales tant du demandeur de l'aide que du dispensateur de l'aide. Le médecin se retrouve ici dans une situation privilégiée. Dès lors, il serait inacceptable de situer la sérénité et le contexte délicat dans lequel cette requête est formulée, dans un cadre situé hors de la compétence professionnelle).

Que vient faire la collectivité dans le contexte du projet de loi à l'étude?

Une illustration de ce que peut signifier une demande d'euthanasie émanant de la collectivité a été donnée dans le cadre de l'exposition "Doodgezwegen" (traduction : "On a fait le silence") organisée en novembre 1994 au musée GUISLAIN, qui est lié à l'institut psychiatrique GHISLAIN (⁸⁶) de Gand.

L'exposition constituait une illustration de ce qui a été décrit par Götz ALY (⁸⁷) : l'Aktion T4, en 1939, dans l'Allemagne nazie, imaginée par les Drs Karl BRANDT et Philipp BOUHLER, c'est-à-dire la destruction de la "vie qui ne vaut pas la peine d'être vécue" ou la "médecine contre les inutiles". La collectivité a marqué son adhésion.

Je suis convaincu – et ce d'autant plus que le Dr Jean-Pierre BAEYENS, qui a co-signé ce document, est connu pour être un défenseur du patient gériatrique – que la formulation très malheureuse du point 10 de l'avis de l'ASGB sur l'euthanasie n'est pas intentionnelle.

VIII.4.3. G.B.S.

Lors de la première réunion du Comité directeur du GBS ayant suivi la publication de la proposition de loi relative à l'euthanasie de la majorité violette, le 13.1.2000, une discussion argumentée a été menée sur ce thème délicat qui est au coeur de l'actualité. Elle a débouché sur un communiqué de presse bref et ferme en deux points (⁸⁸), que nous reproduisons ci-après tel quel :

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

⁸⁴ « Artsenorganisaties verdeeld over euthanasievoorstel ». De Morgen 24.12.1999.

⁸⁵ « Artsen bang voor euthanasiewet ». Het Volk. 24.12.1999.

⁸⁶ « Graffiti politiques sur une profession mutilée » « X-3 : Problèmes éthiques ». Rapport annuel du GBS 1994. Le Médecin Spécialiste n° 4 avril 1995.

⁸⁷ « Cleaning the Fatherland ». Götz ALY, Peter CHROUST, Christian PROSS, Ed. John HOPKINS, 1994

⁸⁸ Le Médecin Spécialiste. Janvier 2000

Ce texte est la position unanime du Comité directeur complet qui a une composition totalement pluraliste et paritaire au niveau linguistique.

VIII.4.4. Ordre des médecins

Lors de sa réunion du 15 janvier 2000, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné les aspects éthiques et déontologiques de l'implication médicale dans le cadre de la vie finissante et de l'euthanasie. L'avis a été transmis aux médias le 18 janvier. Il ressort très clairement du texte qu'il a fait l'objet d'une intense discussion préalable. Le débat préliminaire du 10 décembre 1999 au sein de l'organisation, organisé par l'Association belge d'éthique et de morale médicale, le laissait déjà présager.

En résumé, l'Ordre confirme sa position de 1992, quand il a adapté le Code de déontologie médicale le 17 octobre ⁽⁷²⁾. L'Ordre répète de manière explicite que le texte du chapitre IX doit toujours être lu dans sa globalité, avec toutes ses nuances. « Afin de rencontrer cette préoccupation de société, le Conseil national de l'Ordre des médecins a réécrit en 1992 le chapitre du Code de déontologie médicale concernant la vie finissante. Depuis cette adaptation, le Conseil national a toujours prôné une lecture de ce chapitre dans sa globalité. Le Conseil national y dit que le médecin ne peut pas provoquer délibérément la mort d'un malade ni l'aider à se suicider (article 95), mais souligne aussi que le médecin doit à son malade se trouvant dans la phase terminale de sa vie toute assistance morale et médicale pour soulager ses souffrances morales et physiques et préserver sa dignité (article 96). Lorsqu'il déterminera l'attitude à adopter, notamment la mise en route d'un traitement ou son arrêt, le médecin demandera conseil à un confrère au moins, recueillera l'opinion du patient ou, à défaut, de ses proches et l'/les informera de ses intentions (article 97). Dans des avis ultérieurs, le Conseil national a élargi cette prise de contact à l'équipe infirmière et/ou à l'équipe soignante. » (fin de citation)

Le Conseil national fait remarquer qu'il a toujours fait preuve de compréhension à l'égard de l'état de nécessité dans la dernière phase de la vie. Il n'a jamais ressenti la nécessité d'établir une distinction entre les patients capables de manifester leur volonté et ceux qui ne le sont pas, dans la mesure où un état de nécessité peut se présenter dans les deux groupes. Le fait d'invoquer un état de nécessité n'offre aucune sécurité d'un point de vue juridique. Comme l'ABSyM et le GBS l'ont déjà fait remarquer publiquement, l'Ordre constate également qu'aucun médecin n'a fait l'objet de poursuites pénales ou disciplinaires durant cette dernière décennie.

Enfin, l'Ordre s'oppose à l'acharnement thérapeutique et encourage les soins palliatifs. Il n'est nulle part question d'une éventuelle législation.

VIII.5. Le quatrième pouvoir : réactions dans les médias

Le 24.1.2000, le débat sur l'euthanasie prend une nouvelle tournure en Flandre. Un groupe de scientifiques qui avait plaidé, en 1998, en faveur d'une étude empirique, en Flandre, sur les pratiques dans le cadre de la fin de vie des patients (HALP) ⁽⁸⁹⁾ a fait la une du « Standaard » avec le slogan « Jaarlijks zeker 20.000 levensbeëindigingen in Vlaanderen » ⁽⁹⁰⁾ (Il est certainement mis fin à 20.000 vies par an en Flandre). Dans un

⁸⁹ « Incidentie van handswijzer van artsen rond het levenseinde van patiënten in Nederland en Australië » L. DELIENS, J. BILSEN, M. COSYNS, K. INGELS, F. MORTIER, R. VANDER STICHELE. Tijdschrift voor geneeskunde, 54, nr. 5, 1998.

⁹⁰ « Per jaar 600 euthanasiegevallen en 1.000 dodingen zonder instemming ». De Standaard. 24.01.2000.

article d'opinion, il est conseillé d'agir avec soin en cas d'euthanasie. Le document affirme que le raccourcissement de la durée de vie est généralement très court, parfois même quelques heures seulement. On peut se demander pourquoi ces scientifiques communiquent aux médias leurs données préliminaires précisément maintenant et avec tant de cérémonies. Le soin semble concerner en premier lieu le traitement administratif correct de chaque dossier d'euthanasie (cf. VI.3.5.).

Le vice-président du Conseil national de l'Ordre des médecins, le Dr Raoul HACHE, a été confronté à ces données sur la VRT Radio 1 le 24.1.2000. Il a confirmé le point de vue de l'Ordre, c'est-à-dire qu'il n'est pas nécessaire d'avoir une législation.

Comme s'il convenait d'apporter rapidement la preuve de la nécessité absolue de disposer d'une législation, quoi que l'Ordre, l'ABSyM et le GBS puissent en penser, on a appris le 31 janvier 2000 que les Drs Léon RADOUX, anesthésiste, et Claude CHEVOLET, cardiologue, ont été appréhendés au terme d'un descente spectaculaire de pas moins de trente gendarmes au C.H.U. de la Citadelle, à Liège. ⁽⁹¹⁾
La dénonciation anonyme d'un cas d' « euthanasie » pratiquée sans autorisation chez un « mauvais » patient s'est avérée inventée de toutes pièces ⁽⁹²⁾. Il s'agissait d'un cas d'euthanasie comme décrit dans la proposition de loi du 20 décembre 1999.

Le drame moral qui touche la famille du patient décédé, les médecins concernés ainsi que l'hôpital, doit être vu comme un signe avant-coureur du juridisme possible que nous avons évoqué plus haut dans le texte.

Des conclusions du style (traduction) "La controverse concernant deux médecins liégeois en raison de leur rôle à la fin de la vie d'un patient montre que nous avons grandement besoin d'une législation en la matière. La vision de l'Ordre des médecins, qui juge que sa déontologie suffit pour guider les médecins, a essuyé un revers" ⁽⁹³⁾ nous semblent tout à fait prématurées.

Un point positif de cette "column" est que nos craintes de voir des considérations routinières et économiques jouer un rôle dans les décisions concernant la fin de vie, sont prises au sérieux.

Le débat s'accélère à nouveau. Le fait que des médecins directement concernés par l'euthanasie proposent eux-mêmes une proposition de loi alternative est particulièrement louable. Le Prof. Dr Wim DISTELMANS (AZ-VUB) et trois autres auteurs laïques estiment qu'une demande claire d'euthanasie doit être respectée, pour autant que toutes les précautions nécessaires aient été prises pour éviter les abus et les erreurs ⁽⁹⁴⁾.

Le Dr Etienne DEGROOT, député VLD et généraliste, ayant réalisé une analyse approfondie sur l'euthanasie ⁽⁹⁵⁾, a approché la problématique plutôt sous un angle politico-philosophique en véhiculant comme principal message que le législateur doit agir.

Quels que soient les groupements de médecins ou les considérations philosophiques, il est communément admis depuis un certain temps que la mort n'est pas synonyme

⁹¹ « Alles is volgens de regels gegaan ». De Standaard. 1.2.2000.

⁹² La Meuse. 31 janvier 2000.

⁹³ « Vrees wegnemen ». Bart STURTEWAGEN Column. De Standaard 1.2.2000.

⁹⁴ « Als het ogenblik gekomen is ». Prof. Dr. Peter DECONINCK, Prof. Dr. Wim DISTELMANS, Prof. Dr. Ben VAN CAMP, Prof. Dr. Michel MAGITS; AZ-VUB. Opiniestuk. De Standaard 1.2.2000.

⁹⁵ « Leven tot in de dood ». « Omtrent euthanasie ». VUB PRESS. 1997. Brussel.

d'échec de l'acte médical. Tous les médecins concernés par le problème recherchent la meilleure solution pour les patients qu'ils accompagnent.

Nous continuons cependant à penser que les avantages d'une éventuelle législation ne compensent pas les nombreux désavantages. Nous sommes nombreux à dire que le débat doit dépasser les clivages politiques. (Traduction) "Un combat politique avec des gagnants et des perdants n'est pas non plus envisageable. Le perdant est en effet connu d'avance : c'est la personne qui décède".⁽⁹⁶⁾

IX CE QUE NOUS TRAITERONS PROBABLEMENT AU 03.02.2001, C'EST-A-DIRE AU PROCHAIN MILLENAIRE

IX.1. L'algologie

Le traitement de la douleur se trouve au centre des préoccupations. L'appétit ministériel pour créer des normes réservant le traitement de la douleur à quelques centres est, une fois de plus, particulièrement grand.

IX.2. Responsabilité médicale

Le groupe de travail intercabinets Justice, Affaires Economiques, Santé Publique et Affaires Sociales, cherche à sortir du marais belge de la responsabilité médicale. Une solution n'est pas directement en vue. On multiplie les enquêtes auprès des compagnies d'assurances privées, des mutuelles, des hôpitaux et des médecins. Le symposium que le ministère de la Santé publique organisera probablement avant les vacances d'été, amènera peut-être de nouvelles pistes de réflexion. Le système "sans faute" pur proposé par le Prof. FAGNART, comme il existe en Suède, ne semble pas être applicable comme tel en Belgique.

IX.3. Pharmanet et les médicaments

Malgré les vives protestations des médecins et pharmaciens, les mutualités ont obtenu le sauf-conduit du ministre des Affaires sociales, pour enregistrer sur une seule piste magnétique tant les données relatives à l'évolution de la maladie que celles concernant la consommation médicamenteuse des patients. Les patients à risques pourront être écartés, même si le duo JUSTAERT-PEETERS chante sur tous les tons que telle n'est pas l'intention. Pour réduire les frais des médecins-conseil qui doivent marquer leur accord sur les 2 400 000 prescriptions (1999) pour les médicaments conditionnels du chapitre IV⁽⁹⁷⁾, les mutuelles et donc le ministre des Affaires sociales veulent introduire un contrôle a posteriori. Cela se ferait par coups de sonde sur des dossiers examinés (longtemps) après l'administration de la thérapie. Puisque tout doit être vu dans un contexte d'économie dans le secteur du médicament, le risque réel qu'en cas de "comportement déviant", les médecins seront contraints de rembourser les médications prescrites indûment⁽⁹⁸⁾. Ce sont surtout les généralistes qui génèrent 82 % de la totalité

⁹⁶ "Een zachte dood". Van de redactie. Hubert VAN HUMBEECK. Knack 18.8.1999.

⁹⁷ Arrêté royal du 2 septembre 1980 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité intervient dans le coût des spécialités pharmaceutiques et produits assimilés. INAMI. Coordination officielle mise à jour.

⁹⁸ Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Article 73.

des prescriptions et donc du budget, qui s'y opposent, sauf les membres dirigeants de l'Algemeen Syndicaat der Geneeskundigen van België (A.S.G.B.).

IX.4. Gynécologie

Malgré la concertation entre gynécologues et généralistes, et leur prise de position commune à laquelle furent également associés les radiologues, au sujet de la mammographie, des mécontentements viennent de temps à autre à la surface dans les deux groupes (⁹⁹, ¹⁰⁰, ¹⁰¹).

Les enregistrements vidéo du fœtus semblent dangereux, selon les médecins francophones (¹⁰²), les néerlandophones n'y voient aucun problème.

Ce type de différence d'attitude se comprend peut-être plus facilement vu sous l'angle du problème d'assurance responsabilité civile, les tribunaux francophones accordant des dédommagements toujours plus élevés. Récemment encore, le 25.01.2000, une indemnité de 64 millions de BEF à une patiente ayant été informée erronément (?) concernant son état immunitaire (Toxoplasma- gondii).

Un certain nombre de médecins s'occupant de fertilisation in vitro doivent fermer leur porte, non parce que la qualité serait insuffisante, mais parce qu'ils ne répondent pas aux normes arbitraires de COLLA (¹⁰³).

IX.5. Les mutuelles

De manière presque inaperçue, le Conseil Général de l'INAMI passe l'éponge sur ± 63 milliards (¹⁰⁴) de dettes accumulées par les mutuelles entre 1973 et 1995. Les MC reçurent (± 25 milliards) trop peu, les MS (± 88 milliards) en trop. Pour le Secrétaire général des M.S., le Dr Guy PEETERS, ces déficits sont "du vent" (¹⁰⁵).

Apurement du résultat comptable cumulé de l'assurance obligatoire au 31.12.1994 après reprise par l'INAMI des dettes et les résultats comptables cumulés des organismes assureurs (¹⁰³)	
OA 1 (LCM/ANMC)	24.891.319.730
OA 2 (LNM/UNMN)	- 7.616.234.362
OA 3 (NUSM/UNMS)	- 86.854.871.721
OA 4 (LLM/UNML)	- 2.975.004.042
OA 5 (LOZ/UML)	9.296.082.750
OA 6 (HKZIV/CAAMI)	153.680.109
OA 9 (NMBS/SNCB)	- 233.814.423
Total	- 63.338.841.967

⁹⁹ « Gynecologen willen duidelijke taakomschrijving ». Artsenkrant nr. 1223. 16.11.1999.

¹⁰⁰ « Gynecologen blijven tweedelijnsartsen ». « S.V.H. geeft gynecologen lik op stuk ». Artsenkrant nr. 1224. 19.11.1999

¹⁰¹ « Gynecologisch consult : chique en goedkoop ». Ibidem.

¹⁰² « Un acte médical, pas une vidéo ». « C'est en tout cas une recommandation de l'Association belge francophone d'échographie médicale ».

¹⁰³ Arrêté royal du 15 février 1999 fixant les critères de programmation applicables au programme de soins « médecine de la reproduction ». Moniteur belge du 25 mars 1999.

¹⁰⁴ Source. INAMI Note C.G. 99/105 du 17 septembre 1999.

¹⁰⁵ Dag allemaal. Mai 1994

Selon Jan BEECKMAN, directeur général de l'U.Z. de Jette, "les chevaliers blancs des mutuelles neutres" épiluchent les factures hospitalières et mettent en cause "l'optimalisation des factures hospitalières". Les M.C. et M.S. se taisent sagement : elles exploitent elles-mêmes les hôpitaux ou siègent dans des conseils d'administration, comme par exemple Jean HERMESSE, dirigeant du service d'étude de l'A.N.M.C., dans les cliniques Saint-Luc de l'UCL.

Si les objectifs des Neutres ont le regard noble, leur président, la tête de Fortis, Luc WILLEMEYNS, ne semble pas manquer d'intérêt pour le "managed care".

IX.6. Les ophtalmologues

Le conflit ophtalmologues-opticiens s'amplifie, non seulement à cause du tapage publicitaire de certaines chaînes internationales (¹⁰⁶), mais surtout depuis qu'en Flandre, certaines écoles veulent produire une sorte de profession pseudo-paramédicale. Dans le cadre d'une délégation de l'ABSyM, nous avons une conversation à ce sujet, le 15.01.2000 avec le ministre flamand de l'Enseignement, Marleen VANDERPOORTEN, en présence du Dr Paul LEONARD.

Malgré l'injection de 570 millions de francs belges dans le budget de l'ophtalmologie, dans le cadre de l'accord médico-mutualiste du 15.12.98, la demande budgétaire pour rendre viable une ophtalmologie moderne, reste tout entière.

IX.7. Le rapport PEERS

Le rapport PEERS "Soins de santé en Belgique - Défis et opportunités" fut largement commenté dans la presse générale avant d'être livré aux acteurs concernés. La date d'émission officielle était le 24.12.99. Comme nous avons mentionné plus en avant de notre rapport, les perspectives d'avenir restent sombres. La différence entre "rationaliser" et "rationner" semble fondre comme neige au soleil.

Parmi les experts consultés, nous ne trouvons ni membres du G.B.S. ni de l'ABSyM, mais bien deux membres de l'A.S.G.B. (plus proches des autorités), les "principales" mutualités et, ce qui est logique, un certain nombre de fonctionnaires.

En février et mars, le rapport fera l'objet de discussions répétées (6 avant midi) en réunion commune du Conseil Général et du Comité de l'Assurance de l'INAMI.

IX.8. La carte SIS

A partir du 1er janvier 2000, la carte SIS est rentrée, après quelques mois de retard, dans sa phase d'utilisation généralisée. Parmi les 600 000 Belges dont la carte n'était pas utilisable au 01.01.2000, figurent de nombreux indépendants. (¹⁰⁷)

10 % de la population belge semble éprouver des difficultés dans les pharmacies d'officines. Les optimistes qualifient ces problèmes de "maladies infantiles".

Notre attention reste fixée sur l'accessibilité au système pour les médecins individuels. L'usage de la carte SIS ne peut donc en aucun cas devenir un prétexte discriminatoire pour drainer les patients vers les hôpitaux au détriment des spécialistes et autres

¹⁰⁶ « Een doorn in het oog van de oogartsen ». Artsenkrant nr. 1177. 2.4.1999.

¹⁰⁷ « Cartes SIS : un certain caffouillage ». La Lanterne. 06.01.2000.

dispensateurs extra-hospitaliers. D'autre part, la protection de la vie privée et, plus particulièrement des données médicales, reste une préoccupation prioritaire.

X. CONCLUSION

Entre "abaisse-langue" et "zymotique" (¹⁰⁸), nous retrouvons tous les éléments de notre pratique quotidienne et de nos préoccupations. Nous espérons qu'ils permettent à notre groupe professionnel de rester sur le qui-vive et de lui donner "la force de résister". Il me semble utile de rappeler que la faculté de l'individu de résister à l'autorité pour défendre les droits civils et les libertés individuelles, a incité "Time magazine", à désigner Mahatma GANDHI en troisième position sur la liste des "personnalités du siècle" après Albert Einstein et le président américain Franklin Delano ROOSEVELT.

52 ans après la mort de GANDHI, cette même motivation est restée une valeur qui donne un sens à notre défense professionnelle. (¹⁰⁹)

Dr Marc MOENS
Secrétaire général
5.2.2000

¹⁰⁸ Dictionnaire des termes médicaux R. Van den Driessche, 2e édition, 1988.

¹⁰⁹ « Einstein is Person of the Century ». Time Magazine; 26.12.1999.