

Rapport annuel 2001 du G.B.S
Dr Marc MOENS
Secrétaire général
02.02.2002

11 SEPTEMBRE 2001 :

FRANK VANDENBROUCKE
MARQUE DE SON EMPREINTE
LA POLITIQUE DE LA SANTE

Considérations analytiques sur le lien fortuit
entre les Talibans et nos soins de santé
et entre la Maison royale et le projet de loi sur l'euthanasie

SOMMAIRE

I.	Le contexte politique.....	1
1.	L'arc-en-ciel se maintiendra-t-il quatre ans en plein ciel?.....	1
2.	Le TIMISOARA du débat sur l'euthanasie	1
II.	L'exécution de l'accord médico-mutualiste du 18.12.2000	3
1.	La valse des chiffres.....	3
1.	Les points de départ	3
2.	Le générateur d'économies VANDENBROUCKE	4
3.	Réaction des radiologues, des biologistes et des néphrologues	8
1.	Un appel à la grève très bien suivi	8
2.	Commentaires dans les médias et de la part de VANDENBROUCKE	9
3.	Les résultats	11
4.	Casus belli pour les généralistes : réduction de moitié de l'indexation	12
1.	L'accord transformé en chiffon de papier	12
2.	Du fondamentalisme socialiste et chrétien	13
3.	L'ABSyM dénonce l'accord pour les actes intellectuels	13
4.	Le ministre refuse tout compromis	14
5.	Un compromis honorable, mal compris par VANDENBROUCKE.....	15
6.	Le Conseil général du 28.1.2002 : le rideau tombe	16
2.	L'augmentation du statut social attire des généralistes mais pas de spécialistes.....	16
3.	L'accréditation.....	17
1.	Les structures de l'accréditation sont régies par la loi	17
2.	Nombre de médecins accrédités au 1er février 2002	18
3.	Vers une implosion de l'accréditation du fait de F. VANDENBROUCKE ? ..	18
III.	La Task Force Perl.....	19
1.	11 septembre 2001 : agenda pour les changements dans les soins de santé	19
2.	La phase de lancement	20
3.	L'installation de la Task Force	21
4.	Travaux poursuivis jusqu'à la date limite du 31.10.2001	23
1.	Surmenage des acteurs et de l'administration.....	23
2.	Task Force Number One : la responsabilisation individuelle des médecins	24
3.	Task Force Number Two : biologie clinique, imagerie médicale, dialyse, montants de référence	25
1.	Biologie clinique	25
2.	Imagerie médicale.....	25
3.	Dialyse	25
4.	Montants de référence pour les interventions chirurgicales.....	26
4.	Task Force Number Three : normes et répartition des coûts	26
5.	La réaction du Gouvernement au rapport de la Task Force du 14.11.2001	27
6.	Le dénouement : les gestionnaires d'hôpitaux reviennent sur leurs engagements....	29
7.	Et les conclusions des ministres	31
IV.	Nomenclature, règles interprétatives et contrôle médical.....	33
1.	La saine gestion et l'insécurité juridique organisée	33
2.	Règles interprétatives	33
3.	Contrôle médical.....	34
V.	Numerus clausus et commission de planification.....	35

VI.	Les droits du patient et la responsabilité médicale.....	36
1.	Les auditions au Parlement	36
2.	La proposition du gouvernement	37
1.	Le premier avant-projet.....	37
2.	La deuxième version de l'avant-projet : le droit de consultation directe et l'Ordre	38
3.	La proposition de loi Viseur-Paque	41
1.	La liberté de la relation entre le médecin et le patient	41
2.	Un devoir d'information réalisable en pratique.....	42
3.	Un consentement éclairé fonctionnel	43
4.	Le droit au refus de soins.....	43
5.	Dossier et médecin de confiance	43
6.	Plaintes et médiateur	43
4.	Qu'advient-il des droits des patients et de la responsabilité médicale durant l'"Eis-tijd" (le temps des actions en justice) ?	44
VII.	L'oncologie et les programmes de soins oncologiques.....	46
VIII.	Soins d'urgences.....	49
IX.	Le "remodelage" du paysage hospitalier.....	51
1.	"Le patient hospitalier" et la loi sur les "contrats bidons"	51
2.	"Iatrisme"	52
3.	La "révocation" du médecin hospitalier	53
4.	Avec le Conseil d'Etat comme allié : contre le sexisme et les contrats "bidons".....	54
5.	Le projet de loi portant des mesures en matière de soins de santé	55
6.	Universités et centres de référence	56
7.	Réseaux de soins, fusions et gestion distincte.....	58
8.	Le budget des moyens financiers de l'hôpital	60
9.	"Les frais occasionnés par les prestations médicales, qui ne sont pas financés par le budget des moyens financiers de l'hôpital"	62
X.	Aperçu de plusieurs procédures juridiques introduites ou terminées en 2001	63
XI.	Survol de quelques unions professionnelles	65
1.	Cardiologie	65
2.	Les stomatologues et l'art dentaire	66
1.	Premier acte : l'excellence de l'exercice "autonome".....	66
2.	Acte deux : la parodontologie.....	66
3.	Gynécologie-obstétrique.....	67
4.	Neurologie – Psychiatrie – Neuropsychiatrie.....	67
1.	Tension neurologique.....	67
2.	...et crise psychiatrique	68
5.	Ophtalmologie	69
XII.	La nouvelle définition de l'exercice de l'art infirmier.....	69
XIII.	Conclusion	70

I. LE CONTEXTE POLITIQUE

I.1. L'arc-en-ciel se maintiendra-t-il quatre ans en plein ciel?

L'arc-en-ciel est un phénomène naturel passager de nature atmosphérique. Le phénomène politique est un phénomène passager qui est, quant à lui, très terrestre. Durant la seconde moitié de 2001, au coeur de la présidence européenne de VERHOFSTADT et de la Belgique, les spéculations ont commencé à circuler concernant une élimination des maillons faibles du gouvernement, un réaménagement, un changement de fonctions...

A l'aube de 2002, le premier ministre VERHOFSTADT a tenu à désamorcer les insinuations en établissant une liste de ses priorités pour la dernière ligne droite avant les élections de 2003. Cependant, les chamailleries avec Ecolo n'ont fait que gonfler le flot des rumeurs. Le ministre VANDENBROUCKE n'a jamais disparu des médias durant toute l'année 2001. Ses shows répétés pour nous annoncer de bonnes nouvelles dans le domaine de la sécurité sociale, du remboursement de nouveaux médicaments, du Maximum à facturer, etc... n'ont eu pour seul effet, en Flandre, que de renforcer le sentiment de fièvre préélectorale. Alors qu'il n'est que le quatrième parti flamand, le S.P.-A. (Socialistische Partij – Anders) veut comptabiliser des points par rapport au VLD (Vlaamse Liberalen en Democraten) qui, tirant parti de la faiblesse de l'opposition résultat de la division et de la décomposition du CD&V (Christen Democratisch & Vlaams), entend devenir LE parti populaire par excellence – et donc le plus important – de Flandre. AGALEV est battu sur son propre terrain par le SP et les poulets aux PCB qui viennent de faire leur apparition ne leur feront certainement pas du bien.

En Wallonie, Elio DI RUPO (Parti Socialiste) joue en virtuose le premier violon avec Louis MICHEL (PRL) comme chef d'orchestre. Perdu dans la fosse d'orchestre, le PSC est autorisé à tenir le triangle. Les conflits au sein d'ECOLO faisant suite à des concessions dans le domaine de l'aménagement du territoire au niveau local ainsi que le faible score d'Isabelle DURANT jettent des fausses notes gênantes dans la partition.

Avec le ralentissement de l'économie, le gouvernement a également perdu son dynamisme, et ce même si ce phénomène a été quelque peu escamoté par les succès relatifs des conférences du Sommet européen avec la Déclaration de Laeken en guise de point d'orgue mineur.

I.2. Le TIMISOARA du débat sur l'euthanasie

Le 25 octobre 2001, à 21 h 58, la princesse Elisabeth, fille du Prince Philippe de Belgique et de son épouse, la Princesse Mathilde, a vu le jour à l'Hôpital Universitaire Erasme de l'U.L.B.

Quelques minutes auparavant, le Sénat avait approuvé à une large majorité de 44 voix pour, 22 contre et 2 abstentions, la proposition de loi sur l'euthanasie. Au niveau des partis du gouvernement, l'abstention de Paul GALAND (Ecolo) et celle d'Alain

DESTEXHE (PRL) méritaient d'être notées. Trois membres du PRL ont carrément voté contre. Il s'agit d'Olivier DE CLIPPELE, de Christine CORNET D'ELZIUS et de Nathalie T'SERCLAES, qui sont tous trois de la noblesse comme le quotidien "De Morgen" l'a fait remarquer.

Pourtant, nombreux sont ceux à penser que ce n'est pas une bonne loi. Un grand nombre de médecins estiment qu'une bonne loi sur l'euthanasie relève du wishfull thinking et restent d'avis qu'il ne faudrait pas de loi. L'extension aux patients non terminaux constitue, pour beaucoup de responsables politiques, un pont trop loin.

Le 16.1.2002, la Commission parlementaire de la Santé publique, de l'Environnement et du Renouveau de la Société a transmis une série d'avis à la commission parlementaire de la Justice qui les examinera dans les prochains jours.

Il a été décidé, majorité contre minorité, de transmettre une série de remarques importantes à la Justice. Il s'agit de propositions de modification du projet concernant la protection du pharmacien délivrant des médicaments euthanasiant, concernant l'obligation d'informer le pharmacien que le produit délivré servira à euthanasier un patient, concernant la situation terminale des patients mineurs, concernant l'exclusion de l' "euthanasie" en cas de souffrance purement psychiatrique, concernant une amélioration de l'information sur et l'appui au filtre palliatif, concernant la consultation obligatoire du généraliste s'il y en a un, concernant le caractère inutilisable de la déclaration de volonté préalable en cas de démence et enfin concernant l'audition du médecin qui, si l'anonymat est levé par la commission d'évaluation, souhaite expliquer sa manière de faire.

La commission a également rejeté l'option d'étendre le projet de loi à l'aide au suicide, tout comme elle a rejeté, avec 9 voix contre 7 voix et 1 abstention, la proposition visant à insérer des dispositions pénales dans le projet de loi.

Même l'option visant à limiter le projet de loi aux maladies "terminales" a échoué de justesse : 8 voix pour, 8 contre et 1 abstention. On est en droit de se demander si ce résultat reflète bien ce que pense la population. Sans parler de ce que pense les "exécuteurs" de l'euthanasie.

Plusieurs membres de la Chambre ont émis des réserves concernant le projet du Sénat, surtout après avoir perçu des doutes chez les médecins néerlandais invités du SCEN (Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland). Les articles qui font grand bruit concernant les HALP (*handelswijzen van artsen rond het levenseinde van patiënten*) (*pratiques des médecins autour de la fin de vie des patients*) dans le pays et à l'étranger peuvent, à mon sens, être qualifiés de TIMISOARA de l'euthanasie, en d'autres termes de prototype de la désinformation médiatique orchestrée. Suite à la découverte de plusieurs dizaines de cadavres enterrés de patients décédés dont la cause du décès est naturelle, le monde a été convaincu, le 22 décembre 1989, que la police politique roumaine des Ceausescu avait abattu 4.630 citoyens à Timisoara. Cette nouvelle a fait basculer la révolution et le couple Ceausescu a été fusillé à la Noël 1989 après un simulacre de procès expéditif. Les "informations" sur l'euthanasie devaient montrer qu'en Flandre, des centaines de patients ont bénéficié d'une aide pour mourir.

Un des coauteurs, le Dr Marc COSYNS, relativise les chiffres très élevés de cas d'euthanasie faisant la manchette des journaux de 1999 et cités plus tard dans les articles du Lancet, en déclarant publiquement (notamment dans le journal "De Morgen" du 10.12.2001) que, dans 4 cas sur 5, il s'agit d'un traitement purement médical pour des patients qui sont au seuil de la mort.

Les chiffres sur lesquels est fondé tout le débat sur l'euthanasie sont très loin de correspondre à la réalité. La commission parlementaire de la Justice n'a-t-elle rien d'autre à faire que de légaliser ces escroqueries afin de pouvoir faire partie du club select des nations euthanasiantes? Les sénateurs du VLD initiateurs du projet attendent-ils encore davantage d'extravagances à la DE DECKER, qui est également un fervent partisan d'une loi sur l'euthanasie, pour porter une nouvelle fois atteinte à l'image de la justice belge sur la scène internationale par le biais de l'affaire DUTROUX ?

Du reste, l'euthanasie ne figure nulle part dans la liste des priorités du gouvernement. Et après ses multiples visites chez ses homologues européens, le premier ministre VERHOFSTADT aura certainement appris que, dans une des nations européennes les plus puissantes, à savoir l'Allemagne, cette question est tout bonnement tabou pour des raisons évidentes. Même si le contexte est tout autre, des considérations économiques peuvent conduire à des actes inhumains impensables.

Mesdames et Messieurs les Parlementaires, chères Consoeurs et chers Confrères, chers concitoyens, mon appel personnel est le suivant : enterrez cette monstruosité juridique. Arrêtez de donner l'impression qu'il existerait un problème de l'"euthanasie" alors qu'en fait, le véritable problème auquel il faut trouver une solution en multipliant les débats fructueux est celui de l'acharnement thérapeutique et du combat inadapté contre la douleur. Travaillez-y. Accordez de l'attention à ce dossier.

II. L'exécution de l'accord médico-mutualiste du 18.12.2000

II.1. La valse des chiffres

II.1.1. Les points de départ

Avec la note Doc. CNMM 2000/32bis du 30.5.2000, le soussigné, président de l'époque, avait, au nom de l'ABSyM, soumis une estimation des besoins en moyens supplémentaires pour la période 2001-2003 pour un montant de 30,54 milliards de BEF. Le 6.6.2000, les membres du Cartel étaient tombés d'accord sur une version allégée s'élevant à 20,3 milliards de FB sur trois ans. De ce montant, 15,75 milliards, soit 77,6 %, étaient destinés aux actes intellectuels, soit 5,25 milliards par an. La demande explicite de nos rangs plaidait pour une augmentation de 10 % des actes intellectuels pendant trois années successives. Pour les généralistes, il s'agit des visites à domicile et des consultations tandis que, pour les spécialistes, les consultations, les honoraires de surveillance et les psychothérapies sont concernés.

C'était peine perdue. Des 9,142 milliards qui avaient été réclamés pour 2001, seuls 2,85 milliards ont été inscrits au budget. De ce fait, les dépassements de budget

étaient inéluctables, tout comme l'adoption de mesures de correction comme prévu au point E de l'accord. Au lieu des 5,25 milliards annuels pour la revalorisation des actes intellectuels, les médecins n'ont obtenu que 625 millions en 2001. L'accord prévoyait également 625 millions pour 2002 mais, en vertu du point B III de l'accord, la médico-mut aurait alors dû avoir indiqué, avant le 1.12.2001, la destination précise entre les actes intellectuels. Cela n'a pas eu lieu en raison de la course effrénée aux économies et des réunions de la "Task Force Perl" qui ont pris beaucoup de temps.

En théorie, ces 625 millions pour 2002 pourraient être considérés comme perdus, tout comme les 400 millions de l'extension du dossier médical global, les 325 millions de la poursuite de l'exécution de l'accord et les 190 millions pour le soutien à l'informatisation des généralistes.

Les 625 millions pour les actes intellectuels resurgissent dans le cadre du débat sur l'indexation (cf. II.1.4).

II.1.2. Le générateur d'économies VANDENBROUCKE

Au début de l'élaboration du budget 2002 au printemps 2001, et ensuite dans le cadre du contrôle budgétaire des dépenses du premier trimestre 2001, en juin 2001, la Commission du contrôle budgétaire de l'INAMI (CCB) a constaté que les "clignotants" de l'A.R. du 5.10.1999 (M.B. du 9.11.1999), exécutant l'article 51 de la loi sur les soins de santé et indemnités (loi S.S.I.), étaient passés au rouge pour toutes les prestations de santé, à l'exception des actes intellectuels (consultations, visites à domicile et surveillance) (cf. tableau 1).

Les clignotants pour les honoraires de surveillance étaient également passés au rouge lors du contrôle budgétaire préliminaire du premier semestre 2001.

Seules les consultations et les visites à domicile étaient encore dans les limites du budget autorisé.

La chronologie des activités de la CCB a eu pour effet que les néphrologues ont été les premiers et – grâce aux actions de grève à partir de septembre 2001 – les seuls victimes de la réduction d'office "automatique et immédiatement applicable des honoraires" (loi S.S.I. art. 51, §2, 1°). Par voie de conséquence, les autorités ont imposé aux néphrologues une récupération de 203,2 millions de FB sous la forme d'une réduction des honoraires de 15 % durant la période allant du 1.9 au 31.12.2001 (cf. tableau 2). Pour 2002, la Conseil général de l'INAMI a proposé une réduction des honoraires de 5 % à moins que ne soit trouvé un autre mode de financement (cf. Task Force Perl, point III). Depuis le 1.1.2002, les néphrologues facturent de nouveau provisoirement comme avant la mesure d'économie.

La loi du 19.7.2001 (M.B. du 28.7.2001 – éd. 2) a modifié les articles 59 (biologie clinique) et 69 (radiologie) dans la mesure où – en plus des 1.200 millions d'économies en biologie clinique que VANDENBROUCKE avait maintenus unilatéralement pour toujours bien que l'accord médico-mutualiste du 1.12.1999 avait limité cette économie à une intervention unique en 2000 – les biologistes cliniques doivent économiser 883 millions supplémentaires en 2001 et en 2002 tandis que les radiologues ont dû – en sus de l'économie de 651 millions de FB via la nomenclature (A.R. du 30.5.2001 – M.B. du 1.6.2001) en vigueur depuis le 1.6.2001 – économiser 1.521 millions de FB en plus en 2001. Entre le 1.9 et le

31.12.2001, les honoraires forfaitaires ont été réduits en moyenne de ± 25 % en biologie clinique (cf. tableau 3) et de 20 à 89 % en radiologie (tableau 4).

Pour couronner le tout, le gouvernement a aussi imposé aux radiologues et aux biologistes une économie supplémentaire d'un milliard. Les radiologues ont trouvé une solution en procédant à des modifications de nomenclature ponctuelles pour un montant de 486 millions en 2002, programmées à partir du 1.4.2002 (soit 648 millions sur base annuelle).

Attendu que toute la biologie est forfaitarisée à hauteur de 75 %, il n'est plus possible de réaliser des économies ponctuelles dans la nomenclature pour un montant de plusieurs centaines de millions. Dès lors, les honoraires forfaitaires des biologistes ont à nouveau été revus à la baisse, et cette fois pour un montant de 514 millions de FB.

Le tableau 5 donne un aperçu de tous les types d'économies, subdivisées en quatre catégories, avec leurs effets cumulatifs ou non pour les années 2001, 2002 et 2003. Les économies réalisées par le biais de la nomenclature (catégorie 1) (tableau 6) sont les seules au sujet desquelles les médecins ont encore leur mot à dire au niveau de la Commission nationale médico-mutualiste. Les remboursements en biologie clinique et en radiologie (catégorie 2), l'application de l'arrêté sur les clignotants (catégorie 3) et les retenues au niveau de l'indexation (catégorie 4) (cf. II.1.3.) sont le monopole de VANDENBROUCKE.

Les économies via le Conseil technique médical (C.T.M.), présidé par le Dr Jacques de TOEUF, également président de l'ABSyM, suscitent généralement de nombreuses critiques. Le train des mesures d'économies de décembre 2001 surtout est fort critiqué et condamné par l'important groupe des disciplines de la médecine interne, notamment par les cardiologues et les rhumatologues.

La mission du gouvernement consistait à trouver, avant le 15.12.2001, 1,6 milliard d'économies dans la nomenclature et 1 milliard dans la biologie/radiologie. L'article 44 de la loi-programme du 30.12.2001 (M.B. du 31.12.2001) était formulé très crûment : si la médico-mut ne trouvait pas d'elle-même des économies pour un montant de 40 millions d'EUROS avant le 31.12.2001 (soit 13,596 millions de FB de plus que les 1.600 millions de FB qui avaient d'abord été réclamés par le Gouvernement), VANDENBROUCKE pourrait procéder à n'importe quelle modification de la nomenclature entre le 1.1.2002 et le 30.4.2002.

Le président du C.T.M., qui comprend une délégation universitaire et des représentants des organismes assureurs et des syndicats médicaux, n'entendait pas laisser carte blanche à un VANDENBROUCKE avide d'économies. Le ministre lui avait pourtant remis une longue liste d' "idées" qu'il avait glanées de son website (remarquablement bien conçu et tenu à jour) et d'un échange de correspondance et de suggestions verbales de médecins.

Alors que Jacques DE TOEUF n'avait quasiment pas reçu d'idées en réponse à sa demande du 27.7.2001 adressée à l'ensemble des commissions monospécialisées – et par conséquent donc indirectement aux différentes unions professionnelles du GBS – pour les inviter à faire des propositions d'économies dans leurs disciplines respectives, le ministre quant à lui a apparemment reçu toute une kyrielle de

propositions d'économies. Impossible de savoir, sur la base de la longue liste ministérielle d' "idées d'économies", si les responsables des propositions ont été guidés par des motifs scientifiques "Evidence Based" ou par le principe qu'il est toujours préférable de réaliser des économies chez son voisin qui est toujours plus riche.

De cette liste, le C.T.M. a sélectionné, le 11.12.2001, une série d'économies pour un montant de 1.667 millions de FB, ce qui a encore donné lieu à des discussions au terme desquelles une économie ponctuelle a été décidée en radiologie pour un montant de 648 millions de FB, ce qui correspond aux 486 millions exigés par le gouvernement pour 2002 (répartis sur 9 mois). (Puisque le Comité de l'Assurance vient de décider, le 28.1.2002, de faire entrer en vigueur ces économies dès le 1.3.2002, l'économie en radiologie augmente de 9 à 10 mois, c'est-à-dire à 540 millions de FB.)

En marge de cette liste, l'expert de la nomenclature des MC, le Dr Rob VAN DEN OEVER, a soumis, en séance du CTM du 11.12.2001, une proposition très élaborée à la réunion.

Je cite : (nous traduisons) *"L'objectif est l'introduction d'une règle de cumul limitée pour la consultation, et ce avec une ou plusieurs prestations diagnostiques techniques, en vue de réaliser une économie dans les dépenses de l'assurance-maladie obligatoire. La consultation avec des prestations techniques dépassant un montant plafonné défini n'est plus remboursée qu'à concurrence de la moitié des honoraires (le ticket modérateur du patient restant identique pour des honoraires de consultation à 100 % ou à 50 %)".*

Selon VAN DEN OEVER, les avantages de cette mesure sont qu'elle (citation) (nous traduisons) :

- 1. est applicable aisément par l'introduction de quelques règles d'application*
- 2. est comparable à un précédent dans la nomenclature de l'art dentaire (article 5)*
- 3. est sélective dans son effet et épargne les disciplines fonctionnant principalement avec les honoraires intellectuels (pédiatrie, gériatrie, psychiatrie, ...), mais freine le cumul systématique de plusieurs prestations techniques pendant la consultation pour d'autres spécialités (cardiologie, gastro-entérologie, pneumologie, ...).*

Au fur et à mesure où VAN DEN OEVER fixait le montant plafonné à 1.500, 2.000, 2.500 ou 3.000 FB, il défalquait respectivement 955, 740, 565 ou 452,5 millions des honoraires de consultation. Le plafond a été fixé à 3.000 FB, ce qui représente 452,5 millions de FB d'économies, dont 370 pour les disciplines de la médecine interne et 82,5 pour les disciplines de la chirurgie. Les généralistes ne sont pas concernés de facto par cette forme d'économies.

Par contre, ils étaient visés dans la dernière proposition du Dr VAN DEN OEVER qui a supprimé les honoraires pour la présence d'un médecin lors d'une opération. Il ne s'agit pas de l'assistance apportée lors de l'opération proprement dite. Cette mesure devrait rapporter 100 millions, 70 chez les généralistes et 30 dans certaines spécialités.

Le président du C.T.M. DE TOEUF, qui n'a pas voix délibérative (loi S.S.I. art. 28 § 2), a soumis au vote l'ensemble du train de mesures d'économies. Hormis

l'abstention de deux membres présents du Cartel, la totalité a été adoptée pour un montant de 2.229,2 millions de FB.

Dans le cadre du conseil d'administration de l'ABSyM du 12.12 et du comité directeur du GBS du 13.12.2001, on a pu entendre bon nombre de remarques tant subjectives (scission des consultations et des prestations techniques dans la durée ou entre plusieurs collègues) que subjectives (la médecine interne est plus "lourdement" touchée que la chirurgie, etc.).

La réunion de la Commission nationale médico-mutualiste du 17.12.2001 n'a dès lors pas approuvé les nouvelles mesures d'économies de VAN DEN OEVER (552,5 millions de FB) et s'est limitée à la sélection approuvée par le CTM issue de la liste ministérielle pour un montant de 1.667 millions de FB.

L'obligation légale a été remplie pour éviter pire encore mais il n'y avait plus de réserve pour éventuellement indexer de 2,82 % une partie des prestations de santé, à savoir les actes intellectuels de l'article 2, à partir du 1.1.2002 (cf. II.1.3).

Pour l'indexation, il restait une seule possibilité comme source de financement alternative : à savoir les économies via le montant de référence pour les opérations standard qui doivent au minimum s'élever à 400 millions selon la déclaration gouvernementale, mais peuvent probablement atteindre plusieurs fois ce chiffre. Cette occasion aurait encore pu être saisie lors de la réunion finale de la Task Force Perl du mardi 18.12.2001. Cependant, en raison de l'acharnement des gestionnaires d'hôpitaux, cette opportunité s'est également terminée en queue de poisson. Nous reviendrons ultérieurement sur ce point (cf. III).

Depuis son entrée en fonction durant l'été 1999, le générateur d'économies VANDENBROUCKE aura déjà grappillé ± 25 milliards : 0.800 en 2000 (biologie clinique), ± 5.8 en 2001, ± 12.4 en 2002 et, comme on le sait d'ores et déjà, au moins 5.9 en 2003.

Le 28.1.2002, le Comité de l'Assurance a approuvé le projet d'A.R. pour mettre à exécution les économies décidées le 17.12.2001. Cette économie de 1.667 millions de FB entrera en vigueur le 1.3.2002.

Pour rappel : la revalorisation de 15,75 milliards demandée pour les actes intellectuels n'a encore été réalisée qu'à hauteur de 0,625 milliard. Une opération visant à puiser dans les poches du médecin pour remplir les caisses de l'Etat. Et donc un aller simple dans le panier percé des nombreuses structures onéreuses qui jaillissent comme des champignons sur le terrain de la médecine d'Etat.

II.1.3. Réaction des radiologues, des biologistes et des néphrologues

II.1.3.1. Un appel à la grève très bien suivi

Le 7.8.2001, le VAS (Vlaams Artsensyndicaat), l'aile flamande de l'ABSyM (Association belge des syndicats médicaux), a invité tous les radiologues, les biologistes cliniques et les néphrologues flamands à se réunir à Anvers dans le but de se concerter sur la manière de réagir aux modifications de la loi portant sur l'imagerie médicale et la biologie clinique ainsi qu'au passage sélectif au rouge du clignotant pour la dialyse rénale et à la sous-budgétisation délibérée du secteur de la santé dans son ensemble.

Avec plus de 100 voix pour et 2 contre, l'assemblée a décidé d'organiser une action de limitation des soins dès la fin de la période des vacances, et ce conjointement avec leurs collègues francophones de l'ABSyM et avec le GBS, notamment par le biais des unions professionnelles respectives du Groupement, à savoir l'UNR (Union nationale des radiologues) et l'Union professionnelle belge des médecins spécialistes en biopathologie médicale. Les spécialistes touchés ont immédiatement appelé leurs confrères des autres disciplines à prendre une part active à cette action de grève.

Suite à une concertation continue du GBS et de l'ABSyM, il a été décidé le 5.9.2001 d'appeler tous les médecins à dénoncer sans délai la convention pour 2002, à se limiter à un service du dimanche dans les services de radiologie et de biologie, à continuer la dialyse mais à ne pas tenir de consultations en néphrologie et de demander à tous les autres confrères de se limiter aux examens techniques urgents. En d'autres termes : "Naked hands medicine". Cette action est programmée sur douze jours : d'abord trois jours (du lundi 17 au mercredi 19 septembre), ensuite quatre jours (du lundi 1er au jeudi 4 octobre) et enfin, à titre provisoire, cinq jours (du lundi 15 au vendredi 19 octobre 2001).

La première action de limitation des soins des 17, 18 et 19 septembre a été couronnée de succès. Jour après jour, le cabinet AELVOET a diffusé des bulletins qui étaient en fait des bulletins de victoire pour les organisateurs de la limitation des soins. Les urgences ont été prises en charge correctement partout, comme cela avait été convenu expressément auparavant.

La plupart des hôpitaux ont apporté un soutien total à leurs médecins participant à l'action, malgré l'incompréhension de la directrice du VVI, le Dr Carine BOONEN (cf. également III.6). Les hôpitaux universitaires ont râlé mais n'ont évidemment pas pris part à la grève. Ils espèrent, qu'en passant de la pommade au cabinet VANDENBROUCKE, ils pourront, via leur partie B7 du prix de la journée d'hospitalisation, récupérer plusieurs centaines de millions économisés sur les honoraires médicaux.

Seuls quelques laboratoires cliniques privés ont eu le courage de soutenir effectivement l'action de leurs confrères hospitaliers. Ils ont informé leurs médecins (généralistes) prescripteurs des raisons pour lesquelles les soins devaient être limités et leur ont expliqué pourquoi ils ont bifurqué vers un dispositif de service de garde.

Nous répétons que nous avons grandement apprécié le soutien de ces biologistes cliniques. Les premiers à crier qu'il fallait continuer à travailler comme d'habitude – de peur que la concurrence impitoyable récupère leurs médecins prescripteurs – sont précisément ceux qui, à la fin des années septante et durant une bonne partie des années quatre-vingt, ont réduit la spécialité médicale de la biologie clinique en un vulgaire commerce et ont placé leurs plantureux bénéfiques avantageusement – ou moins avantageusement – dans une grande variété d'entreprises allant des équipes de football à des médicaments innovateurs ou à des tests de laboratoire issus du développement génétique.

Les mutuelles quant à elles ont mené une campagne contre la grève. Les Mutualités socialistes ont même fait de la publicité (payée?) dans les quotidiens "De Morgen", "Nieuwe Gazet" et "Gazet van Antwerpen" sous le titre accrocheur : "Stakingen kunnen uw gezondheid schaden" (les grèves peuvent nuire à votre santé".

II.1.3.2. Commentaires dans les médias et de la part de VANDENBROUCKE

Irrité par le succès considérable de l'action des médecins spécialistes, le ministre VANDENBROUCKE est complètement sorti de ses gonds le lundi matin 17.9.2001 à l'occasion d'un débat retransmis en direct sur Radio 1 en présence du soussigné. Des jeux de mots à propos de lois qui seraient en préparation et d'arrêts royaux qui sont, quant à eux, déjà d'application ont totalement gâché le spectacle qui fut une nouvelle fois difficile à apprécier car incompréhensible. A sa sortie du studio, Frank VANDENBROUCKE a eu un de ses accès de colère désormais célèbres à la suite duquel les termes diffusés en direct sur les ondes ne semblaient plus que des prodromes innocents.

Deux équipes de cameramen de la VRT qui nous attendaient en vue d'une interview télévisée ont été les témoins quelque peu médusés de cette violence verbale ministérielle.

Est-ce le dialogue auquel le président SP de l'époque Frank VANDENBROUCKE avait convié tous les médecins flamands dans sa lettre ouverte pontifiante du 20.10.1992? Le Dr Louis BECKERS, qui était alors le président de l'ABSyM, le qualifia jadis de dialogue de maître à valet. Dans la mesure où les problèmes sont encore toujours autant d'actualité, je cite un passage de sa réponse ouverte du 2.11.1992 :

“De geneesheren hebben zich inderdaad grote offers getroost om een behoorlijke verzorging te verzekeren met eerder bescheiden middelen. Ik ben al de tel kwijt van het aantal keren dat zij een volledige of een gedeeltelijke indexesprong (wat voor U “onbespreekbaar” is als het om andere werkers gaat) hebben aanvaard omwille van de uitgavenstijging in de ziekteverzekering. Zulke indexesprong is nochtans méér dan een lineaire vermindering van de koopkracht : alle kosten die wij op onze honoraria ten laste nemen stijgen sneller dan de inflatie, en de plethora die jullie, politici, opzettelijk hebben georganiseerd, maakt de zaak nog veel erger, vooral voor de minderbegoede jongeren, maar ook voor sommige ouderen, waarvan velen blijven werken na de pensioenleeftijd omdat ze helemaal niet “binnen” zijn, maar het geld nodig hebben.

Tegenover de geneesheren maakt U dus zeker geen kans met uw zoetsappig belerend proza. Zij weten best aan hoeveel beperkingen en hoeveel zinloze

bureaucratische betutteling ze reeds onderworpen zijn in naam van een "solidariteit" waarbij iedere onbevungen waarnemer zich steeds grotere vragen stelt. ..."

..." Jullie zijn opnieuw bezig te proberen aan de bevolking een systeem op te dringen dat aan de mensen verbiedt zich in te mengen in hun eigen zaken. De geneesheren trappen daar niet meer in en de bevolking begint ook stilaan door te hebben wie haar bedriegt, en hoe gevaarlijk het is om het oor te lenen aan de heerschappen die zeggen dat ze de bevolking willen behoeden voor de "vrijheid van de vos in het kippenhok", maar die ons in ruil de vrijheid van de kippen op de legbatterij willen schenken. Zolang jullie maar de eieren mogen rapen."

C'était il y a dix ans et donc l'Ancienne Culture Politique. Dans la Nouvelle Culture Politique, le ministre VANDENBROUCKE "facilite" le dialogue en adaptant à tout bout de champ les lois et les arrêtés à ses points de vue et la ministre AELVOET dispose maintenant d'un institut qui doit ramasser les œufs pour elle et veiller à la qualité de l'alimentation...

Dans les réactions des médias, le rédacteur en chef du "Laatste Nieuws", Luc VANDERKELEN, tient des propos plutôt extrémistes le 19.9.2001. Sous le titre "Hoe meer ze verdienen, hoe heldhafter ze staken" (plus ils gagnent beaucoup, plus ils font grève héroïquement), il écrit à propos des radiologues et des biologistes :

"De dokters gebaren van kromme haas. De regering moet de huisartsen maar dwingen om minder onderzoeken aan te vragen, is hun stelling. "Wij zijn uitvoerders" zeggen de stakende specialisten. "Wij zijn uitvoerders". Ja, dat zei dokter MENGELE ook. Het is een lafhartige redenering. Medici horen hun verantwoordelijkheid op te nemen." (Nous traduisons : Les docteurs feignent de ne rien savoir. Le gouvernement n'a qu'à obliger les généralistes à demander moins d'examens, disent-ils. "Nous sommes des exécutants", proclament les médecins grévistes. "Nous sommes des exécutants". Oui, c'est aussi ce que disait le docteur MENGELE. C'est un raisonnement lâche. Les médecins doivent prendre leurs responsabilités...)

Je cite de notre éditorial du numéro d'octobre 2001 du "Médecin Spécialiste" :

"C'est un raisonnement lâche dont fait montre Vanderkelen en risquant sur le papier un non-sens aussi ignoble établissant une comparaison avec les bourreaux nazis. Une manifestation flagrante de l'estompement des normes éthiques qui ne fait pas honneur au journal qui emploie son auteur."

VANDERKELEN a pourtant fait preuve d'une sagesse inattendue en n'indiquant pas que les néphrologues s'étaient limités à suspendre leurs consultations. L'arrêt des dialyses à partir d'un certain âge – entraînant une mort certaine – comme c'est pratiqué chez certains de nos voisins européens civilisés – ne fait pas partie de nos lignes d'action.

Pour un Flamand, c'est chaque jour une nouvelle aventure étonnante de comparer les médias flamands, et plus particulièrement les journaux, aux francophones. Les médecins bénéficient généralement d'une presse plus favorable dans la partie francophone du pays et une plus grande attention est consacrée aux problèmes médico-sociaux.

Les spécialistes et les électeurs flamands de l'ABSyM ont encore un handicap supplémentaire dans la mesure où le groupe de la VUM a une sympathie historique pour l'ASGB "flamand". Le syndicat médical alors dirigé par le Dr Marcel DE BRABANTER a en effet participé au sauvetage de la faillite du quotidien "De Standaard" le 21.6.1976 en lui apportant 300.000 FB (cf. Hugo DE RIDDER, "Geen blad voor de mond", Lannoo, 2001, chapitre 5 "Een krant kun je kopen, een redactie niet", page 114).

II.1.3.3. Les résultats

Retour à l'action !

L'action annoncée de la limitation des soins du 1er au 4 octobre s'est déroulée comme prévu. La nouvelle que le VLD entendait limiter le budget 2002 des soins de santé à 568 milliards, n'a fait que convaincre un nombre encore plus important de confrères de la nécessité de mener une action pour obtenir un budget plus important. Comme lors de la première action, ce sont surtout les radiologues qui ont pris les choses en mains.

Le 3.10.2001, l'ABSyM et le GBS ont convié les grévistes à une nouvelle concertation. Dans l'intervalle, le ministre VANDENBROUCKE avait annoncé qu'il prendrait un certain nombre de mesures structurelles qui tiendraient compte des objectifs des médecins. Au sein du gouvernement, les divergences d'opinion à propos du budget des soins de santé n'étaient pas encore dissipées. Le "State of the Union" du premier ministre VERHOFSTADT n'étant attendu que pour le 9.10.2001, l'action suivante – une action de grève générale de tous les spécialistes – a été reportée aux 29, 30 et 31 octobre 2001. L'appel au déconventionnement a été relancé et activé.

Le 17 octobre 2001, le bureau de l'ABSyM a constaté que le "rapport intérimaire définitif" de la Task Force Perl comportait un certain nombre d'éléments positifs pour le corps médical. Afin de ne pas hypothéquer la suite des négociations, il a été décidé, d'un commun accord avec le GBS, de suspendre sine die la grève annoncée pour la fin du mois d'octobre.

Les résultats concrets des sept journées d'action peuvent être énumérés comme suit :

1. Bien que les clignotants soient passés au rouge pour la totalité des prestations de santé – à l'exception des consultations et des visites à domicile – aucun remboursement n'a été organisé comme cela a été le cas pour la dialyse et comme c'est prévu à l'article 51 de la loi S.S.I.;
2. Malgré les menaces proférées par le VLD, le budget des soins de santé a été porté de 568 milliards de FB à 581,5, avec une rallonge budgétaire spécifique de 1,971 milliards de FB pour les honoraires médicaux (note C.S.S. n° 2001/290 4e add. du 4.12.2001), dont 312,7 millions pour la biologie clinique et 561,8 pour l'imagerie médicale.
3. Nous étions en position de force pour discuter au sein de la Task Force Perl (cf. également III).

II.1.4. *Casus belli pour les généralistes : réduction de moitié de l'indexation*

II.1.4.1. L'accord transformé en chiffon de papier

Le 26 mars 2001, le ministre VANDENBROUCKE a convoqué la presse pour l'informer du fait que le budget 2001 risquait d'être dépassé de 5 milliards de FB et que les médecins notamment devaient économiser 1.050 millions de FB.

A la mi-2001, le dépassement s'est avéré être beaucoup plus important, à savoir de 7 à 8 milliards. L'effort d'économies exigé des médecins n'a pas augmenté d'une manière uniforme de 50 à 60 %, mais a été pratiquement multiplié par 5. C'est ce qui est ressorti de la note détaillée annexée au "State of the Union" du premier ministre VERHOFSTADT le 9 octobre 2001. Lors de l'élaboration du budget 2002, l'économie exigée des médecins est passée à pas moins de 5.100 millions. Une telle somme ne peut être trouvée qu'en procédant à des interventions draconiennes. Les dispensateurs qui vivent des honoraires ont été privés de l'indexation durant 6 mois. La plus grande partie de ces économies a été réclamée aux médecins : renonciation à 2.500 millions d'indexation sur un total de 3.750 millions, soit précisément deux tiers. Par contre, le personnel qu'ils doivent payer à partir de leurs honoraires a bien été indexé. Les infirmiers et les kinésithérapeutes qui vivent des honoraires sont aussi des victimes. Les salariés de cette catégorie professionnelle bénéficient d'une injection financière spéciale, par exemple 570 millions pour les soins à domicile organisés. Tous les Belges sont en effet égaux devant la Loi !

Le point B, I, 3 de l'accord du 18.12.2000 stipule que les honoraires sont indexés en 2002 suivant les dispositions légales (A.R. du 8.12.1997; M.B. du 23.12.1997) et que l'attribution de la masse de l'index est négociée par la médico-mut avant le 1.12.2001.

En l'absence d'accords spécifiques quant à l'attribution préférentielle éventuelle d'une partie de l'index à l'une ou l'autre prestation ou à un groupe de prestations, toutes les prestations sont alors en principe indexées de la même manière. Pour 2002, l'indexation devrait être de 2,82 %.

Malgré l'élaboration du budget en octobre 2001, aucune modification légale n'a été apportée au mécanisme d'indexation ... jusqu'à l'A.R. du 12.12.2001, qui n'a été publié au Moniteur belge que le 28.12.2001. Cet A.R. confisque ainsi une demi-année d'indexation aux dispensateurs de soins indépendants. Et, à ce moment-là, il n'était plus possible de sortir de l'accord puisque la date limite pour le faire était fixée au 15.12.2001.

Après le maintien de l'économie unique de 1.200 milliards, décidée lors de l'accord, pour la biologie clinique début 2001, après la modification de la loi du 17.7.2001 concernant la biologie et la radiologie, le ministre VANDENBROUCKE modifie, pour la troisième fois en l'espace d'une année, unilatéralement les règles du système des accords.

Les généralistes se sont sentis les principaux visés. Etant donné que les consultations et les visites à domicile restaient de justesse – le seul secteur du reste – dans les limites du budget (cf. tableau 1), étant donné qu'ils ont déjà consenti des efforts importants au niveau de la prescription des médicaments génériques, étant donné qu'ils sont de plus en plus responsabilisés, un "comité consultatif ad hoc" des associations de généralistes flamandes, ayant comme porte-parole le président du Vlaams Huisartsenparlement (V.H.P.), Piet VANDEN BUSSCHE, a appelé les

généralistes par la voie des médias, le 28.12.2001, à indexer malgré tout leurs honoraires à partir du 1.1.2002. Une consultation doit coûter 16 euros (645 BEF contre 627 BEF en 2001) et une visite à domicile 20,5 euros (827 BEF contre 803 BEF en 2001).

II.1.4.2. Du fondamentalisme socialiste et chrétien

En réponse à ce "supplément illégal et défavorable au patient" de respectivement 18 BEF (0,45 euro) et 24 BEF (0,59 euro), Frank VANDENBROUCKE, l'ami des généralistes, riposte sans tarder : restitutions dans le chef des mutuelles du trop perçu et perte du statut social, sujet très sensible.

Bien qu'il s'agisse uniquement de l'exécution de l'accord du 18.12.2000, les médecins (généralistes) ont quand même dû attendre pratiquement un an avant que le statut social ne soit fixé via l'A.R. du 13.11.2001 (M.B. du 21.11.2001) : 102.326 BEF (2.536,60 euros) pour les médecins totalement conventionnés et 68.217 BEF (1.691,06 euros) pour les partiellement conventionnés. Et, un mois plus tard, ce même ministre menace déjà de reprendre le montant (accordé beaucoup trop tard).

Le président des M.C. Marc JUSTAERT a jugé utile d'expliquer les sanctions du ministre sur Radio 1. Conformément au point L § 6 de l'accord du 18.12.2000, "le bénéficiaire peut réclamer au médecin une indemnité forfaitaire s'élevant à trois fois le montant du dépassement, avec un minimum de 500 F". Ajoutant que les mutuelles peuvent se substituer à leurs membres. "En outre", a-t-il déclaré, "nous pouvons encore couper davantage dans le vif en retirant le statut social aux médecins".

Fondamentalisme chrétien, en d'autres termes, de la part d'un ténor du C.D.&V, dont l'organisation a décidé de quadrupler la cotisation de ses membres au 1.1.2002. Les C.M. ont augmenté la cotisation de 9,54 euros (soit 385 BEF). Avec une telle différence de prix, les membres peuvent se rendre 21 fois chez leur généraliste ou "petit spécialiste" en consultation et financer l'indexation "illégale".

II.1.4.3. L'ABSyM dénonce l'accord pour les actes intellectuels

Après un travail préliminaire approfondi réalisé par ses juristes, l'ABSyM a décidé, lors de la réunion de son bureau du 9.1.2002, de dénoncer l'accord du 18.12.2000 en ce qui concerne les prestations de l'article 2 de la nomenclature (consultations, visites à domicile et psychothérapies), en se basant sur le point I, chiffre romain I, 1 de l'accord.

La lettre recommandée du 10.1.2002 informant le président Gabriël PERL de cette dénonciation limitée a été inscrite d'urgence par celui-ci à l'ordre du jour de la réunion de la Commission nationale médico-mutualiste du 14.1.2002. Un fait essentiel de cette dénonciation de l'ABSyM est que, du fait de la limitation à quelques codes (les prestations techniques restent dans l'accord), le statut social est conservé. Par cette démarche, l'ABSyM a voulu légaliser ce qu'un médecin généraliste sur trois facturait déjà de facto : leurs honoraires indexés.

II.1.4.4. Le ministre refuse tout compromis

Le vendredi 12.1.2002 dans la soirée, le président PERL a convoqué quelques ténors de la médico-mut de toute urgence. En effet, tant le ministre que le président étaient d'avis que la dénonciation de l'ABSyM ne disposait pas d'une base juridique suffisante. Et donc, PERL a recherché une alternative via les 625 millions du point Bill de l'accord qui n'ont pas été attribués dans les temps pour la revalorisation des actes intellectuels. Selon nous, l'indexation est un droit acquis pour tous les citoyens, également pour les indépendants, de sorte qu'elle ne peut pas être remplacée par ces 625 millions. Il va de soi que les médecins n'entendaient pas perdre ces 625 millions (à peine 11,9 % de la revalorisation annuelle de 5,25 milliards de FB que nous réclamons pour les actes intellectuels !). En guise de compromis, le soussigné a proposé pour la délégation de l'ABSyM à la médico-mut d'utiliser les 625 millions pour l'indexation à deux conditions. Premièrement : le ministre ne peut pas imposer de son propre chef des économies supplémentaires via l'article 35 § 2 de la loi S.S.I. Et deuxièmement : au cas où l'extension du dossier médical global (DMG) à l'ensemble de la population à partir du 1.5.2002 serait plus important que ce qui était prévu et inscrit au budget, le ministre ne peut pas récupérer le dépassement de ce budget spécifique auprès des médecins généralistes.

A l'occasion de la réception de la nouvelle année de l'INAMI, qui s'est tenue le lundi 14.1.2002, à l'issue de la réunion du Comité de l'Assurance, nous avons appris "dans les couloirs" que le ministre avait déjà refusé par avance la proposition de compromis. Il entend réaliser encore davantage d'économies. Ce n'est qu'à cette condition qu'il accepte d'accorder l'indexation avant le 1.7.2002. VANDENBROUCKE l'a écrit dans une lettre adressée à DE TOEUF en date du 11.1.2002.

La médico-mut du lundi soir 14.01.2002 n'a pas été plus loin que l'adoption du compte rendu du 17.12.2001 (approuvant formellement les propositions d'économies à hauteur de 1.667 + 648 millions sur base annuelle pour la radiologie – cf. tableau 5) et l'examen de la lettre de déconventionnement de l'ABSyM. Attendu que lors du vote, les 5 membres du CARTEL ont refusé de s'associer à l'ABSyM, le déconventionnement n'a pas réuni la majorité des $\frac{3}{4}$ requise dans les rangs des médecins. Le Président PERL a levé la séance et a convoqué l'assemblée pour le 21.1.2002 pour un nouveau vote ainsi que pour examiner le reste des 13 points inscrits à l'ordre du jour.

Bien qu'il ait, de ce fait, été impossible d'examiner les propositions d'économies, le ministre a annoncé le mardi 15.1.2002 qu'il imposerait de lui-même des mesures d'économies supplémentaires et qu'il avait décidé d'indexer les actes intellectuels de l'article 2 à partir du 1.2.2002. A l'occasion d'un débat télévisé organisé ce même 15.1.2002 (émission "Terzake" sur la chaîne Canvas), le soussigné a répondu au ministre qu'il ne disposait d'aucune base légale pour imposer de nouvelles économies. Le coût de cette opération d'indexation, avec ses différentes composantes, est présenté dans le tableau 7.

Durant le débat portant sur la lettre de déconventionnement de l'ABSyM, le président des M.C. Marc JUSTAERT a été forcé d'admettre que même si, selon lui, l'ABSyM ne pouvait pas opter pour la dénonciation partielle décrite comme partie à l'accord, tous les médecins individuels pouvaient par contre – comme la lettre de DE TOEUF en faisait d'ailleurs mention – dénoncer l'accord dans sa totalité conformément au

point I, chiffre romain I, 2. d. Mais alors avec perte du statut social pour l'année 2002.

II.1.4.5. Un compromis honorable, mal compris par VANDENBROUCKE

Dans la mesure où le ministre a annoncé publiquement par la voie des médias qu'il indexerait à partir du 1.2.2002, l'ABSyM a retiré sa lettre de déconventionnement au cours de la réunion de la CNMM du 21.1.2002. A l'issue de négociations difficiles – au cours desquelles le soussigné a fait mention des économies déjà décidées pour un montant de 12 à 13 milliards au niveau des honoraires médicaux (tableau 5) – le compromis suivant a été atteint.

Bien que la date du 1.12.2001 soit passée, une destination est recherchée pour les 625 millions de la revalorisation des actes intellectuels et son application financière prend cours le 1.7.2002. Economie de 312,5 millions de FB.

Les aspects techniques de la réglementation garantissant une hausse des honoraires pour les urgences assurées par les médecins généralistes – montant prévu : 100 millions de FB – doivent encore être définis. La date d'entrée en vigueur proposée est également le 1.7.2002. Economie de 50 millions de FB.

La médico-mut du 17.12.2001 a économisé 1.667 millions de FB au lieu des 40 millions d'euros imposés par la loi (= 1.614 millions de FB). Montant disponible : 53 millions de FB.

Ces "mesures d'économie" rapportent 415,5 millions de FB, ce qui est pratiquement suffisant pour financer 5 mois d'indexation de l'article 2.

La CNMM a en outre fait une déclaration d'intention politique, annonçant que si ce montant ne suffisait pas, elle était disposée à réaliser au maximum 300 millions d'économies supplémentaires au niveau des prestations médico-techniques, en se limitant à l'année 2002.

Le matin même, le ministre s'était vu sérieusement désapprouvé par le Comité de l'Assurance après avoir soumis pour avis un projet de modification de l' "A.R. sur l'indexation" du 12.12.2001 sans que celui-ci n'ait été inscrit à l'ordre du jour. Il entendait par là-même trouver une base légale lui permettant de décider lui-même de nouvelles économies rendant possible l'indexation. AUCUNE des 34 personnes présentes n'a voté en sa faveur, 19 se sont prononcées contre (15/16 des dispensateurs présents et 3 membres des mutualités libres) et il y a eu 15 abstentions (parmi lesquelles on compte – fait totalement incompréhensible – un seul dispensateur, à savoir le tout nouveau président par intérim du *Syndicaat voor Vlaamse huisartsen*, le Dr Guido ISTAS).

Lors du briefing du président PERL durant la nuit suivant la réunion de la C.N.M.M., le ministre avait juste entendu que les médecins allaient économiser 300 millions supplémentaires au niveau des prestations médico-techniques. Après avoir appris que cela avait été convenu conditionnellement et pour un montant limité, il s'est mis en colère – une fois de plus. Gabriël PERL, Guy PEETERS (M.S.) et Marc JUSTAERT(M.C.) ont alors eu droit à un fameux sermon de la part du ministre. Dans le Journal du Médecin du 25.1.2002 et dans Le Soir du 23.1.2002, nous avons pu lire que le président de la C.N.M.M. avait même envisagé de démissionner.

II.1.4.6. Le Conseil général du 28.1.2002 : le rideau tombe

Pour conclure le mélodrame de l'indexation, le Conseil général de l'INAMI a finalement décidé, le lundi 28.1.2002, en se fondant sur une analyse de la Commission du contrôle budgétaire (C.C.B.) du 23.1.2001, que les prestations de l'article 2 de la nomenclature seront indexées à partir du 1.2.2002 pourvu que la médico-mut trouve les 198 millions de FB supplémentaires.

Ce montant s'inscrit parfaitement dans le maximum promis des 300 et, bien que les chiffres de la C.C.B. divergent légèrement de ceux de la C.N.M.M. et ont également été obtenus d'une autre manière, la promesse solennelle de la C.N.M.M. sera tenue. Et fiat index de dato 1.2.2002 !

II.2. L'augmentation du statut social attire des généralistes mais pas de spécialistes

Lors de la présentation de mon rapport annuel 2000, le 3.2.2001, le nombre de médecins ayant refusé d'adhérer à l'accord du 18.12.2000 n'était pas encore connu. L'augmentation du statut social, passant de ± 62.000 FB en 1998 à ± 102.000 FB en 2000, a conduit à une nette régression du nombre de refus parmi les médecins généralistes : celui-ci est passé de 14,5 % en 1998 à 12,17 % en 2000 (cf. tableau 8). Chez les spécialistes, par contre, le nombre de refus est passé de 17,29 % pour l'accord du 15.12.1998 à 20,79 % pour l'accord du 18.12.2000.

Cette hausse s'expliquait principalement par la forte augmentation du nombre de cardiologues à s'être déconventionnés dans la perspective des importantes économies prévues dans leur secteur, publiées au M.B. du 16.1.2001 (A.R. du 8.12.2000) et entrées en vigueur le 1.3.2001. Le nombre de cardiologues ayant refusé d'adhérer à l'accord a plus que triplé, passant de 11,50 % à 35,58 % (cf. tableau 9), soit en termes absolus de 78 à 269 cardiologues.

A l'annonce de nouvelles mesures d'économies à hauteur de 5,1 milliards de FB en 2002, parmi lesquelles la non-indexation, 1.780 spécialistes ont décidé de se désengager de la convention du 18.12.2000 pour la seconde année de l'accord 2001-2002, de sorte que le nombre de déconventionnements a augmenté de 9 %, passant de 20,79 à 29,77 %. Les évolutions les plus marquantes concernent les radiologues (le nombre de refus a été multiplié par 4,9, passant de 10,64 à 51,67 %) et les biologistes cliniques (x 10,2, de 0,87 % à 8,9 %).

Les raisons sont faciles à trouver : économies, économies, économies, ...

Pour rappel. En 1992, lorsque Philippe MOUREAUX (P.S.), qui était à l'époque ministre des Affaires sociales, avait demandé à tous les médecins de signer une convention individuelle à la suite du refus de l'ABSyM de signer un accord, 37,8 % des généralistes et 63,7 % des spécialistes, soit 51,5 % du nombre total de médecins, avaient opposé un refus. Philippe MOUREAUX avait sagement renoncé à imposer des tarifs, lesquels ont été libres en 1992 tout en restant socialement justifiés.

II.3. L'accréditation

II.3.1. Les structures de l'accréditation sont régies par la loi

L'A.R. du 13 juillet 2001 (M.B. du 29.8.2001) définit précisément la composition et les missions des différents organes de l'accréditation. Le groupe de direction de l'accréditation, le Conseil technique de l'accréditation et les 26 comités paritaires ont été complétés – après un accouchement laborieux (cf. nos précédents rapports annuels sur le sujet) – par le Conseil national de la promotion de la qualité (CNPQ). Au sein de cet organe siègent 6 généralistes et 6 spécialistes au nom des organisations représentatives de médecins, 7 médecins au nom des universités et 7 médecins au nom des associations scientifiques, 12 médecins des mutuelles, 3 médecins au nom du ministre des Affaires sociales et 3 médecins au nom du ministre de la Santé publique. Un suppléant est également prévu pour chacun de ces 44 membres.

Le CNPQ remplace l'actuel Comité national du peer review. Une fois que tous ces organes auront été officiellement installés, il sera peut-être possible de verser aux membres un jeton de présence et une indemnité de déplacement pour leur participation aux réunions desdits organes.

Déplorons le fait que les comités de lecture régionaux (CLR) aient été oubliés. Ils ont pour tâche de vérifier les rapports annuels des GLEM et d'y puiser des informations utiles et intéressantes qu'ils devront, dans le futur, transmettre au CNPQ. Jusqu'à présent, les comités de lecture jouaient un rôle d'informateur auprès du Comité national du peer review.

La mise à disposition d'une salle de réunion ainsi que d'une infrastructure minimale pour le secrétariat coûte de l'argent. Jusqu'à présent, ce financement a été assuré par les membres des CLR qui ont également investi pro deo leur temps et leurs déplacements. Le 18.4.2001, le Groupe de direction a pris connaissance d'une lettre du Comité paritaire des médecins généralistes l'informant que les CLR des médecins généralistes partaient en grève. Ceux-ci ont été rejoints par plusieurs comités de lecture de spécialistes. Aujourd'hui encore, la plupart des comités de lecture sont paralysés.

L'engagement formel des ministres AELVOET et VANDENBROUCKE d'annuler les trois A.R. devenus superflus de Marcel COLLA concernant le Dossier général (A.R. du 3.5.1999, M.B. du 17.7.1999, éd. 1), la section médecins du Conseil supérieur des professions de la santé (A.R. du 16.6.1999; M.B. du 8.9.1999, éd. 2) et l'évaluation de la pratique médicale (A.R. du 16.6.1999; M.B. du 8.9.1999, éd. 2) n'a pas encore été tenu.

II.3.2. Nombre de médecins accrédités au 1er février 2002

Le tableau 10 établit le classement des spécialités en commençant par le groupe comptant le plus grand nombre d'accrédités, pour terminer par la spécialisation comptant le plus petit nombre d'accrédités, c'est-à-dire (et il en va ainsi depuis des années) de la dermatologie à la stomatologie.

Le tableau 11 reprend ces données suivant le numéro d'agrégation des disciplines respectives (colonne 1).

Dans la colonne 5, vous trouvez le nombre de médecins membres d'un GLEM (25.923 au total). Ce nombre dépasse systématiquement le chiffre total des médecins accrédités de la colonne 3 (22.454). Par conséquent, cette colonne comprend non seulement les médecins accrédités (22.330) de la colonne 7 mais également les 3.593 médecins non accrédités de la colonne 8. La réglementation le permet en effet tant que le nombre de membres accrédités par GLEM est compris entre un minimum de 8 et un maximum de 25.

La colonne 9 indique le nombre de GLEM tandis que la colonne 10 donne le nombre moyen de membres par GLEM.

La différence entre la colonne 3 (total des accrédités) et la colonne 7 (nombre de médecins accrédités membres d'un GLEM) s'élève à 124, 31 d'entre eux étant des généralistes et 93 des spécialistes. Il s'agit de médecins qui, au 1.2.2002, sont à la recherche d'un GLEM car ils souhaitent en changer ou parce que les confrères de leur GLEM leur ont demandé de s'en aller. Certains cas individuels sont vraiment problématiques et atterrissent au Groupe de direction. Il n'y a qu'en neurochirurgie, en radiothérapie et en médecine nucléaire que tous les médecins ont trouvé un toit. Dans toutes les autres spécialités, le nombre de médecins à la recherche d'un GLEM est inférieur à 1 % du nombre des accrédités, sauf chez les orthopédistes où 14 médecins accrédités sur 583, soit 2,4 %, ne sont pas (encore)/(plus) affiliés à un GLEM.

Le nombre moyen de membres affiliés à un GLEM atteint 15,6 chez les généralistes et 17,2 chez les spécialistes, avec une variation allant de 11,8 membres en moyenne en biologie clinique à 21,4 membres en neurologie. Nous ne tenons pas compte de la moyenne de 31,2 membres par GLEM en psychiatrie car cette situation n'est pas réglementaire.

II.3.3. Vers une implosion de l'accréditation du fait de F. VANDENBROUCKE ?

Le groupe de direction de l'accréditation a réclamé à maintes occasions que du personnel et des moyens financiers soient débloqués pour accomplir les lourdes tâches du régime de l'accréditation et permettre son informatisation. Il a chaque fois fait chou blanc.

La décision "d'en haut" de doter le groupe de direction de l'accréditation d'une "cellule d'information", issue du ministère de la Santé publique mais payée comme des fonctionnaires par l'INAMI, et donc par les Affaires sociales, comprenant deux médecins, un psychologue-informaticien et une collaboratrice administrative de formation universitaire, ne pouvait dès lors que susciter un profond ressentiment.

Cette cellule, qui ne dispose d'aucune base légale, doit proposer et soutenir les thèmes dont les médecins "peuvent" s'occuper dans le cadre de l'accréditation. Les deux premiers dossiers concrets concernent les AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens) et les antibiotiques. La cellule fait généralement double emploi avec le Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments, avec le Conseil national de la promotion de la qualité (CNPQ) et avec le Conseil technique de l'accréditation (CTA).

L'objectif est d'offrir une rémunération aux GLEM qui traiteraient les thèmes proposés par cette "cellule d'information" (politique).

Après un premier refus catégorique de la part du comité paritaire des médecins généralistes, le dossier est à nouveau à l'étude.

Tandis que la cellule d'information politique est rémunérée pour produire des informations non sollicitées par les médecins, le staff ultraréduit du service de l'accréditation s'épuise afin de traiter un arriéré gigantesque de demandes d'accréditation d'activités de formation continue (pas moins de 2000 dossiers à la mi-janvier 2002), les membres des Comités paritaires perdent courage et déclarent forfait en l'absence de toute indemnité pour les frais engagés depuis 7 ans et les comités de lecture régionaux partent en grève.

Après une énième mais cette fois-ci ultime tentative et démarche auprès des plus hauts responsables de l'INAMI et auprès du ministre, il a été annoncé, le 19.12.2001, que le système allait être informatisé en trois phases. La première phase concerne l'instauration d'une procédure électronique pour les demandes d'accréditation individuelles. La deuxième phase doit permettre la demande électronique de l'agrément d'activités de formation continue. Quant à la troisième phase, elle doit permettre un suivi informatisé des GLEM.

La réalisation de cette informatisation n'offrira malheureusement aucune solution pour rattraper le retard au niveau de l'agrément des sessions de formation continue et pour accélérer les \pm 14.000 prolongations des dossiers d'accréditation des médecins individuels entre le 1er mars et le 30 juin 2002. Il est capital pour le régime de l'accréditation que tous les comités paritaires rattrapent immédiatement leur retard (éventuel) et que les autorités compétentes, dans le cas présent le ministre VANDENBROUCKE, mettent immédiatement du personnel supplémentaire à disposition. Dans le cas contraire, plusieurs centaines, voire plusieurs milliers, de médecins risquent de perdre leur accréditation contre leur gré.

III. La Task Force Perl

III.1. 11 septembre 2001 : agenda pour les changements dans les soins de santé

Le 11 septembre 2001, quelques minutes à peine avant que le premier Boeing ne s'écrase dans la première tour du World Trade Center à New York, le ministre Frank VANDENBROUCKE débutait une conférence de presse portant sur sa note politique "Agenda pour les changements dans les soins de santé" avec laquelle il entendait modifier en profondeur le régime des soins de santé en Belgique.

Alors que le monde était ébranlé par la plus importante et la plus meurtrière attaque terroriste jamais perpétrée, le président de la médico-mut Gabriel PERL donnait, sur ordre du ministre, le signal de départ d'un scénario rigide destiné à mettre sur pied une Task Force constituée de médecins, de représentants de mutuelles et de gestionnaires d'hôpitaux, qui aurait pour tâche de rédiger un premier rapport dans les trois semaines et qui devrait, au terme des trois semaines suivantes, transmettre des propositions opérationnelles concrètes à propos des trois défis définis comme suit par le ministre dans sa note politique :

"1. Réduire les écarts individuels en matière de pratique à un niveau de variation acceptable par rapport aux critères objectifs scientifiquement fondés. Ces

- différences de pratique sont considérables non seulement au niveau individuel mais aussi au niveau des agrégats : arrondissement, province, région;*
- 2. Eliminer les mécanismes qui ont pour effet que tant les gestionnaires que les médecins hospitaliers profitent de l'usage inefficent de soins de santé.*
 - 3. Développer des techniques responsabilisant les prescripteurs et les prestataires au niveau individuel pour les moyens utilisés et les frais générés."*

Les propositions de la Task Force seraient confrontées à des questions très concrètes portant sur quelques exemples bien documentés.

- Les propositions contribueront-elles à ramener à un niveau acceptable les écarts constatés en matière d'examens préopératoires en vue d'une appendicectomie?*
- Les propositions auront-elles pour effet une réduction effective des écarts constatés en matière de prescription d'antibiotiques?*
- Les propositions auront-elles pour effet que les hôpitaux atteindront chacun un pourcentage acceptable de formes alternatives de dialyse?*
- Les propositions auront-elles pour effet de ramener à une variation acceptable les écarts considérables concernant le montant prescrit et le nombre d'actes de biologie clinique?*
- Les propositions auront-elles pour effet que des médicaments substantiellement plus économiques seront prescrits lorsque ceux-ci seront disponibles?*

III.2. La phase de lancement

Dès la première réunion du précurseur de la TASK FORCE, constitué de plusieurs médecins (6) et de plusieurs bonzes des mutuelles (6), membres de la Commission nationale médico-mutualiste, qui s'est tenue le 21.9.2001, il a été tout à fait clair que tant le président que l'administration avait eu pour mission de faire approuver un texte écrit par le cabinet – voire par le ministre lui-même.

Les documents de travail devaient être traités de façon ultraconfidentielle.

Le 26 septembre, le précurseur de la Task Force s'est à nouveau réuni pour adapter le texte en profondeur. Le 28 septembre, les gestionnaires d'hôpitaux ont été reçus séparément par le président PERL et confrontés au "rapport intérimaire confidentiel" de la Task Force embryonnaire. Les gestionnaires des hôpitaux étaient extrêmement contrariés de ne pas avoir été associés à la Task Force dès le départ.

Le 4 octobre 2001, le "Rapport intérimaire définitif" concernant l'agenda pour les changements dans les soins de santé a été rédigé avec les réponses "approuvées par les organisations médicales et les mutuelles". Exactement dans les limites de l'ultimatum fixé par Frank VANDENBROUCKE. Chaque terme de l'énoncé du rapport a sa propre histoire. Un "rapport intérimaire définitif" semble une contradictio in terminis mais il n'en est rien. "Approuvées par les organisations médicales et les mutuelles" est une formule qui doit être considérablement relativisée. Les textes n'ont jamais été soumis à, et encore moins approuvés par, la Commission nationale médico-mutualiste. "Les" organisations médicales étaient limitées à 3 membres de l'ABSyM et à 3 membres du CARTEL qui se sont vu interdire – du reste, ils étaient dans l'impossibilité pratique par manque de temps – de divulguer les textes et donc de consulter leur base. "Les" mutuelles étaient limitées aux mutualités chrétiennes, socialistes et libres.

III.3. L'installation de la Task Force

Le 8.10.2001, la Task Force proprement dite, c'est-à-dire les organisations médicales représentatives, les mutuelles et les gestionnaires des hôpitaux, a entamé ses travaux. Les gestionnaires des hôpitaux se sont exprimés concernant le "Rapport intérimaire définitif" du 4.10.2001 et leur non-implication dès le départ dans une série de documents. Voici quelques citations dans leur langue originale :

* note du VVI (03.10.2001) "Modify or mummify" (pag. 11) *"In de wanordelijke ophoping van overlegorganen, inbegrepen de verheerlijking van de medico-mut en de minorisering van de ziekenhuizen zijn het gezondheidssysteem en a fortiori de bevolking niet gebaat."*

* Position de l'Association belge des hôpitaux (L. TIELEMANS, 05.10.2001)
"Men is in België, ondanks de grote verdiensten van de veralgemeende ziekteverzekering in 1963 ook in een cultuur terechtgekomen waarbij de arts op een quasi onbepaalde (en onbesproken) vrijheid van diagnose en therapie teert. In deze cultuur was tot het begin van de jaren 90 elke detailstudie over consumptie onmogelijk gemaakt. Nog steeds is de nomenclatuur (overeengekomen opgesteld tussen verzekeraars en artsen) een vrij te gebruiken "woordenboek" van prestaties. Gebruiksregels, schema's, guidelines, ontbreken praktisch altijd in deze "vrijheidscultuur"."

... "Verandering hierin dreigt tijd te vergen en men kan zich de vraag stellen hoe ver de verantwoordelijkheden van de absolute vrijheid geloofwaardig zijn in hun huidige voorstellen. Ervaringen in weinig effectief werkende profielcommissies voor geneesheren-specialisten, accrediteringscommissies en farmanetstuurgroep bevestigen alleen maar deze indruk "

* VOV-AEPS (01.10.2001) (Verbond van Openbare Verzorgingsinstellingen)
"De VOV-AEPS is van mening dat fundamentele problemen moeten worden aangepakt met fundamentele oplossingen. Indien het echt de bedoeling is de gezondheidszorg toegankelijk te houden – dit is een stelling waar wij als openbare ziekenhuizen niet van willen afwijken – moet men durven afstappen van een prestatie geneeskunde en moet gespecialiseerde medische hulpverlening geïntegreerd blijven in de ziekenhuisomgeving ..."

... "Gezondheidszorg betekent een globale aanpak van een patiënt als individu, niet enkel de behandeling op een of andere manier van een diagnose. Het is voor de VOV-AEPS dan ook duidelijk dat de vergoeding per medische prestatie en de kostenverrekening per geneesmiddel moet worden vervangen door meer globale betalingsvormen die rekening houden met de aard van de aan de patiënt verstrekte zorgen."

* AFIS (Association Francophone d'Institutions de Santé) (05.10.2001)
... "Par ailleurs, la Belgique reste un des seuls pays européens où les médecins hospitaliers restent rémunérés à l'acte. La multiplicité des sources de financement de l'activité hospitalière empêche une gestion efficace des ressources au sein de l'hôpital. Il faut s'inscrire résolument dans un mode de financement plus cohérent sur base d'un budget global intégrant les frais de fonctionnement, les honoraires et les médicaments. Le financement par budget global doit être ouvert à toute institution"

qui le désire. Il faut mener cette réflexion parallèlement à la réflexion sur le statut du médecin hospitalier évoqué ci-dessus.”

* Cobeprivé (04.10.2001)

“Développer des techniques responsabilisant les prescripteurs et les prestataires au niveau individuel pour les moyens utilisés et les frais générés. De nouveau, la réponse à ce défi est de la compétence exclusive des médecins.

A noyer qu’une réelle responsabilisation des actes médicaux ne peut se concevoir sans un accès libre à tous les équipements, ce qui n’est pas le cas aujourd’hui : les hôpitaux et les médecins ne veulent plus du dirigisme et de l’arbitraire – conséquences de lobbying politique et idéologique – qui caractérisent l’actuelle politique ministérielle en matière de programmation et d’agrément”.

* Les notes que le Dr Bart VAN DAELE (K.U.Leuven) avaient adressées en sa qualité de président du Conseil des Hôpitaux Universitaires (C.H.U.) en préparation de la réunion de la Task Force, étaient surtout axées sur le financement du B7, en d’autres termes sur un élément du prix de journée créé spécialement pour les hôpitaux universitaires. Les mesures d’économies prises par le ministre VANDENBROUCKE au niveau des honoraires médicaux (cf. tableau 5) – estimées par les H.U. en ce qui les concerne à 1 milliard de FB – peuvent être neutralisées sans scrupule pour les hôpitaux universitaires par des injections financières dans la partie B7 du prix de journée.

Le ton était donné, mais cela n’a pas empêché le président PERL, imperturbable, de scinder la Task Force plénière en trois groupes de travail.

Le groupe de travail 1 devait se pencher sur la "Responsabilisation individuelle des médecins" sous la conduite de Jo DECOCK, l’administrateur général de l’INAMI, de tendance CD&V, et qui, selon l’hebdomadaire KNACK du 19.9.2001, aurait échoué le test d’évaluation du plan Copernic d’inspiration SP qui doit évaluer les hauts fonctionnaires et éventuellement les (re)nommer.

Le groupe de travail 2 devait apporter des innovations dans les domaines de la biologie clinique, de l’imagerie médicale, de la dialyse et des montants de référence pour des interventions chirurgicales "standard".

A la demande expresse de la ministre Magda AELVOET, François PRAET, directeur-général du Service des soins de santé de l’INAMI, a été désigné co-président tout comme le professeur de l’UCL Guy DURANT.

Les Mutualités libres ont vainement protesté auprès du ministre VANDENBROUCKE contre la nomination du Prof. DURANT. L’Union nationale des mutualités libres (U.N.M.L.) a écrit une lettre au ministre VANDENBROUCKE pour lui indiquer que la nomination de l’administrateur général des Hôpitaux universitaires St. Luc de l’UCL – un hôpital au sujet duquel l’U.N.M.L. a déjà émis à plusieurs reprises des réserves concernant certaines pratiques de facturation, notamment pour les cathétérisations cardiaques (juillet 1998), les sutures (Fax medica 1) et les accouchements à risques (Fax medica 2) – à la fonction de co-président d’un groupe de travail devant, entre autres choses, examiner la variabilité des pratiques entre les hôpitaux, apparaît comme peu crédible.

Le groupe de travail 3 devait formuler des propositions en ce qui concerne la révision des normes hospitalières et la répartition des coûts entre les médecins et les gestionnaires d'hôpitaux, c'est-à-dire en fait l'article 140 de la loi sur les hôpitaux. Christiaan DE COSTER, directeur-général de l'Administration des soins de santé du ministère de la Santé publique, également de tendance CD&V et (selon le KNACK du 19.9.2001) également "inapte" pour une fonction de direction dans les services publics réformés suivant le plan Copernic, a été désigné comme président pour traverser ce terrain miné.

Le groupe de travail 4 dont il est question dans certains documents est en fait le Conseil technique médical (C.T.M.). A partir de la nomenclature, il avait pour mission, suivant la déclaration gouvernementale, de réaliser 1.600 millions d'économies avant le 15.12.2001 et, suivant la loi-programme du 30.12.2001 (M.B. du 31.12.2001), 40 millions d'euros avant le 31.12.2001.

III.4. Travaux poursuivis jusqu'à la date limite du 31.10.2001

III.4.1. Surmenage des acteurs et de l'administration

Attendu que VANDENBROUCKE avait fixé la date limite pour le dépôt du rapport de la Task Force au 31 octobre 2001, les trois groupes de travail ont dû enchaîner les réunions à un rythme effréné, souvent simultanément et avec les mêmes personnes. Toute coordination des activités était complètement impossible pour les représentants des médecins. Le fonctionnement normal des organisations de médecins a été considérablement perturbé par la flopée de réunions à l'INAMI et au ministère de la Santé publique. Les fonctionnaires de l'INAMI ont réalisé un exploit pour arriver à transmettre aux personnes concernées, aussi bien par voie électronique que sur papier, la multitude d'informations résultant de rapports au contenu modifié à tout bout de champ. D'autres tâches administratives de l'INAMI, comme les formalités relatives à l'accréditation, ont forcément eu à pâtir de la priorité absolue accordée à la TASK FORCE. Toujours est-il que le président Gabriel PERL a pu remettre son rapport dans les temps au ministre VANDENBROUCKE.

III.4.2. Task Force Number One : la responsabilisation individuelle des médecins

L'administrateur général de l'INAMI Jo DE COCK est parvenu à calmer les esprits après s'être livré, deux semaines durant, à un exercice d'équilibre sur une corde quelque peu distendue. Sous la pression des représentants de l'ABSyM, le projet – probablement dicté à DE COCK par le ministre Frank VANDENBROUCKE – de "schéma de base provisoire du rapport" a perdu son approche purement répressive pour se transformer en une procédure d'accompagnement et d'analyse à laquelle la Commission d'évaluation des pratiques médicales, instituée au sein de la Commission nationale médico-mutualiste, le Conseil national de la promotion de la qualité et le groupe de direction de l'accréditation sont associés chacun à leur niveau respectif.

Les matières examinées les plus sensibles sont, pour les médecins généralistes, la prescription de médicaments et, pour les spécialistes, l'autoprescription.

Bien que la Task Force se composait de membres issus des organisations représentatives de médecins et des mutuelles représentées au sein de la médico-mut, complétés par des représentants des gestionnaires des hôpitaux, il y avait également une délégation du Vlaams Huisartsen Parlement (V.H.P.), et notamment son président le Dr Piet VANDEN BUSSCHE qui, quelque temps plus tard, le 28.12.2001, allait appeler les médecins flamands à indexer malgré tout leurs honoraires, en dépit de la loi (cf. II.1.3).

A la question écrite de notre président, le Prof. Jacques GRUWEZ, datée du 31.10.2001, qui cherchait à savoir pour quelle raison le V.H.P., une organisation non représentative en vertu des A.R. régissant les élections médicales, avait été invité contrairement au G.B.S. qui n'est pas non plus une organisation représentative en vertu des mêmes A.R., le ministre Frank VANDENBROUCKE a répondu que ce n'était pas lui qui avait invité le V.H.P. et que cette responsabilité incombait à M. PERL.

Dans les faits, Jo DE COCK, qui avait assurément reçu un briefing en règle de la part du Dr Ri DE RIDDER, chef de cabinet adjoint de VANDENBROUCKE et jusqu'il y a peu de temps encore membre actif du V.H.P, a signifié, dès la première réunion de son groupe de travail, faisant preuve d'une autorité inhabituelle, qu'il n'accepterait pas la moindre critique à l'encontre de la présence des membres du V.H.P. Leur mission consistait à introduire dans le texte quelque chose concernant la responsabilité financière du patient. A savoir l'inscription obligatoire chez le généraliste, sans laquelle le patient devrait payer plus cher une consultation chez un spécialiste. L'ABSyM était également d'accord pour insérer quelque chose concernant la responsabilisation du patient, mais dans un sens complètement différent. L'ABSyM est d'avis que la perception obligatoire du ticket modérateur, certainement maintenant que le Mâf (Maximum à facturer, LA fierté de Frank VANDENBROUCKE) est devenu réalité, doit être étendue des prestations de biologie clinique à l'ensemble des prestations.

Pour nous résumer, les deux pistes figurent dans le rapport que le président a remis au ministre VANDENBROUCKE le 31.10.2001.

III.4.3. Task Force Number Two : biologie clinique, imagerie médicale, dialyse, montants de référence

III.4.3.1. Biologie clinique

Les positions initiales étaient très éloignées. En ce qui concerne la biologie clinique pour les patients hospitalisés, l'ASGB souhaitait une moyenne nationale par lit d'hôpital par journée d'hospitalisation, en ce soutenu par les mutualités chrétiennes.

L'ABSyM était en faveur d'un financement par pathologie et était suivie sur ce point par la majorité des hôpitaux à condition qu'un instrument de mesure objectif et contrôlable soit disponible. A la fin du mois d'octobre, une solution de compromis a été trouvée en ce sens que le système existant serait maintenu pour la pathologie chirurgicale et qu'une moyenne par journée d'hospitalisation allait être introduite pour les maladies internes. Dans l'intervalle, le système All Patients Refined-Diagnosis Related Groups (APR-DRG) serait évalué avant d'être introduit en biologie clinique.

Pour les patients ambulatoires, on retournerait à quatre niveaux d'honoraires forfaitaires par prescription. Toutefois, l'ABSyM ne pouvait pas accepter que le quatrième niveau d'honoraires forfaitaires soit moins élevé que le troisième.

III.4.3.2. Imagerie médicale

La demande ou plutôt la mission du ministre était : poursuivre la forfaitarisation jusqu'à concurrence de 60 % et réaliser simultanément des économies pour un montant de 486 millions de FB en 2002. Un projet qui n'avait rien de très innovant. Les biologistes cliniques sont contraints de subir ce genre de scénario depuis 1988 et le seul résultat est que le budget 2001 a pratiquement été réduit de moitié en prix constants depuis cette époque.

Dans le rang des médecins, l'ASGB était également partisan d'une augmentation de 31 à 50 % de la part des honoraires forfaitaires. Certains gestionnaires d'hôpitaux donnaient la préférence à un forfait total, abandonnant ainsi la notion d'honoraires.

Le débat n'a pas été clôturé à la fin du mois d'octobre. En effet, ni le rang de l'ABSyM ni les mutualités n'étaient disposés à remplacer par quelque chose d'autre les modifications de la nomenclature qui ne sont après tout d'application que depuis le 1.1.1999.

III.4.3.3. Dialyse

Dans le cadre de négociations distinctes entre le Groupement des Néphrologues Francophones de Belgique, la Nederlandstalige Belgische Vereniging voor Nefrologie, l'ASGB et l'ABSyM, les syndicats médicaux ont introduit, le 29.10.2001, une proposition commune pour un nouveau financement de l'hémodialyse chronique. Les différents types de forfaits et d'honoraires seraient remplacés par un seul type d'honoraires forfaitaires par semaine et par patient dialysé chronique, indépendamment du type de dialyse appliqué.

Après maintes hésitations, les mutuelles ont apporté leur soutien au rang des médecins. Les gestionnaires se sont immédiatement déclarés contre ce projet, et ce – fait très exceptionnel – à l'unanimité.

III.4.3.4. Montants de référence pour les interventions chirurgicales

Le fait à l'origine de la proposition de cette technique a été la présentation des résultats du "groupe de travail JADOT" du Conseil général de l'INAMI concernant les appendicectomies.

La moyenne des honoraires variait entre ± 22.000 FB dans un hôpital et ± 55.000 FB dans un autre, sans tenir compte des "outliers". De même, la consommation moyenne de médicaments de toutes sortes au cours d'une appendicectomie pouvait aller de 2.000 FB à ± 20.000 FB. Le nombre moyen de journées d'hospitalisation fluctuait entre 2,5 et 7,5 jours (chiffres des MC), après exclusion des autres interventions.

L'étude sur l'appendicectomie datait de 1995 et, entre-temps, certaines anomalies comme la réalisation d'un vectocardiogramme préopératoire ont été rendues impossibles par le Conseil technique médical.

Le gouvernement a décidé que l'introduction des montants de référence en 2002 devrait permettre une récupération de 400 millions de FB. Les hôpitaux ayant par exemple des dépenses de plus de 20 % supérieures au montant de référence déterminé statistiquement pour, par exemple, une opération de la cataracte, de prothèse du col du fémur, de l'appendice, etc., seraient dans l'obligation de rembourser. Etant donné qu'il s'agit de prestations réalisées dans le passé et dans la mesure où aucune législation n'existe pour l'instant, on peut s'attendre à de multiples procédures en justice. Le soussigné a fait référence à la situation des ristournes en biologie clinique où il y a actuellement encore approximativement 130 affaires engagées en justice pour la période 1988-1991 !

Le groupe de travail était d'avis que l'annonce de cette technique de récupération couplée à la mise en place simultanée de la législation nécessaire rapporterait plus que les 400 millions de FB escomptés. Ce "plus" pourrait alors être utilisé pour procéder à l'indexation des actes intellectuels de l'article 2 de la nomenclature (cf. II.1.4.) avant le 1er juillet 2002. Le groupe de travail a marqué son accord avec le lancement d'une expérience visant à appliquer un montant de référence à certaines interventions afin de mettre un terme aux importantes disparités entre les pratiques. Par contre, il n'a pas donné son accord pour un financement budgétaire prospectif comme cela a été demandé par le Gouvernement.

III.4.4. Task Force Number Three : normes et répartition des coûts

Le directeur-général Christiaan DE COSTER n'a eu besoin que de deux réunions (qui ont eu lieu le 22 et le 29 octobre 2001) pour rentrer, avant la date limite, un rapport qui a été adopté à l'unanimité, sauf en ce qui concerne les normes du PET-scan où un représentant des universités a émis des réserves.

Chacun a rapidement reconnu qu'il convenait de renoncer aux normes structurelles et qu'il fallait réexaminer la limitation du nombre de services, de fonctions et de programmes dans les hôpitaux.

En ce qui concerne la répartition des frais (application de l'article 140 de la loi sur les hôpitaux), le groupe de travail a souligné que le Gouvernement devait trouver une solution d'urgence pour la sous-budgétisation structurelle des hôpitaux. Celle-ci a été chiffrée à 17 milliards de FB par la "Section financement" du Conseil national des établissements hospitaliers.

Le groupe de travail était d'accord pour reconnaître que la transparence et l'échange d'informations entre les gestionnaires et les médecins hospitaliers sont indispensables et qu'il convient de publier le plus rapidement possible un Arrêté royal à cet effet. Concernant l'article 140, le groupe de travail a décidé à l'unanimité que les changements suivants devaient être apportés :

"a) art 140, § 3 :

- Il convient de préciser que, si la retenue est exprimée en pourcentage, le dit pourcentage ne peut avoir pour effet de rapporter plus que les frais réels ;
- Il convient que l'AR d'exécution prévu par l'Article 140, §3, alinéa 2, soit pris dans les meilleurs délais et que le Roi, conformément à cet article, donne une énumération des coûts dont on tient compte lors de la fixation des tarifs visés à l'article 140, § 3, alinéa 1er, et qu'il fixe des normes pour l'évaluation et le calcul des coûts. A cet effet, le groupe de travail souhaite que les gestionnaires et les médecins disposent d'informations sur les éléments des frais du secteur commun (comparaison par groupe ou autres) ;
- Le budget relatif aux activités médicales doit être soumis pour accord au Conseil médical préalablement à l'exercice considéré. L'information à ce sujet doit être suffisamment précise pour estimer la réalité des dépenses et recettes projetées.

b) art 140, § 4 :

- Il y a lieu que les montants décidés de commun accord soient bien affectés aux destinations prévues. Une modification du texte de l'art. 140, § 4 est souhaitée en ce sens."

Le groupe de travail était en outre d'avis que le rôle de la Commission nationale paritaire médecins-hôpitaux devrait être mieux connu dans le secteur hospitalier et qu'un système d'arbitrage devrait être mis en place, dans le cadre des possibilités légales existantes, afin de débloquent rapidement les différends ayant trait à l'application de l'article 140.

III.5. La réaction du Gouvernement au rapport de la Task Force du 14.11.2001

Une nouvelle attaque terroriste de Oussama BEN LADEN, par exemple contre l'OTAN à Evere, ou une victoire des Taliban contre les forces armées américaines, n'aurait pas suscité une plus grande consternation chez les participants à la Task Force, que la réaction du Gouvernement au rapport résultant de plusieurs dizaines d'heures de négociations au sein de la Task Force. Assuré d'avoir raison comme toujours, le gouvernement arc-en-ciel se livre, dans un document qui a quand même nécessité plus de deux semaines de réflexion, à une appréciation sans intérêt du travail fourni :

("un inventaire des éléments à intégrer dans un système de responsabilisation individuelle des médecins généralistes. Pour autant que ce système soit rendu opérationnel conformément au calendrier ..., la réponse de la Task Force ... peut être considérée comme une avancée importante...") et, sinon, il tient à peine compte des propositions formulées.

En ce qui concerne la biologie clinique ambulatoire, le gouvernement souhaite des honoraires dégressifs et, pour ce qui est des patients hospitalisés, il veut un financement basé complètement sur la pathologie suivant le système APR-DRG (All Patient Refined-Diagnosis Related Groups).

Ce système n'a pas été conçu dans le but de définir les besoins en biologie clinique (ni en imagerie médicale ou pour tout autre moyen diagnostique) mais bien pour établir une relation entre la pathologie traitée et la durée du séjour en hôpital.

Il ressort d'un certain nombre de documents officiels de mars 2001 émanant de la Commission pour la supervision et l'évaluation des données statistiques qui concernent les activités médicales dans les hôpitaux que le ministère de la Santé publique n'est pas en mesure de fournir des APR-DRG standardisés. En outre, le contrôle fait défaut et on ne dispose pas de personnel pour réaliser autre chose que quelques tests par sondage sommaires pro forma.

Et pourtant, le ministre VANDENBROUCKE écrit le 28.11.2001 aux co-présidents PRAET et DURANT de la Task Force number 2 : (nous traduisons) "Le Gouvernement déclare que, pour l'adaptation des honoraires forfaitaires par jour pour les patients hospitalisés, les APR-DRG doivent servir de base aux critères de répartition, de sorte que tous les groupes de pathologies peuvent entrer en ligne de compte."

Pour l'imagerie médicale, le gouvernement maintient son exigence d'une forfaitarisation à hauteur de 60 % à l'exception de l'échographie et de la coronarographie. "La forfaitarisation permet de contrecarrer les effets d'accroissement de la consommation inhérents à un système de paiement par prestation. ", affirme le gouvernement dans sa réaction. C'est évidemment un non-sens. En dépit de la forfaitarisation à concurrence de 75 % tant pour le secteur ambulatoire que pour le secteur hospitalisé, le nombre de prestations en biologie clinique continue d'augmenter d'une manière (très) significative. Le Gouvernement perd tout simplement de vue que les besoins en soins sont également en hausse.

Pour les montants de référence, le Gouvernement exige un financement prospectif, lequel a pourtant été rejeté explicitement par la Task Force. Comme circonstance atténuante, le texte du gouvernement indique : (traduction) "En ce qui concerne les prestations médicales, il s'agit d'un budget prospectif des honoraires qui ne sont pas compris dans le budget des journées d'hospitalisation".

En ce qui concerne les normes des services hospitaliers, dans le cas présent le PET-scan, le Gouvernement annonce qu'il désignera un groupe d'experts indépendants internationaux en matière de health technology assessment qui sera chargé de faire des recommandations. A ce propos, le Gouvernement (= Frank VANDENBROUCKE = son chef de cabinet adjoint, ex-généraliste et ex-membre de la direction du V.H.P. le Dr Ri DE RIDDER) fait référence à une mise en garde de "(traduction) certaines organisations de généralistes flamandes disant qu'une suspension de la programmation sans régulation du flux de patients présente un risque d'explosion des coûts".

A propos de la répartition des coûts, la réponse du Gouvernement est que la Task Force devrait formuler des propositions concrètes dans le domaine des différends portant sur l'article 140, mais il accepte les propositions concernant la répartition des coûts. Il y a quand même une lueur d'espoir.

Le Gouvernement promet de prendre l'initiative pour accomplir le travail législatif nécessaire. Et il poursuit : "(traduction) En outre, le Gouvernement rappelle son engagement d'élaborer un projet de loi réglementant la responsabilité médicale en vue d'une adoption rapide par le Parlement, si possible avant la fin de la législature."

Pour cette dernière promesse, nous vous renvoyons au point VI.4.

III.6. Le dénouement : les gestionnaires d'hôpitaux reviennent sur leurs engagements

L'ABSyM reproche en des termes très virulents au ministre VANDENBROUCKE de n'avoir convié les participants à la Task Force que pour la façade alors qu'il disposait déjà d'un scénario prêt dans les moindres détails dans son tiroir.

"Le rapport Perl a été réécrit par Robespierre et Fouquier-Tintiville. Nous allons saboter", fulmine Jacques DE TOEUF dans le journal Le Soir du 15.11.2001. J'évoquais, dans les journaux flamands, une véritable déclaration de guerre de la part du ministre.

A propos de la responsabilité individuelle, les médecins généralistes flamands ont qualifié VANDENBROUCKE de faux Messie.

Le ministre réagit en prenant un air outragé : (traduction) "Il n'y a pas d'ukases" (Journal du Médecin on line, 19.11.2001.) Un euphémisme de taille. Les ukases (Le "Petit Robert" définit ce terme comme suit : "...du russe...ordre impératif...") constituent pourtant le langage habituel de VANDENBROUCKE qui l'accommode avec une sauce académique pédante et un doigt de distinction.

Invités avec l'ABSyM à prendre part à un petit-déjeuner de discussion à 8 h du matin le 20.11.2001, nous entendons, entre deux gorgées de café, le ministre déclarer qu'il n'hésitera pas une seule seconde avant d'imposer des tarifs aux dentistes au cas où ceux-ci annonceraient formellement la dénonciation de leur accord. (En fait, l'accord avait déjà été dénoncé mais le ministre avait refusé d'accepter la lettre recommandée manuscrite.) Pour les médecins, il a annoncé qu'il agirait de même sans compter qu'il modifiera la loi de manière à ce que – si les médecins ne suggèrent pas par eux-mêmes des économies suffisantes – il puisse imposer de lui-même n'importe quelle modification de la nomenclature. Les textes étaient déjà fin prêts pour la loi-programme de la fin décembre 2001.

La veille au soir, le ministre s'était entretenu en particulier avec le Cartel et les gestionnaires des hôpitaux.

Après le petit-déjeuner, la grand-messe. Du haut de la chaire du 62 rue de la Loi, le grand-prêtre, flanqué de ses acolytes Jan BEECKMANS, le Dr Ri DE RIDDER et le Dr Dirk RAMAEKERS, a expliqué aux parties concernées, à savoir les médecins, les mutuelles et les gestionnaires des hôpitaux, ainsi qu'au président de la Task Force Gabriël PERL, que l'agenda pour les changements dans le secteur était "constructif" mais insuffisant et que cette concertation était la concertation de la dernière chance. Mi-figue, mi-raisin, VANDENBROUCKE remet en mouvement le train de la concertation qui était à l'arrêt. Les salles de réunion de l'INAMI se remplissent à nouveau, pour le groupe de travail 2, à quatre reprises même, notamment un vendredi soir.

En guide d'apothéose, le mardi 18.12.2001, tout le monde a été prié de bloquer toute une journée. Vers midi, les trois groupes de travail, ainsi que leurs quatre présidents, avaient bien avancé sous la conduite résolue du président de la Task Force PERL : les rapports des Task Forces 1 et 2 étaient adoptés. Il n'y avait que

pour la dialyse qu'il n'était pas encore établi si le montant forfaitaire par semaine par patient (35.500 FB) serait maintenant intégralement constitué d'honoraires pour les médecins effectuant les dialyses ou s'il y aurait une partie forfaitaire pour l'hôpital et une partie d'honoraires forfaitaires pour les néphrologues.

Après le lunch, ce fut le tour de la Task Force number three. Comme les gestionnaires des hôpitaux n'étaient pas parvenus, après plusieurs réunions avec le cabinet de VANDENBROUCKE et avec le ministre en personne, à soutirer des moyens financiers supplémentaires pour éponger leur déficit structurel (qu'ils chiffrent à 17 milliards de FB), il s'en est suivi un affrontement entre le rang des médecins unanime et un rang unanime (moins une voix) des gestionnaires au sujet de la répartition des frais. Nous citons le document de travail (non adopté) du 18 décembre 2001 :

(traduction)

"Le rang des médecins est d'avis :

- qu'une modification rapide de l'article 140 de la loi sur les hôpitaux est nécessaire pour améliorer le rapport financier entre les gestionnaires et les médecins;*
- que le manque de moyens du gestionnaire est un fait et que, par conséquent, il convient de penser à faire entrer en vigueur la modification de l'article 140 lorsque le budget 2003 pour les hôpitaux aura été élaboré.*

Le rang des gestionnaires est d'avis :

- qu'il ne peut être question d'une révision de la répartition des coûts tant que les conditions suivantes ne seront pas remplies : une solution doit être trouvée au sous-financement structurel par un plan crédible et la relation globale médecins-gestionnaires doit être examinée en parallèle avec une modification de la répartition des coûts;*
- qu'il convient qu'aucun arrêté ne soit publié durant la période de la discussion globale susvisée dans le domaine des normes ou de la programmation."*

En d'autres termes, les gestionnaires sont revenus sur tous les accords passés le 29.10.2001.

Le président de l'ASGB, le Dr Robert RUTSAERT, déclare à juste titre, dans le quotidien "De Morgen" du 20.12.2001, que les gestionnaires des hôpitaux ont fait une Task Farce de la Task Force. Le soussigné qualifie l'attitude des gestionnaires de chantage de bas étage. Les idées simplistes que la directrice du VVI, le Dr Carine BOONEN, a exprimées le 12.10.2001, dans le Journal du Médecin, concernant la sous-budgétisation ne présagent rien de bon pour l'avenir. Selon elle, les 17 milliards de FB du sous-financement peuvent aisément être ponctionnés chez les médecins hospitaliers. Les médecins peuvent bien faire grève. "Cependant", dit-elle, "étant donné que les lits d'hôpitaux restent alors vides, les gestionnaires ne reçoivent pas le prix de journée d'hospitalisation. Tandis que le personnel doit de toute façon être rémunéré. Dès lors, nous sommes contraints de récupérer le manque à gagner chez les médecins."

Les commentaires des journaux ont conclu en disant que la balle est maintenant dans le camp de(des) ministre(s). Malgré l'attitude intransigeante des gestionnaires d'hôpitaux, les médecins sont à nouveau accusés d'être les principaux responsables de la débâcle. En optant pour le titre "Medische blunder" (erreur médicale) (une

allusion pénible – et délibérée ? – au problème apparemment insoluble de l'assurance responsabilité professionnelle), Evelyne HENS, qui est généralement très bien informée et objective, a rejeté, à mon sens à tort, la faute sur les médecins dans l'édition du 20.12.2001 du quotidien "Financieel Economische Tijd".

III.7. Et les conclusions des ministres

Le 29.1.2002, les ministres VANDENBROUCKE et AELVOET ont présenté leur "Agenda 2002 pour les changements dans les soins de santé" aux médias rassemblés (dossier de presse du 29.1.2002, 17 pp.).

Pour Magda AELVOET, il s'agissait à n'en pas douter d'une accalmie bienvenue après les critiques concernant les manquements dans la sécurité de la chaîne alimentaire. Cette sécurité avait pourtant été, en 1999, la seule explication sensée de la soudaine arrivée des Verts dans le Gouvernement.

Ce que les médecins redoutaient est arrivé. Le ministre refuse de trancher dans le domaine de la répartition des coûts dans les hôpitaux. En d'autres termes, le règlement de l'article 140 est renvoyé aux calendes grecques. Pour faire passer la pilule, la loi sera immédiatement adaptée pour imposer la création, dans chaque hôpital, d'une commission financière au sein de laquelle la gestion, la direction et le Conseil médical se concerteront régulièrement au sujet des mouvements financiers au sein de l'hôpital.

Les ministères considèrent leur "Agenda 2002" comme un cahier des charges. Nous y reviendrons certainement à l'occasion de notre prochain rapport annuel ou de nos prochains rapports annuels. Avant tout, nous espérons que cela ne deviendra pas un cahier plein de charges pour les médecins. Les médecins seront continuellement tenus de se justifier dans le domaine de la prescription de médicaments, en imagerie médicale, en biologie clinique et en kinésithérapie. Les patients sont traités avec davantage de ménagement. Je cite : "Enfin, dans CERTAINES situations, il y a aussi une certaine responsabilité du patient." (p 5 du dossier de presse.) Apparemment, cette responsabilité se limite à l'utilisation abusive des services d'urgences.

Pour le reste, les ministres ont repris bon nombre de compromis de la Task Force Perl.

Pour la dialyse au sujet de laquelle aucun consensus n'a été trouvé, elle a coupé la poire en deux. D'une part, des honoraires forfaitaires pour le médecin et, d'autre part, un montant forfaitaire pour l'hôpital par patient et par semaine dans tous les cas, quel que soit le type de dialyse. L'exécution concrète suscite de nombreuses questions aujourd'hui. Le moratoire sur les centres de dialyse est maintenu.

En biologie, un compromis politique remplace la proposition de la Task Force en ce qui concerne les honoraires forfaitaires par journée d'hospitalisation : une moitié sur base des données de pathologie et l'autre moitié sur base de la consommation nationale moyenne par lit. Pour la pathologie, le système APR-DRG est introduit immédiatement sans autre évaluation.

En ce qui concerne la radiologie, nous pouvons lire : "Nous suivons le groupe de travail de la task force en ce qui concerne le fait de ne pas aller plus loin dans la

forfaitarisation." Toutefois, ici également, il entend introduire sur-le-champ les données APR-DRG, et ce contrairement aux recommandations de la Task Force.

Ce nouveau système des APR-DRG qui semble être le nec plus ultra servira également pour commencer à éliminer les disparités de pratique pour les 13 pathologies chirurgicales et les 13 pathologies internes.

En 2002, on s'attend à un important effet dissuasif et, à partir de 2003 au plus tôt, le montant à récupérer sera, en cas de traitements trop onéreux, défalqué du budget des moyens financiers de l'hôpital.

Par le biais d'une "révision de la Loi sur les hôpitaux, le gestionnaire aura le droit de récupérer une partie ou la totalité de ce montant sur les honoraires des spécialistes concernés, indépendamment des systèmes de retenue applicables dans l'hôpital."

En outre, l' "Agenda 2002" accorde beaucoup d'attention à un plan d'avenir pour la médecine générale ainsi qu'à son financement, au rôle spécifique des hôpitaux universitaires et à l'implication des mutuelles dans l'utilisation efficace des moyens dans les hôpitaux.

Il est également question du renforcement de la responsabilité des mutuelles. Sous l'influence des remarques des médecins, nous trouvons la phrase suivante : "Par analogie à l'approche utilisée pour les écarts de pratiques chez les dispensateurs de soins, il existe également des différences de qualité entre les OA dans l'exécution de leurs nombreuses missions légales."

L'objectif consisterait à tenir compte de ces différences de qualité lors de l'attribution de l'indemnisation administrative des mutuelles.

IV. Nomenclature, règles interprétatives et contrôle médical

IV.1. La saine gestion et l'insécurité juridique organisée

Comme d'habitude, nos services sont intervenus pour prêter secours à bon nombre de collègues confrontés aux accusations du contrôle médical ou aux contestations de certaines mutuelles.

La course folle des modifications de nomenclature tout au long de l'année écoulée vous a plongé, administrativement, dans une insécurité grandissante. Les arrêtés modifiant la nomenclature ont l'irritante qualité d'être illisibles. Mais les versions coordonnées des textes suivent avec un retard certain. Apparemment, le Service des Soins de Santé de l'INAMI, dont les fonctionnaires ont le mérite d'être particulièrement dévoués et consciencieux, ne reçoit pas, lui non plus, les moyens nécessaires pour suivre le rythme. Et les autorités ne semblent rien faire pour y remédier. Les autorités ne se préoccupent que de leur incroyable avalanche de mesures, prennent de nouvelles dispositions, les suspendent, les modifient, reportent des dates d'exécution, laissent à l'abandon des adaptations de textes finalisées, alors que d'autres sont déjà mises en application avant que les arrêtés correspondants ne soient publiés, voire n'ont pas encore leur fondement légal! Non

seulement le citoyen pousse des cris de désespoir, mais même les fonctionnaires les plus expérimentés ont du mal à s'y retrouver.

Alors que le site web du ministre des Affaires sociales affiche quotidiennement de nouveaux messages vantant les mérites de sa politique ou dénigrant tout ce qui est suspecté d'inimitié, l'édition électronique de la nomenclature accuse un retard de près de six mois, tandis que le département de l'accréditation tente de rattraper désespérément un arriéré de données enregistrées considérable.

La charte du citoyen? Même les sites internet de certaines administrations n'osent plus garantir la conformité des informations fournies.

IV.2. Règles interprétatives

Les anciennes "pages roses" disparaîtront dans un proche avenir. Depuis la loi du 25.1.1999, le Collège des médecins directeurs n'a plus de compétence interprétative. Les règles interprétatives sont élaborées par le CTM, soumises pour approbation au Comité de l'Assurance et ensuite publiées au Moniteur, avec indication de la date d'entrée en vigueur. L'objet de cette mesure était d'offrir une plus grande sécurité juridique. C'est pourquoi le CTM s'est consacré, au cours de l'année dernière, à l'actualisation des anciennes règles interprétatives. Une fois que celles-ci auront été publiées au Moniteur, elles seront opposables aux médecins.

Une deuxième source juridique interprétative de la nomenclature est la jurisprudence de la Chambre restreinte et de la Commission d'appel, c'est-à-dire les tribunaux administratifs de l'INAMI, qui sont certes influencés dans une large mesure par le Service du Contrôle Médical qui engage les poursuites sur base, parfois, de ses propres interprétations.

IV.3. Contrôle médical

Lorsqu'un médecin se fait interroger au sujet d'un aspect de son activité par les médecins-inspecteurs, il lui arrive fréquemment de confondre trois concepts relatifs à la nature de la question: la prestation est-elle médicalement justifiée? A-t-elle été effectivement effectuée? Est-elle conforme aux règles de l'assurance? D'une part, réalité et conformité sont en fait un seul et même concept dans ce sens qu'une prestation ne peut être portée en compte que si elle répond aux règles de l'AMI. La seule divergence réside dans l'application éventuelle de la "règle de différence", lorsqu'une prestation non conforme avec une valeur relative supérieure est quand même conforme au libellé et aux règles d'application d'une prestation avec une valeur moindre. Dans ce cas, le remboursement doit être calculé sur la différence entre les deux.

D'autre part, il existe une différence essentielle de procédure entre "acte médicalement justifié" et "acte conforme". Cette dernière est exclusivement jugée par la Chambre restreinte ou par la Commission d'appel. La non-conformité conduit, en plus des éventuelles sanctions (amende, suspension), de toute façon à la restitution du préjudice de l'AMI sur une période de maximum 2 ans (délai de prescription), à moins qu'il soit prouvé que le médecin a agi de mauvaise foi en commettant l'infraction (délai de prescription de 5 ans).

En ce qui concerne la notion de "soins justifiés médicalement", elle est exclusivement du ressort des Commissions de contrôle, un autre type de juridictions

administratives réprimant les infractions à l'article 73 de la Loi sur les soins de santé et indemnités (loi S.S.I.). Le délai de prescription spécifique est immédiatement le plus élevé, à savoir 5 ans. C'est pourquoi nous insistons pour qu'on ne puisse pas agir trop à la légère avec les "guidelines" et les consensus dont l'objectif visant initialement plutôt à améliorer la qualité a malheureusement acquis dans ce contexte une signification très normative. L'art. 73, 4^e alinéa, de la loi S.S.I. stipule : "*Le caractère inutilement onéreux des examens et des traitements ainsi que le caractère superflu des prestations, doivent être évalués en rapport avec les examens, traitements et prestations qu'un dispensateur de soins prescrit, exécute ou fait exécuter dans des circonstances similaires*".

Il n'existe cependant aucun cadre juridique spécifique pour l'opposabilité de ce type de "règles" de comportement, ni aucune date d'entrée en vigueur. Tout repose sur l'interprétation et une infraction constatée par la commission de contrôle a dès lors de toute façon des effets rétroactifs durant tout le délai de prescription. Sanctions : sans préjudice des poursuites pénales ou disciplinaires, remboursement total ou partiel des dépenses relatives aux prestations et interdiction du régime du tiers-payant.

Il est important de savoir, en ce qui concerne le contrôle de conformité et les examens instaurés dans le cadre de l'art. 73, que les médecins-inspecteurs recherchent généralement des constatations extrapolables. Durant les auditions, le médecin est interrogé dans le sens des méthodismes de la pratique médicale, de typologies dans les traitements, et cetera. Pourtant, chaque patient doit être approché comme un cas individuel.

V. Numerus clausus et commission de planification

Par rapport à l'A.R. du 7.11.2000 en vigueur (M.B. du 8.12.2000) (cf. tableau 12), le nombre de candidats en formation est supérieur au nombre autorisé dans le régime de l'INAMI.

Du côté flamand, l'excédent est estimé à 120 candidats pour les années 2004, 2005 et 2006, soit 40 par an. Cela s'explique par le fait que les premières épreuves de sélection n'ont pas atteint l'objectif escompté.

Du côté francophone, on fixe volontaire l'excédent annuel à 15 %, soit 42 candidats.

L'excédent flamand est appelé à disparaître. Par contre, les francophones souhaitent maintenir cette surproduction.

La Commission de planification est d'avis que ces médecins peuvent être intégrés, d'une part, dans des fonctions non curatives comme la médecine du travail, les data managers, la médecine légale (reconnaissance de trois nouveaux titres professionnels spécialisés), la médecine des assurances, ... et, d'autre part, dans des fonctions curatives qui ne sont pas remboursées par l'INAMI (je cite le rapport de la Commission de planification du 6.12.2001) comme "*médecines alternatives, fonctions hospitalières éventuelles, médecins non spécialistes hospitaliers, etc.*".

La décision de la Commission de planification, avec la ventilation généralistes-spécialistes jusqu'en 2011, fait l'objet du tableau 13.

La proposition de sortir des quotas la gériatrie et la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent n'a pas obtenu une majorité au sein de la Commission de planification. La gériatrie reste donc intégrée dans le quota de la médecine interne, et la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent reste dans le quota de la psychiatrie. L'idée du ministre de former 240 pédopsychiatres entre 2004 et 2010 a été rejetée pour manque de réalisme. Le nombre de psychiatres (pour adultes) précédemment fixé à 22 par an (15 néerlandophones et 7 francophones) a été porté à 39 par an (27 néerlandophones et 12 francophones) (cf. tableau 14).

Selon l'administration de la Santé publique, il a été demandé aux deux chambres des 25 commissions d'agrément des médecins spécialistes dans les disciplines de base contingentées d'indiquer le nombre de spécialistes devant être formés dans leur discipline. Leurs propositions ont été recalculées en fonction du modèle du contingentement. Du quota ainsi obtenu, on a retenu 80 % pour fixer le montant minimal par discipline (en pratique 330 des 400 spécialisations à attribuer). Les 20 % restants (en pratique 70 places de spécialisation) pourront être distribués en fonction des besoins spécifiques à l'intérieur de chaque Communauté entre les différentes disciplines. L'administration introduira ainsi une certaine souplesse dans le mécanisme de limitation.

L'augmentation du nombre de médecins en 2005, de 650 à 700, et en 2006, de 600 à 700, a obtenu une modeste majorité au sein de la Commission de planification. Cette décision requiert une modification de l'A.R. du 7.11.2000. Pour les années 2007 à 2011, le Prof. D. DELIEGE (UCL) a souhaité que le nombre soit porté à 850 médecins par an. Nous citons quelques-uns de ses arguments :

- ** l'accroissement de la population générale (??!!) et le maintien de l'accessibilité,*
- * l'augmentation des besoins déjà illustrée par l'accroissement des recours à l'intervention médicale,*
- * les pénuries (anesthésie) observées,*
- * le vieillissement de la population médicale et générale (= + 0,7 % annuels),*
- * des tendances de consommation observées,*
- * des hypothèses de croissance émanant du bureau du plan,*
- * des progrès de la technologie."*

Elle n'est pas parvenue à convaincre la Commission de la planification. Majorité contre minorité, la Commission a conseillé à la ministre AELVOET de maintenir le nombre total de médecins à 700 unités, avec 300 généralistes et 400 spécialistes et une ventilation linguistique 60 % pour les néerlandophones et 40 % pour les francophones (tableau 13).

La Commission de la planification n'est évidemment qu'un organe consultatif. Les chiffres donnés plus haut sont des avis issus des réunions de la Commission de la planification des 6 et 21 décembre 2001. A l'heure actuelle, seul l'A.R. du 7.11.2000 est applicable. Le nouvel A.R. doit encore être élaboré.

En marge de cette histoire, il convient également d'indiquer que le GBS a protesté avec véhémence auprès de Madame AELVOET, ministre de la Santé publique, et auprès du premier ministre VERHOFSTADT contre la décision – prise majorité contre minorité – du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes du 29.11.2001, qui est discriminatoire à l'encontre des spécialistes. La

formation professionnelle de trois ans du médecin généraliste, qui cadre avec la directive européenne en la matière, commence après la sixième année de la formation de médecine. Or la formation des médecins spécialistes ne commence qu'après la septième année des études de médecine.

Le G.B.S. a d'ores et déjà annoncé que, si l'Arrêté devait être publié en l'état, il l'attaquerait en justice, entre autres parce que le Conseil supérieur fédéral n'est pas compétent pour s'exprimer sur l'enseignement de la médecine qui est une matière communautaire.

VI. Les droits du patient et la responsabilité médicale

VI.1. Les auditions au Parlement

Le 9 janvier 2001, des auditions ont été organisées à la Chambre concernant les différents projets et propositions introduits au cours des dernières années et dont le contenu a déjà été examiné en détail dans le cadre de nos précédents rapports annuels. Elles furent l'occasion pour notre président J. GRUWEZ et pour moi-même, d'une part, de dégager une vue d'ensemble mais, surtout, d'émettre de vives critiques à l'encontre de la "Note conceptuelle sur les droits du patient" – en fait une note politique préliminaire – de la ministre AELVOET. A part un exposé controversé du Dr Ivo UYTENDAELE, vice-président néerlandophone du Conseil national de l'Ordre, qui n'avait apparemment pas la moindre objection à formuler contre le droit de consultation directe du patient dans son dossier, tous les représentants du secteur médical ont émis non seulement de vives critiques mais ont surtout exigé la suppression de l'article 95, 1^{er} alinéa, de la loi sur le contrat d'assurance terrestre.

VI.2. La proposition du gouvernement

VI.2.1. Le premier avant-projet

Un nouveau projet, plus étendu, (version du 1.3.2001) a fait son apparition lorsque le gouvernement a dévoilé son projet d'une "mégaloï" relative aux soins de santé. Il est très rapidement apparu que l'avant-projet était encore loin d'être arrivé à maturité, de sorte que son examen a été reporté à un agenda ultérieur du gouvernement et qu'il a été décidé qu'il y aurait deux demi-mégaloï.

L'avant-projet ayant un point de départ à forte connotation consumériste (le patient étant défini comme un "utilisateur de services de soins de santé") conservait la fusion, très critiquée, de tous les praticiens professionnels de l'A.R. n° 78 avec les pratiques non conventionnelles et même toutes les formes d'établissements (établissements de santé), sous un terme collectif polymorphe "prestataire de soins" qui portera de toute façon, selon toute probabilité, préjudice à l'actuelle protection du patient.

Une deuxième objection non négligeable était que les droits du patient allaient pouvoir être limités non seulement par la loi mais également par des établissements de soins. L'abrogation de droits existants est pour le moins étrange dans le cadre d'une loi portant sur les droits du patient. Le droit à l'autodétermination implique en effet également qu'en milieu hospitalier, le patient jouisse d'un droit au libre choix,

qu'il ait le choix entre plusieurs types de traitement, entre la poursuite ou l'interruption d'un traitement, entre le renvoi ou non et qu'il puisse décider de s'adresser ou non à un autre praticien et de solliciter un second avis.

Il ne fait toutefois pas l'ombre d'un doute que cette idéologie, même si ce n'est qu'une série de pistes de réflexion d'un cabinet ministériel, a porté atteinte en profondeur à bon nombre de valeurs éthiques, et ce dans un délai relativement court, de sorte que nous la retrouvons d'ores et déjà dans des concepts concrets portant notamment sur certains "réseaux de soins".

Bien qu'il s'agisse d'une matière qui nécessite un vaste débat de principe, une compétence plus étendue en matière d'exécution et d'application a d'emblée été prévue dans le projet par A.R.

Pourtant, il est rapidement apparu que la procédure à suivre au niveau des informations médicales ne pourrait en aucune façon être mise en oeuvre. L'obligation irréaliste de transmettre par écrit "toutes" les informations concernant le patient ne pourrait que conduire à une surcharge phénoménale pour les médecins et allait transformer n'importe quelle consultation en un procès-verbal.

Un des rares éléments positifs que les auditions avaient rapporté, à savoir l'annulation de l'article 95, 1^{er} alinéa, de la loi sur le contrat d'assurance terrestre, a été réduit à néant par une disposition en vertu de laquelle le médecin aurait été obligé de communiquer les informations relatives au patient "à une personne désignée par lui". Nous avons fait remarquer que celle-ci pourrait également être une personne juridique, voire un assureur, un banquier, un agent immobilier, un employeur, un créancier, un club sportif, ... Le terme "médecin de confiance" était tout simplement tabou. L'accès direct au dossier médical : un "must". Et ce n'était pas tout. Lorsque le patient le souhaite, il peut se faire assister ou faire exercer son droit de consultation une fois encore par le "third man" inconnu, la "personne désignée par lui".

On avait certes le projet d'empêcher de possibles dérapages en matière de données médicales en insérant une disposition stipulant que "aucune ingérence n'est autorisée dans l'exercice du droit" à la protection de la vie privée du patient. Cette disposition allait cependant de toute façon rester lettre morte en ce qui concerne la "personne" (juridique ou non) désignée volontairement par le patient. Nous avons fait comprendre à la ministre que son projet n'empêcherait en aucune façon qu'une société commerciale rachète les données médicales de tous les citoyens belges...

Enfin, une autre disposition prévoyant que le prestataire de soins devait détruire partiellement ou totalement le dossier d'un patient à la demande de celui-ci nous est apparue tout aussi absurde. Qu'advierait-il des informations relatives aux facteurs héréditaires qui ont leur importance pour le traitement médical des descendants? Quid du "consentement éclairé" inscrit dans le dossier? Et que faire des éléments nécessaires pour les éventuels problèmes médico-légaux? De quels moyens de preuve le médecin peut-il encore disposer si la destruction est obligatoire à la demande du patient?

Les notes personnelles du médecin restaient, dans cette première version de l'avant-projet, totalement exemptées du droit de consultation. Dans une deuxième version, la situation allait être radicalement différente...

VI.2.2. La deuxième version de l'avant-projet : le droit de consultation directe et l'Ordre

En juin 2001, la ministre AELVOET a dévoilé sa version définitive "amendée" de l'avant-projet : celle-ci allait être soumise au Conseil d'Etat pour avis et on espérait que les débats parlementaires pourraient débiter à l'automne. Dans son édition du 14.6.2001, le quotidien "De Standaard" parlait d'une "percée" et celle-ci était "précisément à attribuer à l'Ordre des Médecins. Celui-ci démontrait que le droit de consultation ne détériore pas mais améliore la relation entre le médecin et le patient." (fin de citation – traduction). Il était évident que la ministre avait fait montre d'une ouïe très sélective lors des auditions parlementaires du début janvier et qu'elle n'avait gardé en mémoire que les réflexions personnelles du Dr I. UYTENDAELE, toutefois habilement converties dans une position de l'Ordre. Nous avons adressé une lettre en date du 21.6.2001 au Conseil de l'Ordre pour qu'il procède à un rectificatif. Cependant, à ce jour, nous n'avons obtenu aucune réponse sur le contenu. A la fin du mois de décembre 2001, il nous a été communiqué que notre question serait traitée le 16 février 2002...

Apparemment, l'Ordre reste sur sa position (sur la Note conceptuelle initiale de la ministre AELVOET) telle qu'elle a été définie officiellement par le Conseil national, le 17.2.2001, et est présentée sur le website www.ordomedic.be : "Le droit de consultation directe du dossier médical par le patient se situe dans le prolongement de l'obligation d'information et de la communication ouverte préconisée" (N.B. : "... le droit à l'information doit conduire à un dialogue ouvert dans lequel médecin et patient recherchent ensemble la meilleure solution au problème posé"). Toutefois, le Conseil national rappelle par principe que le médecin ne doit, sur demande du patient, transmettre à celui-ci que les données objectives du dossier médical. Et il ajoute que, outre les notes personnelles du médecin et les données afférentes à des tiers (qui sont exclues du droit de consultation), le dossier contient toute une série d'autres données qui "ne sont considérées ni comme "données objectives" ni comme entrant dans la catégorie des données qui suivant la Note conceptuelle sont exclues du droit de consultation".

Il ressort clairement de cette déclaration que, dans son interprétation, la ministre a considérablement surévalué l'adhésion de l'Ordre à son option politique. Du reste, l'Ordre confirme : "Jusqu'à présent, le dossier médical était un outil de travail du médecin établi en fonction de la continuité et de la qualité des soins." (cette phrase de l'Ordre est tout bonnement niée par la ministre, n.d.l.r.). "Il doit par conséquent être évité que la qualité du dossier ne souffre du droit de consultation du patient."

Au niveau du contenu, la deuxième version de l'avant-projet apporte peu de changements fondamentaux à la première version. Il est regrettable que le terme "prestataires de soins" couvre toujours ce même groupe hétérogène intégrant les pratiques non conventionnelles qui, aux yeux de la ministre, restent LES services par excellence sans lesquels un projet de loi sur les droits du patient n'est pas concevable :

– La compétence étendue en matière d'exécution est maintenue. Il est toujours possible de définir par A.R. de nouvelles règles en matière d'application de la loi à

des rapports juridiques restant à définir. Selon nous, il s'agit d'une compétence en matière d'exécution tout à fait indéfinie.

– La faculté de limiter les droits octroyée aux établissements de soins a quant à elle été édulcorée : les droits du patient restent applicables à l'encontre de tous les praticiens professionnels indépendants ainsi qu'à l'encontre de l'hôpital proprement dit et de son personnel (employés ou statutaires).

– La loi peut encore imposer des limites à la liberté de choix.

– Le patient a toujours droit à "toutes" les informations (donc "complètes"), sauf s'il déclare expressément ne pas le souhaiter ou en cas de préjudice grave pour le patient lui-même ou pour des tiers. Dans ce cas, le prestataire de soins consulte un autre prestataire de soins et une personne de confiance le cas échéant désignée par le patient. La requête du patient est inscrite dans le dossier du patient. La motivation de l'exception thérapeutique doit également être notée dans le dossier et la personne de confiance doit en être informée.

– A la demande du patient, toutes les informations sont mises à sa disposition par écrit.

– Les données doivent toujours être communiquées à une personne de confiance désignée par le patient. Cela doit être inscrit dans le dossier.

– Les dispositions relatives au consentement éclairé engendrent des problèmes considérables en matière de sécurité juridique pour le médecin. Un consentement est requis pour toute intervention. Il est donné expressément, à moins que le prestataire de soins puisse le déduire du "comportement du patient". Dans ce cas, il doit toutefois pouvoir apporter la preuve que :

1°. le patient a été suffisamment informé : les informations doivent avoir été fournies au préalable, en temps utile, et doivent couvrir l'objet, la nature, le degré d'urgence, la durée, la fréquence, les contre-indications pertinentes pour le patient, les effets secondaires, les risques, les conséquences financières, les alternatives possibles, les suites possibles en cas de refus et de retrait du consentement et ... les "autres précisions jugées souhaitables par le patient (n.d.l.r. : cela implique des pouvoirs extra-lucides dans le chef du médecin) ou le prestataire de soins".

2° le médecin doit pouvoir justifier raisonnablement ses déductions fondées sur le "comportement". Dans cette vision, une note dans le dossier du patient n'a absolument aucune valeur juridique à moins que la preuve puisse être apportée que cela s'est passé à la demande ou avec l'accord du patient.

Des problèmes de preuve similaires surgissent naturellement également lorsque le patient refuse ou revient sur son consentement, ce qui doit également être inscrit dans le dossier.

Dans de telles circonstances, le prestataire de soins ne peut bénéficier d'une certaine sécurité juridique qu'en remettant au patient une copie des notes en question avant chaque intervention et en lui laissant un délai de réflexion. Ce n'est

qu'alors qu'il pourra déduire du "comportement" du patient si celui-ci est d'accord ou non avec le traitement.

– Les dispositions concernant l'accès direct au dossier (N.B. : "dans les meilleurs délais et au plus tard dans les 45 jours") ont en outre eu un prolongement. Comme indiqué plus haut, les notes personnelles du médecin ainsi que les données se rapportant à des tiers en sont exclues. Toutefois, la personne de confiance du patient a maintenant accès à ces éléments. Ce n'est que dans le cas d'une exception thérapeutique, motivée dans le dossier, que le droit de consultation doit être exercé par un praticien professionnel de confiance (médecin, dentiste, pharmacien, kinésithérapeute, infirmier, paramédical ou praticien non conventionnel) qui obtient évidemment aussi un droit de consultation dans les notes dites personnelles.

Ainsi, pour conserver une certaine confidentialité dans sa mémoire professionnelle, le médecin devra avoir recours à une troisième série de feuilles pleines de petits dessins (car il ne peut pas s'agir de notes) à encadrer dans son cabinet médical, de manière à ce que personne ne puisse se douter qu'il s'agit d'autre chose que d'art plastique.

– Le patient a droit à une copie d'une partie ou de la totalité du dossier à prix coûtant. Il est probable que les éléments secrets (notes personnelles) en sont également exclus. Il est toutefois prévu que le prestataire de soins ne peut en refuser l'accès que si le secret professionnel vis-à-vis de tiers est menacé.

– En cas de décès du patient, l'époux, le partenaire cohabitant légal, le partenaire et les parents jusqu'au deuxième degré bénéficient d'un droit de consultation, à leur demande, par l'intermédiaire de tout praticien professionnel désigné par chacun d'entre eux (médecin, dentiste, pharmacien, etc.), et ce naturellement pourvu qu'ils puissent le motiver. Le praticien professionnel désigné dispose également d'un droit de consultation dans les notes personnelles.

– Enfin, le droit d'annulation de tout ou d'une partie du dossier est abandonné.

Par ailleurs, le droit à déposer une plainte dans l'exercice des droits du patient est décrit dans le projet dans le cadre de la création d'une fonction de médiation compétente. Une Commission fédérale "Droits du patient" est créée pour récolter des données nationales et internationales en matière de droits du patient, pour conseiller le ministre, notamment concernant la fonction de médiation à préciser par A.R. et pour évaluer l'application des droits et le fonctionnement des fonctions de médiation. La composition et les règles de fonctionnement seront prévues par A.R. Un rapport équilibré entre les représentants des patients, des prestataires de soins et des organismes assureurs est garanti.

Pour l'instant, le projet de loi n'est pas encore parvenu à la Chambre. Il paraîtrait que le gouvernement se pencherait actuellement sur les suites à donner aux remarques formulées par le Conseil d'Etat, dont le texte ne nous a malheureusement pas été communiqué. Un conflit de compétence entre le fédéral et le communautaire au niveau de la relation patient-établissement de soins poserait un problème juridique complexe à l'origine d'un désaccord...

VI.3. La proposition de loi Viseur-Paque

VI.3.1. La liberté de la relation entre le médecin et le patient

Le 26 juin 2001, Jean-Jacques VISEUR et Luc PAQUE (tous deux du PSC) ont déposé à la Chambre la énième proposition de loi sur ces mêmes matières, sous la forme d'une série d'ajouts (un chapitre IIIbis) à l'A.R. n° 78 du 10.11.1967 sur l'art de guérir. Apparemment, les auteurs avaient examiné attentivement les innombrables objections soulevées par le secteur médical à l'encontre du projet de la ministre AELVOET. En effet, à plusieurs niveaux, les dispositions proposées font montre d'un sens des réalités plus étendu. Moyennant un certain nombre d'adaptations, plusieurs articles offriraient tant au patient qu'au prestataire de soins une réglementation beaucoup plus pragmatique et plus fonctionnelle dans la pratique. Ainsi, par exemple, en ce qui concerne le libre choix du patient : *"Hormis les cas d'urgence..., la relation médicale repose sur le libre choix du praticien par le patient et sur la libre acceptation de ce choix par ledit praticien."* Et ensuite : *"L'étendue de la liberté de choix du patient se limite au choix du praticien de soins individuels et de l'institution hospitalière"*.

Cela semble l'évidence même, un petit oasis de bon sens au milieu d'une autorité terriblement encline à l'infantilisation. Tout autre chose que les ambiguïtés semant le doute dans le projet AELVOET, dès que le patient franchit le seuil de l'hôpital. De même, la libre acceptation de la relation par le prestataire de soins est une donnée évidente qui n'est pas reconnue dans les différentes autres propositions ou dans le projet gouvernemental. En outre, nous ne retrouvons pas, dans cette proposition, de mélange inextricable des prestataires de soins intégrant aussi bien des établissements de soins que des praticiens de pratiques non conventionnelles. Cette fois-ci, on s'est limité aux praticiens de l'art de guérir, de l'art dentaire, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales (les art. 2, 3, 21bis, 21quater et 22 de l'A.R. n°78). Soulignons la non-mention de la pharmacie.

VI.3.2. Un devoir d'information réalisable en pratique

Le prestataire de soins est censé informer le patient, dans le cas d'actes présentant un risque élevé, sur les risques considérables et significatifs, sur les avantages, sur les conséquences d'un non-traitement, ainsi que sur les possibilités thérapeutiques ou palliatives de substitution. Attention : il s'agit ici explicitement des actes médicaux programmés.

Les informations sont fournies verbalement, d'une façon aussi complète et optimale que possible, dans un langage compréhensible. Les communications se font par écrit, soit à la demande du patient, soit lorsque le praticien le juge utile. Si le patient ne demande rien, il est censé être informé conformément aux dispositions légales.

Ceci contraste vivement avec le devoir d'information absolu du projet AELVOET dans lequel le prestataire de soins ne bénéficie d'aucune sécurité juridique et où le meilleur avis qu'un avocat pourrait donner à un patient, est de ne jamais demander de renseignements au médecin puisque c'est ainsi qu'il a les meilleures chances de pouvoir prendre celui-ci en défaut.

Dans cette proposition, le mandat écrit confié à une personne de confiance est également traité d'une façon particulièrement sensée. Le prestataire de soins peut décider en toute liberté des informations qu'il révèle à ladite personne. Cela n'est-il pas tout à fait logique dans une société où des journalistes se font passer pour le chauffeur d'un sénateur pour avoir accès à une cellule de prison?

L'exception thérapeutique est respectée. Si le prestataire de soins estime en son âme et conscience que la communication d'informations au patient peut engendrer de sérieux dommages, il peut, à titre exceptionnel, se soustraire partiellement ou totalement à son devoir d'information. Toutefois, il doit alors en indiquer la raison dans le dossier médical.

Le patient a également le droit de ne pas être informé pourvu qu'il ait fait connaître sa volonté par écrit. Dans ce cas, la volonté du patient doit être respectée, sauf si cela peut porter préjudice à la santé d'un tiers.

VI.3.3. Un consentement éclairé fonctionnel

Un traitement ne peut pas être mis en place ou interrompu sans le consentement préalable, libre et mûrement réfléchi du patient. Ce consentement doit être donné verbalement au médecin durant la consultation après que le devoir d'information ait été rempli. Le médecin peut, soit de sa propre initiative, soit à la demande du patient, recevoir le consentement par écrit. Si le patient ne formule pas cette requête, il est supposé avoir donné son consentement. Dans la proposition d'AELVOET, les initiatives propres du médecin n'avaient alors aucune valeur juridique.

Un constat par écrit est néanmoins requis pour les "actes lourds", c'est-à-dire pour ceux susceptibles d'avoir des conséquences à la fois graves et irréversibles, pour les actes présentant régulièrement des risques ou des effets secondaires graves, pour les actes s'accompagnant d'une conscience diminuée ou entraînant une conscience diminuée.

VI.3.4. Le droit au refus de soins

Lorsque le patient refuse des soins ou retire son consentement, le prestataire de soins fournit au patient des informations complètes sur toutes les conséquences prévisibles. Il tente de déterminer si le patient a pris sa décision librement et en toute connaissance de cause. Si le refus est susceptible de mettre en danger la santé ou la vie du patient, il doit être formulé par écrit en présence de témoins. Le refus décharge le prestataire de soins de toute responsabilité pour les conséquences de ce refus. Il assurera néanmoins la continuité des soins et accomplira les prestations jugées nécessaires. Cependant, il pourra interrompre le traitement faisant l'objet du refus et demander au patient de s'adresser à un autre prestataire de soins.

VI.3.5. Dossier et médecin de confiance

Après une description détaillée du contenu du dossier (N.B. : en fait uniquement destiné à un clinicien) qui est, en cas d'hospitalisation, cosigné par un infirmier, suivent les dispositions relatives à l'accès au dossier. Les auteurs excluent

totale­ment un accès direct et laissent le patient libre de désigner un médecin de confiance qu'il charge par écrit, en mentionnant les raisons, d'accéder à son dossier et de l'informer de son contenu.

Il est toutefois dérogé à ce principe en cas d'action en justice pour établir la responsabilité du prestataire de soins. Dans ce dernier cas, le patient dispose d'un accès direct ainsi que du droit de copier l'intégralité du dossier. On est en droit de se demander pourquoi le médecin de confiance devient soudainement superflu, même en cas d'exception thérapeutique.

VI.3.6. Plaintes et médiateur

Le patient qui estime que ses droits ne sont pas respectés peut déposer plainte auprès de la commission des plaintes instituée auprès de la commission médicale provinciale ou, dans le cas de soins dispensés en milieu hospitalier, auprès du médiateur désigné au sein de l'hôpital. A ce niveau, la proposition de loi présente naturellement des similitudes avec plusieurs autres projets. Une innovation réside toutefois dans la désignation du médiateur par le gestionnaire de l'hôpital... après avis du conseil médical.

Il faut espérer que les souhaits que le médiateur "ne reçoive de directives de personne pour l'exercice de ses missions" et que le gestionnaire "mette à la disposition du médiateur les moyens nécessaires à l'exercice de sa fonction" soient plus que deux vœux pieux en conclusion d'une proposition de loi. Vu l'importance que l'actuelle politique de la santé attache, à certains égards, à des principes éthiques, surtout lorsque le patient est empêtré dans les mailles du réseau, nous redoutons vraiment l'arrivée d'une version opposée, plus réaliste, à savoir que le médiateur ne doit pas s'attendre à obtenir beaucoup de moyens de quiconque et que les structures de gestion lui donneront des directives nécessaires à l'exercice de sa fonction.

VI.4. Qu'advient-il des droits des patients et de la responsabilité médicale durant l' "Eis-tijd" (le temps des actions en justice)

Il est probablement inévitable qu'un gouvernement arc-en-ciel souffle à la fois le chaud et le froid et que, dans certains dossiers, il prenne des options contradictoires de sorte que les discussions se prolongent indéfiniment. Dans le dossier des droits du patient, c'est immédiatement apparu lorsque la ministre AELVOET, bien avant de rédiger sa "note conceptuelle", a déclaré d'une part que les droits du patient ne devaient pas être formulés de manière à empêcher l'exercice de la médecine tout en proposant d'autre part que les droits du patient soient réglementés avant d'examiner la question de la responsabilité.

C'est le professeur Herman NYS qui a lancé l'expression "Eis-tijd" dans son ouvrage "Rechten van de patiënt. Gids voor patiënten en zorgverleners" (Droits du patient. Guide pour les patients et les prestataires de soins) (Universitaire Pers Leuven, 2001, 184 pp.) (*n.d.l.r.* : *eisen* = *exiger*). Le titre de l'ouvrage indique d'emblée que l'intention de son auteur est de concilier dans une relation de confiance les droits du patient et la responsabilité médicale, les deux faces du même problème.

On n'a pas vraiment l'impression que cette volonté existe également sous une forme synthétique au sein du gouvernement. Comment cela se pourrait-il? La ministre de la

Santé publique ne veut absolument pas entendre parler d'un médecin "de confiance". Elle a qualifié cela, même si ce n'est d'une manière indirecte, de vouloir "concilier l'eau et le feu", dans l'exposé des motifs de son projet de loi.

Il n'y a par conséquent rien d'étonnant à ce que le cœur du débat sur la responsabilité n'ait pas progressé d'un centimètre en 2001 et se trouve toujours au même point qu'il y a plus d'un an et demi : dans un groupe de travail interministériel au sein duquel quelques responsables politiques bien intentionnés veulent parfois donner l'impression que la solution est toute proche. Et tant que l'on ne part pas du principe qu'une relation de confiance est nécessaire, il ne faut pas s'attendre à une solution.

Malheureusement, le point de départ tant des projets relatifs aux droits du patient que des premiers projets "no fault" repose sur l'hypothèse abstraite invraisemblable de l'infailibilité de la science médicale et de sa personnification, le "spécialiste expérimenté" omniscient et infailible guérisseur de tous les maux. Un être hypothétique qui ne peut pas exister. Contradiction numéro un.

Cette toute puissance hypothétique doit se concrétiser dans des soins de santé au niveau desquels on épargne jusqu'au dernier cent en brandissant la formule "E.B.M." et où aucun eurocent n'est dépensé pour une médecine défensive. Contradiction numéro deux.

La jurisprudence médico-légale en matière de responsabilité des fautes évolue directement en direction d'un renversement de la charge de la preuve, sans qu'il ne soit aucunement tenu compte de la moindre considération d'E.B.M. Contradiction numéro trois.

Dans un système "no-fault", la notion de départ est généralement le "dommage évitable" (D.E.) mais pas n'importe quel D.E. : seulement les D.E. du "spécialiste expérimenté" infailible. Contradiction numéro quatre.

En marge du système "no-fault", la responsabilité de la faute continue à exister. Dans la version initiale, la victime pouvait suivre deux voies. Dans une version plus récente (juin 2001), il devait opérer un choix. Toutefois, la qualification, par un expert, de la nature du dommage par le "fonds de dédommagement" restait le point de départ. Si le dommage est évitable, le "spécialiste expérimenté" infailible... aura certainement commis une erreur. Contradiction numéro cinq.

Dans la version initiale, la victime obtenait une indemnité avec laquelle une procédure pour établir la faute pouvait être engagée. Dans la seconde version, le patient devait choisir entre l'indemnité ou la procédure pour établir la faute, et ce bien entendu après constatation formelle du D.E.

Cependant, certaines mutuelles sont d'avis qu'il n'est pas juste de n'indemniser que les D.E. Dans le cadre d'accidents thérapeutiques, il convient également d'indemniser les "dommages inévitables". La qualification du dommage en D.E. ou D.I. est alors encore plus claire. Contradiction numéro six.

Lorsqu'il y a quelques semaines, les médias se sont soudainement mis à parler du "nouveau" régime d'indemnisation des accidents thérapeutiques, le citoyen a pensé que des changements bouleversants allaient être apportés. La seule chose restant à régler était le financement.

Il n'y a malheureusement pas de changements bouleversants. Il n'y a même pas de nouveau projet de loi. De même, il n'existe pas la moindre piste de financement concluante au sujet de laquelle le gouvernement soit d'accord. Tout au plus peut-on espérer qu'un projet cohérent soit soumis au conseil des ministres vers Pâques. Il est possible qu'un projet puisse encore être soumis au Conseil d'Etat avant l'été. Et il subsiste une toute petite chance qu'un projet de loi parvienne à la Chambre d'ici la fin de l'année. Peut-être.

Quiconque pense que le système "no-fault" diminuera la pression de la charge de l'assurance, se trompe. Il n'existe pas le moindre accord au sein du gouvernement concernant la combinaison des trois pistes de financement, à savoir les médecins (par la voie de cotisations ou d'assurances complémentaires), les citoyens (par un impôt et une limitation des indemnités du fonds de dédommagement) et la sécurité sociale. Du fait des contradictions manifestes présentes dans le système, les médecins sont de toute façon assurés de devoir payer au moins deux fois : comme c'est le cas actuellement pour leur responsabilité en cas de faute et en cofinçant le fonds de dédommagement, et peut-être également dans le cadre d'une assurance-accident privée contre les dommages à leurs patients.

La seule action concrète entreprise dans le domaine de la responsabilité médicale au cours de l'année 2001 vient du Conseil national de l'Ordre qui, lors de ses réunions du 16 juin et du 18 août, a pris une décision très juste et sensée en insérant un § 2 dans l'article 34 du Code de déontologie médicale, lequel est formulé comme suit :

"La victime d'une faute médicale a droit à la réparation du dommage causé par cette faute et tout médecin doit être assuré à cette fin."

Au cours de l'année écoulée, plusieurs membres nous ont rapporté qu'un de leurs patients ayant un problème médical mineur s'était vu refuser par sa mutuelle un remboursement pour cause d' "accident thérapeutique" (sans faute), renvoyant le patient vers le médecin en déclarant sans ambages que l'assurance du médecin devait indemniser les frais. Il est facile de s'imaginer les conséquences réelles de l'introduction du système "no-fault" tant escompté : la banalisation de toutes sortes de petits accidents ou complications sans faute médicale, évitables ou non, qui seraient indemnisés ou non par le fonds de dédommagement ou par l'assurance privée additionnelle du médecin ... sur le recours de la mutuelle. Un nouveau glissement de budget, digne de l'arc-en-ciel.

La seule réalité que tout le monde s'efforce d'ignorer est que l' "Eis-tijd" est vraiment impayable.

VII. L'oncologie et les programmes de soins oncologiques

La version initiale du nouveau projet d'A.R. relatif à l'agrégation d'un titre professionnel particulier est tombé en notre possession le 10.01.2001 et devrait être examiné le mardi 6 février dans le cadre d'une réunion du bureau du Conseil supérieur.

Cette proposition est partie d'un total revirement dans l'approche de cette problématique complexe. On a abandonné la vision selon laquelle il fallait prévoir un titre professionnel particulier pour toutes les disciplines concernées par les soins oncologiques, mais toutefois sous des conditions bien définies. L'octroi du titre professionnel particulier d'interniste-oncologue ou de pédiatre-oncologue ne pouvait en aucune façon impliquer une exclusivité et a été couplé au principe qu'il ne peut pas impliquer une quelconque limitation de la compétence des autres spécialistes exerçant l'oncologie. Afin d'éviter que l'on tente éventuellement de revenir sur ce principe par le biais de l'A.R. prévu pour les programmes de soins oncologiques, l'arrêté créant le titre contient expressément des dispositions portant sur la concertation oncologique multidisciplinaire et la désignation du coordinateur de celle-ci.

La première version a encore fait l'objet de plusieurs adaptations durant les réunions du bureau du Conseil supérieur. Le 05.09.2001, le Bureau, et notamment notre Président le Prof. Dr J. GRUWEZ, a même été convié par la ministre AELVOET à une discussion ouverte consacrée à l'oncologie. Cependant, on n'a pas été beaucoup plus loin que l'énonciation d'énigmes considérations philosophiques, et ce précisément parce qu'il manque toujours un élément déterminant, à savoir le projet sur les programmes de soins oncologiques. Notre Président a une nouvelle fois souligné à cette occasion que l'introduction d'un titre professionnel particulier d'interniste-oncologue ne pouvait pas octroyer à ce dernier une position d'exclusivité.

Le 5 octobre, le Conseil d'Etat a annulé le précédent arrêté d'agrégation (M.B. du 16.04.1999 – M.B. du 22.06.1999) suite à une requête introduite par l'ABSyM, après qu'une requête du GBS ait été rejetée sous le prétexte que nous n'avions demandé qu'une annulation très partielle de l'A.M. (ce qui a été considéré comme une modification de la mesure, qui n'est pas de la compétence du Conseil).

Par ailleurs, l'arrêté instituant le titre (A.R. du 11.04.1999 modifiant l'A.R. du 25.11.1999 – M.B. du 22.06.1999) a quant à lui été conservé, de sorte qu'une situation particulièrement complexe a ainsi été créée : d'une part, l'A.R. du 25.11.1999 prévoit deux titres professionnels complémentaires, à savoir "... en oncologie" et "...en oncologie médicale" tandis que, d'autre part, on travaille à des critères d'agrégation pour les titres professionnels complémentaires de "interniste-oncologue" et "pédiatre-oncologue". Le ministre devra dès lors également adapter l'arrêté instituant le titre.

Le ministre devra sans aucune doute tenir compte de certains éléments de l'arrêt : *"...qu'il ressort par contre du dossier de l'instruction que la partie adverse, consciente de l'imperfection de la réglementation, envisage d'élaborer un nouveau texte "dès que les problèmes de chaque spécialité auront été identifiés"; que s'il fallait admettre, comme le soutient la partie adverse (d.w.z. de Staat), qu'il n'est pas interdit aux titulaires de spécialités non mentionnées par l'arrêté attaqué de pratiquer l'oncologie ou l'oncologie médicale dans le cadre de leur spécialité, sans pouvoir cependant en porter le titre particulier, il s'avérerait que l'acte attaqué crée, sans*

justification, une différence de traitement entre des médecins de compétence et d'expérience identiques ou similaires..."

Les nouveaux projets portant sur des titres professionnels d' "interniste-oncologue" ou de "pédiatre-oncologue" répondent également mieux à ce concept qui vise davantage une identité spécifique du praticien, qu'une « spécialité » médicale transdisciplinaire très large des maladies tumorales en tant que telle. La distinction entre l'exercice de cette dernière, d'une part, et la mise en place d'un titre protégé, d'autre part, est maintenant plus nette.

Un problème subsiste avec la réglementation de l'INAMI qui a pris du retard en ce qui concerne le remboursement des médicaments utilisés dans le cadre de la chimiothérapie. Depuis juin 1999, ses critères sont liées aux anciens titres professionnels. Ici également, il conviendra de procéder à une adaptation de manière à éviter toute exclusivité monodisciplinaire. La meilleure solution consistera peut-être à prévoir un renvoi aux programmes de soins actuellement en préparation en oncologie.

Le 29.11.2001, le projet d'A.M. qui a été adapté entre-temps, a été soumis en séance plénière du Conseil supérieur. Il n'y a pas eu d'adoption formelle par un vote. Certains professeurs présents supposaient que le projet serait représenté dans une version remaniée. D'autres pensaient avoir compris que les remarques formulées durant la séance résulteraient dans un toilettage du texte par le Bureau du Conseil supérieur. Etant donné la légère confusion observée durant la réunion, notre Président et moi-même avons décidé d'adresser une lettre (en date du 13.12.2001) au Dr J.P. DERCOQ, président du Conseil supérieur, afin de confirmer un certain nombre d'adaptations nécessaires tenant également compte de la dernière version du projet d'A.R. sur les programmes de soins oncologiques distribué en séance.

Ainsi, une formulation claire a été proposée pour le complément de l'art. 1, § 1, comme suit : "Les médecins spécialistes dans d'autres disciplines internes, telles que la pneumologie et la gastro-entérologie, et les médecins spécialistes en chirurgie, en gynécologie, en urologie, en neurochirurgie, en oto-rhino-laryngologie et autres, sont également compétents en oncologie dans leur domaine." L'énumération ouverte terminant par "et autres" a été conçue afin d'éviter toute exclusion, précisément le problème à cause duquel on a perdu plus de deux ans avec l'A.M. du 16.04.1999.

La version la plus récente du projet d'A.R. relatif aux programmes de soins oncologiques date du 1er octobre 2001. Malgré une première impression générale "favorable", notre Président continue, avec le sourire, à qualifier ce projet de terriblement infantilisant. Il le dit en rappelant les paroles du Prof. FEENSTRA qui situait à ce propos les rives de la Méditerranée aux abords de la frontière belgo-néerlandaise car, chez nos voisins du nord, cette problématique est organisée par la profession proprement dite, sur un mode résolument volontariste, dans une atmosphère "conviviale" d'égalité réciproque. Ce faisant, il a directement mis le doigt sur le point sensible. Le texte est dominé par une inégalité forcée entre les soins de base (moins qualifiés? moins compétents?) et la suprématie du programme de soins oncologiques, et une quasi-obligation de référence. L'initiative des spécialistes du programme de soins de base est freinée à plusieurs occasions, ce qui doit conduire

à une subordination permanente des équipes "périphériques" et naturellement à une sclérose du système proprement dit.

Ces remarques critiques minutieuses ont permis l'élaboration d'une version améliorée (distribuée lors du Conseil supérieur du 19.11.2001) qui a, à son tour, amené des remarques dans une lettre du 21.12.2001 adressée au Prof. Marc WAER, collaborateur du cabinet de la ministre AELVOET, et aux Drs Jan NAGLER et Dirk RAMAEKERS, collaborateurs de cabinet du ministre VANDENBROUCKE.

Le gène de la subordination était présent et l'est encore toujours. Certes, il est tout à fait logique que par exemple les médecins spécialistes concernés soient mentionnés dans le "manuel de qualité" imposé dans le cadre du programme de base et, pourtant, le fait que cette donnée doive recevoir au préalable l'approbation de la commission pluridisciplinaire du programme de soins en oncologie constitue une forme d'ingérence pouvant tourner à l'exclusion, qui est non seulement inacceptable d'un point de vue déontologique, mais qui est également contraire au statut du médecin hospitalier.

Le principe des accords de collaboration écrits entre le programme de soins en oncologie et un programme de base vise clairement à une subordination, d'autant plus qu'il est expressément prévu qu'il s'agit de liens "pas nécessairement exclusifs"! Cela signifie que le programme de soins ("supérieur") peut définir des "exclusivités" et que c'est même recommandé. Le projet semble considérer comme normal que le staff médical d'un programme de base doit pouvoir travailler avec plusieurs programmes oncologiques. Et ce dernier pourrait imposer des exclusives. Ce n'est pas raisonnable et, du reste, c'est contraire à la liberté de choix du patient. Par ailleurs, nous ne comprenons pas le raisonnement des autorités. On peut quand même attendre d'un tel programme de soins agréé et financé par les autorités, qu'il ouvre sa coopération à tous les programmes de base demandeurs. On parle ici de soins médicaux et même des soins médicaux graves. Cela ne se traite pas de la même façon que les partenariats d'entreprises commerciales

On attend de "soins de base" qu'ils se soumettent en toute humilité intellectuelle aux directives du programme de soins en oncologie et à sa commission oncologique. C'est inacceptable. Tout comme est inacceptable le fait que la concertation et l'approbation se fasse toujours dans la même direction, du programme de soins en oncologie vers le programme de base, et jamais dans le sens inverse.

Tout récemment, nous avons reçu la version à nouveau remaniée dans laquelle l'"approbation" par le programme de soins en oncologie du manuel de qualité – désignant les médecins concernés par les soins oncologiques – a été remplacé par une "concertation" entre les médecins du programme de base et le programme de soins en oncologie. Les accords de collaboration "pas nécessairement exclusifs" ont certes été maintenus. Les débats portant sur l'oncologie ne sont par conséquent pas encore achevés. Cependant, nous commençons à percevoir le bout du tunnel. Dans le lointain.

VIII. Soins d'urgences

La rapidité à laquelle le Conseil d'Etat examine certains recours peut varier du tout au tout. Un recours en annulation introduit par les rhumatologues (cf. IX.3.) a dû attendre 9 ans avant que l'arrêt ne soit rendu.

Les procédures engagées par le BeSEDIM (Belgian Society of Emergency and Disaster Medicine) contre les A.R. du 26.3.1999 sont arrivées à leur conclusion le 11 juin 2001, soit après 2 ans et 3 mois. Il s'agit donc d'un traitement "urgent".

Les décisions n° 96.289 du 11 juin 2001 et n° 96.285 du 8 juin 2001 du Conseil d'Etat ont annulé respectivement l'A.R. du 26 mars 1999 modifiant l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction "soins urgents spécialisés" doit répondre pour être agréée et l'A.R. du 26 mars 1999 modifiant l'arrêté royal du 10 août 1998 fixant les normes auxquelles une fonction " service mobile d'urgence " (SMUR) doit répondre pour être agréée.

Toute une série d'adaptations pour lesquelles le G.B.S. et le VAS (Vlaams Artsensyndicaat) avaient travaillé d'arrache-pied afin d'officialiser la réalité sur le terrain ont à nouveau été réduites à néant.

L'annulation de ces arrêtés n'a pas suscité énormément de commentaires, que ce soit au niveau fédéral ou au niveau communautaire. Depuis lors, comme la situation manque totalement de transparence, plus aucun nouveau contrôle n'a été réalisé. On attend la publication prochaine d'un nouvel arrêté.

Quels sont, à l'heure actuelle, les médecins officiellement compétents pour exercer dans un service d'urgences ou dans un SMUR?

* Médecin-chef de service : médecin spécialiste, porteur du titre professionnel particulier en soins d'urgences et attaché à plein temps à l'hôpital. Il consacre plus de la moitié de son temps à l'activité dans la fonction et à la formation permanente du personnel de sa fonction.

Le médecin qui occupait le poste de chef de service en raison de droits acquis (plus de 5 ans comme chef de service sans répondre aux règles strictes de l'A.M.) le perd à nouveau en raison de l'annulation susvisée.

* Permanence médicale :

– un médecin spécialiste porteur du titre professionnel particulier en soins d'urgences;

– un médecin spécialiste en formation pour obtenir le titre professionnel particulier en soins d'urgences;

– un médecin qui a suivi la formation visée à l'article 5, § 2, 2°, b) de l'arrêté ministériel du 12 novembre 1993 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en soins d'urgence, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en soins d'urgence, en d'autres termes les médecins "brevetés";

– mesure transitoire jusqu'au 1er décembre 2002 : il s'agit ici des médecins spécialistes visés à l'article 2, § 1, de l'arrêté ministériel du 12 novembre 1993 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en soins d'urgence, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en soins d'urgence, qui ont obtenu leur agréation comme

médecins spécialistes à la date de l'entrée en vigueur dudit arrêté; en d'autres termes, les treize catégories de spécialistes qui ont la possibilité d'acquérir le titre professionnel particulier en soins d'urgences.

La possibilité pour les spécialistes de faire partie du staff d'un service d'urgences ou d'un SMUR avec une attestation de leur médecin-chef déclarant qu'ils possèdent la compétence requise à cet effet, cesse d'exister du fait de l'annulation des A.M. concernés.

Un groupe de travail constitué au sein du GBS, sous la présidence du Prof. J. GRUWEZ, a élaboré un projet de rapport de synthèse sur les "Soins médicaux aigus". Il sera finalisé prochainement avec les groupes concernés au sein du GBS, c'est-à-dire le BeCEP et les unions professionnelles principalement des chirurgiens, des anesthésistes et des internistes.

Ce projet de rapport de synthèse s'accompagne d'une proposition de notre service juridique comprenant une longue série de propositions de modification des arrêtés ministériels et royaux concernés.

Nous espérons pouvoir être en mesure de vous annoncer que ces modifications ont été mises en oeuvre dans le cadre de notre prochain rapport annuel.

Entre-temps, ... le paysan est retourné à ses labours. Ou, dans le cas présent, le SMUR est reparti en intervention.

IX. Le "remodelage" du paysage hospitalier

IX.1. "Le patient hospitalier" et la loi sur les "contrats bidons"

La veille de notre précédente assemblée générale, nous sommes entré en possession d'un premier document de travail concernant une révision en profondeur de la loi sur les hôpitaux. Quelques jours plus tard a été publié, au Moniteur du 08.02.2001, l'A.R. du 07.11.2000 modifiant l'A.R. du 31.5.1989 relatif aux normes des fusions d'hôpitaux. Les deux documents ont été à l'origine d'un remodelage en profondeur du paysage hospitalier belge. Pour l'instant surtout au niveau juridique, mais cela sera rapidement également vrai au niveau budgétaire et physique.

L'avant-projet de loi, qui était destiné à être intégré dans une méga-loi sur les soins de santé nous a demandé énormément de travail, durant toute l'année, avec régulièrement des périodes d'intense activité au cours desquels il fallait trouver en toute hâte de nouveaux arguments et contre-propositions, chaque fois qu'une nouvelle version modifiée était dévoilée.

D'une manière générale, les documents successifs ont été rédigés dans un état d'esprit essentiellement "anti"-médical. Malgré tous les efforts louables du Dr Jan VAN EMELLEN, participant en sa qualité de collaborateur du Premier ministre au groupe de travail interministériel, afin d'infléchir cette mentalité réductionniste, celle-ci a persisté. La thématique examinée se composait essentiellement d'une réunion de pratiquement tout ce qui peut menacer ou affaiblir les médecins spécialistes dans leur situation professionnelle. Le cabinet des Affaires sociales dispose en effet de

collaborateurs bien informés à ce niveau, issus des rangs des gestionnaires d'hôpitaux universitaires, d'une part, et des organisations médicales syndicales (Cartel), d'autre part. Cela conduit à une idéologie qui peut difficilement cacher sa spontanéité. Voici un résumé succinct de nos constatations quant au contenu :

- rôle très privilégié accordé aux hôpitaux universitaires dans un but inévitablement sous-entendu d'évincer les soins de santé "périphériques";
- un hospitalocentrisme extrême (comme par exemple la notion du "patient hospitalier" ambulatoire...), une tendance à la concentration poussée du pouvoir dans le paysage hospitalier (l'instauration des "réseaux de soins" et les "circuits de soins", au détriment des droits des patients individuels et de leur libre choix) et des tentatives malignes visant la suppression de la gestion distincte de l'hôpital, comme si la formation de trust profitait à la Santé publique;
- les soins spécialisés extra-hospitaliers et les moyens médico-techniques en dehors de l'hôpital deviennent impossibles;
- mesures concernant le nouveau système de financement, couplé à de nouvelles atteintes aux honoraires médicaux et aux droits fondamentaux individuels du médecin hospitalier.

La seule composante quelque peu libérale, soigneusement criblée d'une multitude de conditions et de restrictions, a finalement été la nouvelle réglementation concernant les tarifs d'honoraires dans les hôpitaux. Celle-ci devait remplacer l'article 50bis contesté de la loi S.S.I. qui serait abrogé.

A la fin du mois de février, il est apparu que M. C. DECOSTER, directeur général du Ministère, avait exclusivement invité les représentants des gestionnaires d'hôpitaux à une réunion de concertation consacrée à l'avant-projet. Cette "exclusion" a immédiatement confirmé la mentalité "anti" et nous avons protesté formellement, au nom des 11.000 médecins hospitaliers belges en adressant un courrier avec toute une série de remarques.

IX.2. "Iatrisme"

Une semaine de travail plus tard, la version du 01.03.2001 a atterri dans notre boîte aux lettres. Et nous avons à peine eu le temps de la "digérer" qu'une version datée du 9 mars a suivi, avec toute une série de modifications de la loi S.S.I. et d'adaptations fondamentales de l'A.R. n° 78 (nouvelle définition de l'art infirmier et insertion de psychologues cliniciens acquérant quasiment une compétence médico-diagnostique), fondues dans une méga-loi "portant des mesures en matière de soins de santé" (par la suite, les éléments arrivés à maturité allaient être séparé de ceux qui ne l'étaient pas pour former deux demi-méga-lois).

Quelques jours plus tard, les travaux de la concertation interministérielle ont été considérés comme "achevés". Toutes les adaptations de textes que nous avons proposés en toute hâte ont été laissées de côté. Dans une lettre ouverte que nous avons envoyée au premier ministre G. VERHOFSTADT ainsi qu'au vice-premier ministre L. MICHEL, nous avons fait part de notre grande déception. Au début du mois de mai, nous en avons envoyé une copie à tous les députés des fractions libérales. Au moins 25 articles du projet de loi sur les soins de santé était imbuables pour le corps médical. C'était comme si on assistait à la percée définitive et totale des "piliers" et qu'une véritable révolution gauchiste avait été orchestrée par le

gouvernement VERHOFSTADT. La définition de la notion de "patient hospitalier" était inacceptable. Nous rejetons l' "hospitalocentrisme au carré" des réseaux et circuits de soins et nous avons vivement critiqué la perte de principe résultant de la disparition de la "gestion distincte de tout hôpital". Et nous nous sommes violemment opposés à la violation des droits individuels du citoyen dans le chef des médecins hospitaliers, dans la mesure où un accord (collectif?) entre le gestionnaire (qui est lui-même partie au contrat) et le Conseil médical modifierait les dispositions financières de l'accord individuel entre le médecin et l'hôpital (insertion d'un § 5 dans l'article 140 de la loi sur les hôpitaux). Pour les salariés, les conventions collectives définissent les conditions pécuniaires minimales mais jamais les économies (personnelles !) à consentir, et ne peuvent jamais donner lieu à des modifications individuelles au contrat signé d'une manière formelle.

Nous avons déclaré que toutes ces mesures et bien d'autres encore étaient inspirées par une constante politico-sociologique qui gagne progressivement du terrain, l'expression d'une nouvelle forme de réductionnisme social. Un collègue psychiatre lui a donné le nom de "iatriisme".

IX.3. La "révocation" du médecin hospitalier

La différence entre "blue" et "blues" est ... le "s". C'est pourquoi nous avons écrit le 22 mars 2001, avec copie au premier ministre et à l'ensemble des membres du gouvernement, une lettre à l'auteur principal de la tragédie ("OI IATPOI"), c'est-à-dire au ministre F. VANDENBROUCKE : "En ce qui concerne les rapports juridiques entre les hôpitaux et les médecins hospitaliers, votre intérêt va exclusivement dans le sens de la suppression de droits aux médecins hospitaliers, même de ceux auxquels tout citoyen peut normalement prétendre. Selon vous, le Conseil médical est tout à fait compétent pour modifier, en concertation avec le gestionnaire, des conditions essentielles d'un contrat écrit, à savoir les conditions financières des médecins hospitaliers. Toutefois, selon vous, la procédure d'avis renforcé du conseil médical n'est même pas nécessaire pour mettre fin à ce même contrat. Les médecins hospitaliers de tout le pays ne peuvent comprendre cette attitude que comme étant intellectuellement malhonnête et comme un parti pris contre leurs intérêts légitimes." Après quoi, nous avons exigé qu'il soit une fois pour toutes stipulé que toute forme de fin des rapports juridiques du médecin hospitalier décidée par le gestionnaire nécessite l'avis renforcé du Conseil médical.

Nous supposons que cette dernière lettre a à peine été lue par son destinataire. Elle n'a pas eu de réponse. Nous pouvions nous imaginer le sourire poli et le regard négatif et ennuyé d'un collaborateur expert. Par contre, nous avons reçu du premier ministre un accusé de réception de la copie. Et plus d'un mois plus tard, nous avons appris que le Conseil des ministres avait inscrit à son procès-verbal que l'avant-projet de loi portant des mesures en matière de soins de santé avait été approuvé, mais qu'il serait suivi d'une initiative du Premier ministre concernant la problématique des spécialistes extra-hospitaliers, la démission du médecin hospitalier par le gestionnaire et la suppression de l'article 139bis (dont l'annulation est ainsi promise pour la deuxième fois en cinq ans par un premier ministre au corps médical). En outre, dans l'exposé des motifs, il serait indiqué que la notion de "patient hospitalier" ne peut avoir aucun effet sur le contenu en ce qui concerne la nature des rapports

juridiques entre l'hôpital et le médecin ou la personne juridique pour le compte de laquelle il exerce sa profession dans l'hôpital.

IX.4. Avec le Conseil d'Etat comme allié : contre le sexisme et les contrats "bidons"

L'avant-projet pouvait alors partir au Conseil d'Etat et, une fois que celui-ci aurait rendu un avis, il serait à nouveau soumis au Conseil des Ministres. Selon nous, le message du Premier devait être compris comme suit : le "patient hospitalier" va de toute façon rester dans le projet de texte, encadré d'un commentaire éventuellement édulcoré, tout comme l'article étonnant en vertu duquel les contrats individuels des citoyens-médecins peuvent être modifiés unilatéralement à la suite d'une concertation entre le gestionnaire et le conseil médical. Tout doucement désespérés, nous avons alors choisi une voie inhabituelle pour quand même au moins obtenir la modification de quelques dispositions sur les 181 articles que comportait le projet. Nous avons directement soumis au Conseil d'Etat un certain nombre d'arguments juridiques :

- le "patient hospitalier" : la loi sur les hôpitaux n'a aucun besoin d'une définition de cette notion dans la mesure où aucun autre article de cette loi ne contient ce terme. En résumant succinctement (il y avait deux pages), nous avons dit que le médecin hospitalier était certes défini comme le médecin "attaché à l'hôpital", mais qu'il n'y avait aucune raison de faire de même avec le patient nous estimions. Pour utiliser un euphémisme, nous estimions que ce n'était guère éthique d'attacher le patient à l'hôpital, a fortiori lorsqu'il est (encore) ambulancier et non pas hospitalisé.
- selon nous, la disposition selon laquelle un contrat entre le Conseil médical et le gestionnaire qui aurait des effets contraignants indépendamment du contrat individuel constituait une violation des droits fondamentaux de tout citoyen.
- vu la forte progression de la féminisation – peut-être bien l'unique métamorphose agréable – de la profession médicale, il nous a semblé inconvenant de continuer à utiliser le terme "ziekenhuisgeneesheer". Nous avons demandé qu'il soit systématiquement remplacé par le terme "ziekenhuisarts" dans la loi.

Lorsque le projet est revenu du Conseil d'Etat, il est apparu que celui-ci suggérait la suppression de la définition du "patient hospitalier", mais que la disposition portant sur les contrats "bidons" restait inchangée. En outre, le Conseil des Sages a probablement jugé que le fait d'être "attaché à un hôpital" avait encore toujours quelque chose de viril car le terme "ziekenhuisgeneesheer" utilisé à profusion est maintenu dans la loi.

Plus tard dans l'année, nous avons cependant pris conscience à quel point cet aspect du paysage hospitalier s'était déjà modifié lorsque plusieurs confrères subissant les violences juridiques du gestionnaire de leur hôpital, ont tout bonnement été flanqués à la porte – avec ou sans exploit d'huissier. Dans certaines sphères de la gestion hospitalière, on observe actuellement une autre métamorphose qui s'accompagne parfois de tendances "macho" à peine voilées. Les plus anciens parmi nous se rappelleront probablement avec une certaine nostalgie d'un passé lointain quand, partout en Belgique, le gestionnaire de l'hôpital était salué avec la formule "Révérende Mère" accompagnée d'un sourire bienveillant. A l'époque, on recevait en retour un doux sourire. Rédempteur.

IX.5. Le projet de loi portant des mesures en matière de soins de santé

Etant donné l'agenda chargé résultant de la Présidence de l'Union européenne, les toutes dernières réunions du Conseil des Ministres n'ont pas accouché de grand chose, tout au moins en ce qui concerne le malheureux projet de loi sur les soins de santé. Le texte est parti, il est vrai sans le "patient hospitalier" à la Commission de la Chambre, où nos propositions ont soudainement à nouveau été réclamées à l'initiative du Premier ministre. Or nous les avons déjà transmises à son collaborateur de cabinet en mai.

1. Nous avons attiré l'attention sur la problématique des spécialistes extra-hospitaliers en ce qui concerne la liberté du patient et le renversement des tendances à l'aspiration du patient vers l'hôpital. Ce n'est que lorsque le patient ne peut plus être soigné en ambulatoire, qu'il s'adresse librement à un praticien de son choix attaché à un hôpital en vue d'une hospitalisation. Nous demandons que les médecins extra-hospitaliers soient traités sur le même pied dans le cadre des réseaux et circuits de soins. Le terme "zorgaanbieders" (traduit dans la version Française par "dispensateurs de soins") doit être remplacé par "catégories de praticiens professionnels". Dans les circuits et les réseaux de soins, les praticiens de la même catégorie doivent être traités identiquement, sans qu'il ne soit porté atteinte à la liberté de choix du patient. Nous demandons que les interventions légères puissent également être réalisées en ambulatoire en dehors de l'hôpital, en dérogation de la limite actuelle du K120 ou du N200.
2. Nous réclamons une solution correcte pour la révocation du médecin hospitalier. A l'article 125, 7°, de la loi sur les hôpitaux, il convient de préciser que toute fin des rapports juridiques décidée par le gestionnaire nécessite l'avis renforcé du conseil médical, comme la CNPMH l'a précisé depuis 1991 (Or, il s'avère que le ministre F. VANDENBROUCKE aimerait bien y apporter une modification.)
3. La réalisation de la promesse non tenue de l'ex-premier ministre DEHAENE, à savoir la suppression de l'article 139bis. Au cas où cela serait refusé (comme nous le craignons), nous avons proposé un texte alternatif raisonnable.
4. En ce qui concerne la modification unilatérale du contrat financier par le gestionnaire en concertation avec le Conseil médical, nous avons proposé la suppression de cette nouvelle disposition, à savoir le § 5 à insérer dans l'article 140 de la loi sur les hôpitaux. Au cas où cela se révélerait impossible, nous avons demandé que des mesures de protection soient au moins prises. La modification du contrat ne peut pas être discriminatoire, ne peut pas être appliquée en contradiction avec la réglementation générale des rapports juridiques, même lorsqu'une procédure mettant fin aux rapports juridiques est engagée. Dans le cas, ce serait une pure tromperie. Hypothèse: le gestionnaire licencie un médecin et, au lieu de payer l'indemnité de préavis contractuelle, il propose au Conseil médical de soit donner son accord à une retenue conséquente, soit d'envisager de répercuter le montant ... sur l'ensemble des médecins. Iatrisme...

En ce qui concerne ce dernier point, notre crainte était (et elle l'est toujours) que le Conseil médical soit mis sous pression, dans les circonstances les plus diverses et dans une variété infini de scénarios, pour apporter son concours à une décision arbitraire du gestionnaire. Il va sans dire que cette mesure pourrait conduire à des abus dans des situations de crise individuelles et également collectives, telles un licenciement sélectif, des procédures de fusion et de reprise, des intrigues de réseau, ...

Le 25 septembre, le soussigné a, au nom de l'ABSyM, présenté devant les commissions parlementaires réunies de la Santé publique et des Affaires sociales, une longue liste de remarques, élaborée par le Président J. de TOEUF et moi-même lors d'une réunion organisée par le Dr Yolande AVONTROODT. Il va de soi qu'il y a eu une concertation très étendue avec le GBS.

Pratiquement plus aucun changement n'a été apporté dans le cadre des débats ultérieurs à la Chambre. Le texte a été adopté en séance plénière le 29.11.2001, toujours sans la définition du terme "patient hospitalier". Le fait que nous ayons fait remarquer qu'il était inutile dans la mesure où il n'en est plus jamais fait mention dans le restant de la loi, a eu une suite inattendue, dans ce sens que le terme "personnes" est soudainement remplacé par "patients" dans le texte final (à l'article 2, la définition d'un "hôpital"). Ce faisant, nos remarques suspectées de corporatisme ont finalement eu une pertinence sociale importante.

Le projet de loi a été envoyé pour évocation au Sénat où il a été adopté en l'état le 13.12.2001 avant d'être renvoyé à la Chambre. Malgré la double adoption, nous craignons qu'il soit maintenant enlisé dans la tourmente engendrée par les discussions avec les gestionnaires d'hôpitaux au sein de la Task Force, sous l'oeil vigilant mais impuissant de l'archange Gabriel. Nous espérons, en croisant les doigts, que le premier ministre n'a pas déjà totalement oublié les accords interministériels du 30.3.2001.

Une partie tout au moins n'a pas été oubliée. Sûr de lui, le ministre F. VANDENBROUCKE a adopté, dès le 10 novembre 2001, son nouvel arrêté sur le B6 concernant le prix de la journée d'hospitalisation. Le projet de loi n'avait pas encore été voté à la Chambre à l'époque. Il a agi sur la base de l'article... 139bis de la loi sur les hôpitaux. L'A.R. du 10.11.2001 a d'ailleurs été publié au M.B. du 13.12.2001, date de l'adoption du "Projet de loi portant mesures en matière de soins de santé" au Sénat. La seule modification apportée au fameux article 139bis consiste d'ailleurs dans le remplacement des termes "prix de la journée d'hospitalisation" par le "budget des moyens financiers de l'hôpital". Cela en est resté là.

IX.6. Universités et centres de référence

L'article 4 du projet de loi traité au point VIII.5 prévoit que sont considérés comme universitaires, "...les hôpitaux, services hospitaliers, fonctions hospitalières, ou programmes de soins qui

- eu égard à leur fonction propre dans le domaine des soins aux patients,
- de l'enseignement clinique
- et de la recherche scientifique appliquée,
- du développement de nouvelles technologies

-et de l'évaluation des activités médicales, répondent aux conditions fixées par le Roi et sont désignés comme tels par Lui sur proposition des autorités académiques d'une université belge".

Les responsables académiques acquièrent dès lors une compétence plus étendue que le Roi lui-même !

Nous avons formulé les critiques suivantes :

- La fonction propre en matière de soins aux patients : les soins autres que les soins cliniques de base (c'est-à-dire les soins cliniques de pointe) doivent également être possibles ailleurs que dans les établissements universitaires. Nous avons été suivis sur ce point par une modification du projet prévoyant également des centres de référence extra-universitaires (article 56 du projet de loi). Cependant, la contradiction (art. 4) a été maintenue : attendu que les soins cliniques de pointe existent également ailleurs, il n'y a plus de raison de les traiter comme une caractéristique universitaire spécifiquement réservée. Contradiction numéro un.
- L'enseignement clinique : dans la mesure que l'enseignement est concerné, cela ne doit pas entrer dans le financement fédéral par le biais de l'assurance-maladie. De plus, l'enseignement est défédéralisé. A moins que l'on vise la formation pratique (stages), auquel cas des centres de formation extra-universitaires sont également agréés. Contradictions numéros deux et trois.
- Recherche scientifique appliquée : n'a sa place ni dans la loi sur les hôpitaux, ni dans le financement hospitalier via l'INAMI. De quelle façon la recherche scientifique appliquée est-elle financée dans les autres domaines scientifiques? C'est aussi une matière défédéralisée. Contradiction numéro quatre.
- L'évolution des nouvelles technologies : relève également de la politique scientifique et n'a absolument pas sa place dans la loi sur les hôpitaux. Contradiction numéro cinq.
- L'évaluation des activités médicales : celle-ci est organisée conformément à la réglementation existante par le "Collège des médecins" constitué de représentants de tous les praticiens concernés de l'activité en question (services, fonctions, programmes de soins, ...) sous la surveillance fédérale d'une cellule tripartite relative à la politique hospitalière. Il ne s'agit donc nullement d'un rôle réservé aux hôpitaux universitaires. Contradiction numéro six.

Cependant, l'article 97 du projet de loi fait mention d'une indemnité complémentaire destinée à couvrir les coûts spécifiques liés aux tâches "spécifiques" susvisées. Nous comprenons tout à fait que le secteur hospitalier, qui est confronté à un déficit du financement qu'il estime globalement à quelques 17 milliards de FB, ainsi que les médecins exerçant dans ces établissements, sont extrêmement inquiets devant ces largesses budgétaires extrêmes du Gouvernement fédéral au détriment du budget global du secteur : Conclusion : les "blue" sont daltoniens et donc aveugles en matière de budget. Se référant au point II.1., cette attitude est totalement incompréhensible.

Plus tôt au cours de l'année, nous nous sommes opposés, au niveau du Conseil d'Etat, et ce à l'initiative de notre Président Jacques GRUWEZ et en collaboration avec l'ABSyM et plusieurs hôpitaux de formation non universitaires, contre l'A.R. du 12.1.2001 (M.B. du 6.2.2001), lequel prévoit soudainement un financement particulier de la fonction de formation (maîtres de stage et candidats spécialistes) des hôpitaux universitaires, qui est (en prime) réservée à celui qui répond à la condition d'un staff médical principalement salarié (70 %).

Il va sans dire que le GBS engagera également une action en justice contre la légalisation envisagée, via le nouvel article 4 du projet de loi, de ce type d'initiatives se fondant sur des caractéristiques prétendument "spécifiques" qui ne sont pas du tout pertinentes et qui, par conséquent, dissimulent une discrimination pure et simple lors de l'octroi/de la répartition du budget de financement global du secteur hospitalier.

IX.7. Réseaux de soins, fusions et gestion distincte

Bien que le but initial était de permettre des évolutions particulières dans le cadre des soins psychiatriques mais que la Cour d'arbitrage s'est prononcé pour une annulation pour des motifs de compétences communautaires, les "réseaux de soins" et les "circuits de soins" figurent de nouveau dans le projet de loi, mais cette fois expressément fédéralisés. Même si le projet d'Exposé des motifs fait encore référence à l' exposé des motifs de la loi du 25.1.1999 (qui désignait la finalité initiale), ces dispositions sont malgré tout conçues de telle sorte qu'elles déchaînent surtout l'imagination et les fantasmes des gestionnaires des hôpitaux très importants. Il s'en est dès lors suivi que certains parmi nous ont retrouvé cette même philosophie du pouvoir, anticipant sur les nouvelles dispositions légales, avant même la fin de l'année, dans des projets contractuels très concrets de formation de trust authentique. Le Président du GBS J. GRUWEZ était d'avis que ces "modèles" de contrats de collaboration juridiques entravent, à différents égards, le droit à la liberté de choix du patient. A l'instar de notre directeur administratif, il a estimé qu'il est inacceptable de réduire le respect de règles déontologiques minimales généralement applicables, à des engagements devant exclusivement être respectés dans le cadre d'un accord de collaboration. C'est pourquoi notre Président et notre directeur administratif ont envoyé une série de questions détaillées sur cette problématique au Conseil national de l'Ordre des médecins.

La possibilité de formation de trust est cependant clairement apparu comme une option du gouvernement. En effet, il était déjà prévu dans le tout premier avant-projet que la disposition en vertu de laquelle (article 10 de la loi sur les hôpitaux) chaque hôpital a une gestion distincte, devait être remplacé par une autre réglementation stipulant qu'un hôpital est géré par une personne juridique qui a exclusivement la gestion d'un ou de plusieurs hôpitaux comme objet statutaire. Par ailleurs, une disposition complémentaire serait insérée permettant de déroger à ce principe par un simple arrêté d'exécution. En d'autres termes, le ministre disposerait des pleins pouvoirs.

Lors du vote du projet de loi au Sénat, un sénateur (le Dr Jan REMANS) s'est précisément abstenu à cause de l'article sur les réseaux et les circuits de soins, et ce

parce que la liberté de mouvement et le droit à l'autodétermination du patient dans ces structures seraient totalement annihilés.

La possibilité de former un trust est une chose. La gestion distincte de l'hôpital en est une autre. En cas de disparition de la gestion distincte de l'hôpital, les établissements de soins risquent de s'enliser dans un fouillis inextricable de décisions de gestion prises quelque part dans des superstructures inaccessibles, sans qu'il ne soit tenu aucunement compte des structures propres du personnel hospitalier ou du(des) conseil(s) médical(caux). En outre, l'application des dispositions juridiques et financières du statut du médecin hospitalier devient quelque chose de totalement hors de portée du staff local. La prétendue "association à la prise de décision" est en effet réduite à une vague caricature d' "accords" d'entérinement de qui est défini longtemps à l'avance. Et la fameuse couverture des frais ou les contributions dites "au maintien" de l'activité médicale ne profiteront pas nécessairement à l'hôpital proprement dit.

Mais il y a également une raison intellectuelle qui rend quasiment impossible toute « association » au processus décisionnel dans le cadre de projets de cartel transmurale. Le gestionnaire d'un tel cartel et un décideur d'hypothèses, ne pouvant qu'imaginer des plans de grande envergure qui seront censés être réalisés dans un lointain avenir. Pourvu, naturellement, que la chance soit au rendez-vous et évidemment moyennant la collaboration servile de toutes ses "composantes", dans toute leur abstraction. Comment une telle chose est-elle possible dans des soins de santé qui tentent depuis plus de dix ans de survivre dans un océan d'instabilité? Comment un Conseil médical, ou qui que ce soit d'autre d'ailleurs, peut-il donner un avis raisonnable et sensé sur des questions telles que "Quel est l'endroit idéal pour établir dans dix ans la stérilisation centrale du campus 4?" C'est un pur non-sens.

La seule base solide d'une politique de santé stable réside dans la réalité propre et dans le désir propre de stabilité des initiatives individuelles et collectives à une véritable dimension humaine. D'où l'importance de la gestion distincte de l'hôpital. Cela n'empêche pas qu'une collaboration et des accords mutuels sont possibles et nécessaires. Non. Cependant, la capacité à gérer est inévitablement liée à une vision de gestion. Elle nécessite une réalité visible. Quiconque abandonne cette base de pensée participe au démantèlement des soins de santé, peut-être même sans s'en rendre compte.

En ce qui concerne le principe de "chaque hôpital a une gestion distincte", nous avons été entendu. Cette petite phrase qui constituait encore l'article 10 de la loi sur les hôpitaux, et que l'on projetait de supprimer, a certes été maintenue mais elle a été complétée par toute une série de nouvelles dispositions, ce qui n'est pas vraiment ce que nous avons souhaité. Les hôpitaux peuvent désormais être exploités par une personne juridique ayant comme seul objet social l'exploitation d'un voire de plusieurs hôpitaux et éventuellement également d'établissements de santé ou des établissements médico-sociaux. Ab initio, nous avons prédit que cela pourrait avoir pour effet que, par exemple, tous ou une grande partie des hôpitaux flamands soient exploités par une seule et même asbl.

Entre-temps, il y a profusion de plans et/ou de réalisations au niveau des mutuelles avec des organisations religieuses existantes ou via des institutions universitaires

où, grâce à la version du projet de loi adopté, non seulement les hôpitaux, mais également le secteur médico-social tombe sous l'emprise d'une entreprise gigantesque. La DAT, LIPPENS et DAVIGNON ne sont jamais parvenus aussi loin.

De plus, le Roi a reçu une compétence qui est une nouvelle fois incroyablement étendue. Il définit les conditions, après concertation en conseil des ministres. Il peut définir plus avant les types d'établissements de soins. Il peut prévoir des dérogations. Et Il peut définir les catégories de personnes juridiques autorisées à exploiter un hôpital.

Il est étonnant que ce nouveau schéma de pensée a fait son apparition précisément au moment où les autorités ont décidé de limiter la taille des fusions d'hôpitaux à 700 lits (A.R. du 07.011.2000 – M.B. du 08.02.2001). Apparemment, il y a moins de gestion politique que d'influence exercée par des intérêts gigantesques. En tout cas, il est clair que dans cet A.R. relatif aux normes des fusions d'hôpitaux, les besoins et nécessités à petite échelle sont perçus comme des éléments "perturbateurs". L'obligation d'établir sur un même site tous les services, les fonctions, les programmes de soins, ... pour lesquels il existe des normes légales, au plus tard pour 2004, aura inévitablement un effet défusionnant – comme nous l'avions prédit. Nous avons protesté à plusieurs reprises auprès du ministre de la Santé publique, notamment en ce qui concerne les programmes de base en matière de soins cardiaques. A l'avenir, le même problème se posera pour n'importe quelle activité inscrite dans le modèle profilé des programmes de soins, avec chaque fois une distinction entre les "soins de base" et les "soins de référence". Et avec la certitude mathématique que les soins de base sont voués à être absorbés dans les soins de référence ou à être vidés de toute substance par les soins de référence. S'agit-il d'une politique de la santé? Soustraire les soins de base à la proximité des personnes? En vertu de la loi sur les hôpitaux, le programme de soins doit être accompagné d'une définition du "groupe cible". Selon nous, c'est du pur verbiage. L'objectif est surtout de renforcer le lobby ou le trust tout en continuant – mobile ou alibi ?- à soigner les patients qui suivent les voies indiqués des circuits. Le "managed care" progresse plus vite que nous le pensons. Le patron des M.C., Marc JUSTAERT, qui est directement ou indirectement associé à plusieurs de ces méga-entreprises, a dévoilé ses cartes dans un article paru dans le Trends du 17.01.2002.

IX.8. Le budget des moyens financiers de l'hôpital

Le prix de journée d'hospitalisation disparaît pour être remplacé par le "budget des moyens financiers de l'hôpital". Un des principaux objectifs du projet de loi consistait en effet à introduire un tout nouveau système de financement. Une tâche lourde et pénible pour la ministre de la Santé publique, particulièrement préoccupée par ailleurs, par le bien-être des animaux. L'exécution concrète du système est encore plus difficile. Ainsi, le Roi devra prendre toute une série d'arrêtés conformément au nouvel article 97 de la loi sur les hôpitaux : la période pour laquelle le budget est alloué, la scission en une partie variable et une partie fixe, les critères et les modalités de calcul, etc.

Le budget couvre forfaitairement les coûts entraînés par le séjour en salle commune et les soins dispensés aux patients de l'hôpital, en ce compris les patients en hôpital de jour comme défini par A.R... Comme cela semble simple.

Actuellement, le seul A.R. définissant des coûts est l'A.R. relatif au plan comptable uniforme. Il est difficile de prévoir si un nouvel A.R. arrivera prochainement. Ce qui est ennuyeux, c'est que pour l'instant, seul un A.M. définit les éléments constitutifs du budget hospitalier, à savoir l'A.M. du 6.8.1986, qui est complexe, obscur, illisible comme aucun autre. Pourquoi? Peut-être parce que ni le citoyen, ni nos députés ne s'y intéressent le moins du monde? Peut-être parce qu'il gêne moins les quelques auteurs et les giga-gestionnaires intéressés dans leur activité silencieuse.

Il faut espérer que le ministre compétent trouvera son chemin dans le labyrinthe obscur du financement des hôpitaux. Car, dès que le budget entrera en vigueur, il sera, du moins pour la plus grande partie, versé en douze mensualités à chaque établissement. Un véritable coup de force et, du reste, nous tirons notre chapeau à quiconque le réalisera. En l'absence d'A.R., les ministres doivent savoir que, suite aux économies budgétaires démesurées décidées par le ministre des Affaires sociales, les honoraires médicaux n'offrent plus, depuis longtemps, la surface nécessaire aux éventuels "crédits de pontage".

Il est également important de noter que, dans peu de temps, les hôpitaux ne factureront plus que des suppléments pour les chambres particulières ou à deux lits, mais plus de prix de journée. Ils bénéficient de leurs douzièmes provisionnels à la place. Dans la mesure où il organise la perception centrale, l'hôpital se limitera en fait à la facturation des honoraires aux mutuelles et des éventuels suppléments ou des montants non remboursés réclamés aux patients. La simplification est énorme. Elle a aussi une autre conséquence. En effet, on est en droit de se demander s'il est bien logique et justifié qu'un établissement qui ne facture lui-même aucun service, doive encore bénéficier du droit légal de prétendre à l'organisation de la perception des honoraires qui sont la propriété de ses médecins travaillant avec un statut d'indépendant.

En théorie, les nouvelles dispositions en matière de financement n'ont aucun effet particulier pour la répercussion de coûts aux médecins hospitaliers. Pourtant, nous décelons plusieurs dispositions inquiétantes introduisant un arbitraire suspect en ce qui concerne, directement ou indirectement, l'imputation des coûts sur les honoraires. Ainsi, le Roi peut "fixer des conditions et des règles suivant lesquelles des activités peuvent être prises en compte pour la couverture des frais induits par le respect des normes, en tenant compte des situations spécifiques susceptibles d'influencer ces activités et qui justifient un régime dérogatoire aux conditions et règles ainsi établies". Les parlementaires ont probablement été aveuglés par le spectacle démocratique. N'est-il pas tout à fait étonnant que l'on prévoit une disposition légale qui ne vise rien d'autre que d'offrir la possibilité au pouvoir exécutif de définir aussi bien la règle que les dérogations et en outre l'appréciation de ses propres critères pour chaque dérogation spécifique accordée? Mais le pire est encore que les autorités peuvent imposer des normes dont elles ne doivent même pas supporter les conséquences financières. En effet, le Roi "peut". Il ne doit pas.

En outre, le Roi peut également "déterminer des critères et modalités en ce qui concerne l'évaluation des activités hospitalières, et ce en vue de les activités de l'hôpital qui peuvent être considérées comme "justifiées". Louis XIV est mort et enterré depuis belle lurette. Mais son esprit apparemment règne encore.

Quiconque pensait que les réseaux et les circuits de soins étaient mis en place uniquement dans un souci organisationnel ou pour drainer les patients, commettait une énorme erreur. En effet, un nouvel article 97ter prévoit d'emblée des modes de financement spécifiques pour "...permettre un financement prospectif des circuits de soins et des réseaux de soins, axé sur les programmes".

Enfin, le gestionnaire peut prétendre (art. 99) à un montant spécial s'il améliore le fonctionnement de l'hôpital par une décision réduisant réellement le budget, à la suite d'une restructuration, d'une fusion, d'une association, d'un regroupement avec un ou plusieurs hôpitaux. La prudence s'impose !

IX. 9. "Les frais occasionnés par les prestations médicales, qui ne sont pas financés par le budget des moyens financiers de l'hôpital"

Hormis les conséquences néfastes qui sont, selon nous, nettement sous-estimées des contrats "bidons »" (où les dispositions financières individuelles du médecin peuvent être modifiées unilatéralement), il n'y a pas de différence fondamentale avec la situation actuelle. Les honoraires "couvrent" toujours (article 139bis) ce que le prix de journée (prochainement le budget des moyens financiers) ne couvre pas. Les termes sont inchangés. Les honoraires restent quoi qu'il en soit les "couvreurs". Comme le Conseil d'Etat le pense également, cela restera donc une affaire d'hommes. Peut-être faudrait-il que nos consœurs flamandes refusent tout bonnement les retenues sur les honoraires. Après tout : la loi ne s'applique qu'aux genees-« heren ».

Pour la fixation du déficit des hôpitaux publics, il est donné une nouvelle définition (nouvel article 109 de la loi sur les hôpitaux) de ce qui n'est pas intégré dans le calcul du déficit :

"a) les activités qui ne relèvent pas de l'hôpital;
b) les activités dont il n'est pas tenu compte pour la fixation du budget des moyens financiers."

Cette redéfinition dont le critère est fondé sur les "activités" consolide la lecture de l'art. 140, § 1, 3° de la loi sur les hôpitaux, à savoir :

- que seuls les coûts résultant des prestations des médecins
- dans la mesure où il ne s'agit pas d'activités couvertes par le budget de l'hôpital ("activités couvertes par le budget de l'hôpital" s'entendant : les activités comme par exemple le fonctionnement -et donc les frais de fonctionnement- du quartier opératoire),

sont financés par les honoraires médicaux. Et que toutes les autres activités, qu'elles soient ou non de l'hôpital, n'ont rien à voir.

Enfin, nous signalons encore que le règlement des tarifs (art. 138 de la loi sur les hôpitaux et les art. 109, 110 et 114 du projet de loi) est commenté en détail dans le "Médecin Spécialiste" n° 1/2002. C'est particulièrement important pour les Conseils médicaux qui doivent engager des entretiens préliminaires avec le gestionnaire de leur hôpital à ce sujet. En espérant sortir vainqueur.

X. Aperçu de plusieurs procédures juridiques introduites ou terminées en 2001

1. Voir rapport annuel 2000 : point V.8 Exigences particulières du patient : consultation sur rendez-vous – arrêt cassé en appel – Cour du travail de Gand – Arrêt du 8/11/2001.

Le médecin avait facturé un supplément d'honoraires pour une consultation demandée avec insistance par le patient, et ce pour le seul après-midi de libre du médecin à l'hôpital. En première instance, le juge a estimé que le médecin pouvait, sur base de la convention, facturer un supplément d'honoraires (demande particulière du patient). Le juge en appel renverse la charge de la preuve : le médecin ne démontre pas que la consultation a eu lieu à la demande du patient en dehors des heures ou du temps visés au point H, §4, premier alinéa, a) comme mentionné dans l'Accord médico-mutualiste en vigueur à cette époque. Le fait que le patient a lui-même téléphoné au cabinet privé du médecin ne constitue pas une preuve. Le médecin est condamné à rembourser le supplément (864 FB), majoré des intérêts (2.592 FB) à compter du 6 octobre 1994, date à laquelle la mutuelle a introduit la requête initiale auprès de Tribunal de Travail.

2. Voir rapport annuel 2000 : point V.7. Cour d'Appel d'Anvers – Chirurgie plastique – Deuxième Avis de l'Académie Royale de Médecine – La Cour d'Appel a mal compris le premier avis.

Le tatouage constitue donc bien un état pathologique physique.

La thérapie avec laser est basée sur le principe de la photothermolyse, qui introduit une énergie dans la peau, qui provoque des lésions dans les tissus et cause une réaction inflammatoire, qui, à son tour, peut provoquer des cicatrices permanentes et mutilantes. Une application correcte de la thérapie laser lors des tatouages nécessite une connaissance de la structure histologique de la modification et il faut notamment tenir compte de la profondeur à laquelle les grains de pigmentation se situent dans la peau. La thérapie avec laser n'est pas uniquement utilisée pour les tatouages mais est également indiquée dans le traitement d'autres modifications pigmentaires, pour lesquelles un diagnostic préliminaire et différentiel avec d'autres affections dermatologiques doit être posé, ce qui est de la compétence d'un médecin.

(Une copie complète de l'avis de la commission commune des deux Académies de Médecine peut être obtenu sur simple demande.)

3. Arrêt n° 99.920 du 18/10/2001 (publication au Moniteur Belge du 29.1.2002 Ed. 2) Le Conseil d'Etat prononce l'annulation de l'article 2 de l'Arrêté Royal du 24.9.1992 – honoraire forfaitaire pour les prestations de biologie clinique – connexistes – Procédure introduite par l'UP RHU.

4. ABSyM - Arrêt n° 99.381 du Conseil d'Etat du 02/10/2001 – annulation MB 16/04/1999 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs des titres professionnels en oncologie et oncologie médicale – Procédure introduite par l'ABSyM. Les implications de cet arrêt ont été traitées en détail sous le point VII du rapport.
5. Arrêt n° 96.289 du 11/06/2001 du Conseil d'Etat annulation de l'AR du 26 mars 1999 (MB 06/07/1999) modifiant l'arrêté royal du 27/04/1998 fixant les normes auxquelles une fonction "soins urgents spécialisés" doit répondre pour être agréée. Procédure introduite par l'UP BeCEP. Les implications de cet arrêt ont été traitées en détail sous le point VIII du rapport.
6. Recours en annulation introduit auprès du Conseil d'Etat contre l'A.M. du 12/01/2001 relatif notamment au financement de la formation.

Le recours introduit par le GBS, l'ABSyM et 4 autres parties (hôpitaux) contre l'A.M. du 12/01/2001 relatif au financement des hôpitaux et plus particulièrement l'attribution d'une indemnité pour la formation sur base des critères non pertinents et des conditions discriminatoires. Le C.N.E.H. avait préconisé que ce financement devait être appliqué pour tous les hôpitaux ayant une fonction de formation. D'une manière indirecte, ce financement est réservé aux hôpitaux universitaires. A suivre.

7. UP CAR – Recours en annulation introduit contre l'A.R. du 8/12/2000 relatif aux mesures d'économie en cardiologie (M.B. du 16/01/2001)
La nécessité de ce recours contre l'AR relatif aux mesures de nomenclature est prouvée par la réalité très actuelle. Voir sous le point XI.1. A suivre.
8. UP PHY – Recours en annulation auprès du Conseil d'Etat contre l'AR du 8/12/2000 (MB du 16/01/2001) relatif aux mesures d'économie en médecine physique sur base d'une discrimination par rapport aux kinésithérapeutes.
A suivre.
9. UP MN – Recours en annulation auprès du Conseil d'Etat contre une taxe pour le traitement des déchets nucléaires à charge des médecins-spécialistes en médecine nucléaire. A suivre.
10. Questions préjudicielles concernant notamment la publicité de la jurisprudence dans le cadre de l'INAMI. Voir Rapport annuel 2000 point V.5. Cette procédure a été financée par le GBS. Arrêt n° 41/2001 du 29/03/2001. La Cour d'Arbitrage a conclu à une non-discrimination.
Cette procédure était basée sur le fait que seuls les services internes de l'INAMI (p.e. Contrôle médical) pouvaient prendre connaissance de la jurisprudence des Chambres Restreintes et des Commissions d'Appel; seul le dispositif des décisions est publié. Nous avons jugé que dans ces conditions, les droits de la défense étaient bafoués. La Cour d'Arbitrage s'est basée sur le principe que la jurisprudence pouvait être consultée et a débouté les parties demanderesses. A titre d'exemple, le GBS s'est informé de la jurisprudence des Chambres et des Commissions concernant la problématique de la nomenclature des champs opératoires. Il s'est avéré qu'une telle information

n'était pas mise à disposition. Les faits et les droits ne sont donc pas nécessairement identiques.

XI. Survol de quelques unions professionnelles

XI.1. Cardiologie

Depuis le début de l'année 2001, les cardiologues sont engagés dans une confrontation directe avec le ministre des Affaires sociales. Un arrêté du 8.12.2000 portant sur la nomenclature a introduit une série considérable de mesures d'économies, pour un total avoisinant le demi-milliard, sous la forme de suppressions, de réductions de valeur et de règles d'application limitatives. Ceci a déclenché un mouvement de résistance particulièrement actif dirigé par le Prof. Denis CLEMENT, Président de l'association professionnelle. Tandis que le ministre a suspendu une partie des mesures, des propositions alternatives ont été élaborées, lesquelles font entrer pour la première dans l'histoire certaines prestations comme une "nomenclature de guidelines". Aux dires de son président, le Dr J. DE TOEUF, les propositions ont été reprises en l'état par le CTM.

De justesse, c'est-à-dire quelques jours avant la date limite de l'A.R. suspensif (1.2.2002), il est cependant apparu que plusieurs erreurs avaient été commises lors de l'élaboration du nouveau projet d'A.R. : ainsi, une erreur de traduction a fait que la prestation 460412/423 qui avait été réintroduite a quand même été supprimée; le libellé d'une règle d'application visant les cardiologues a été converti par erreur en un libellé naturellement totalement inutilisable d'une prestation de pneumologie (ergospirométrie). Il n'est pas impossible que d'autres erreurs aient encore été commises dans ce dossier et elles devront toutes être rectifiées.

Il s'agit certainement d'un des effets secondaires du passage de F. VANDENBROUCKE aux Affaires sociales : les fonctionnaires de l'INAMI sont surchargés de travail. Nous avons entre-temps transmis nos remarques au cabinet VANDENBROUCKE.

XI. 2. Les stomatologues et l'art dentaire

XI.2.1. Premier acte : l'excellence de l'exercice "autonome"

Déjà durant la période la plus sombre de l'épidémie de la fièvre aphteuse, on a travaillé avec ardeur à une révolution culturelle concernant les relations dentiste-médecin stomatologue. Dans le premier projet de la "loi sur les soins de santé", la ministre AELVOET avait d'emblée prévu une modification des dispositions de l'A.R. n° 78. Elle voulait l'insertion d'un article 3bis. L'art dentaire serait divisé en plusieurs spécialités, à savoir la dentisterie générale, l'orthodontie et la parodontologie. La modification de loi prévoyait que, dès que les critères pour l'obtention de ces titres professionnels particuliers seraient définis, l'art dentaire ne pourrait être exercé de manière autonome que par les détenteurs d'un de ces titres, et qui plus est suivant le principe de l'exercice exclusif. Vu que la licence en dentisterie est une exigence de formation dans les critères d'agrégation en stomatologie, ceci aurait eu comme conséquence que les candidats stomatologues auraient, déjà durant leur formation, des problèmes en ce qui concerne la formation autonome en dentisterie, puisque cet exercice ne pouvait pas être qualifié d' "exclusif".

Grâce à une concertation entre le Conseil supérieur des médecins spécialistes et le Conseil de l'Art dentaire, sous l'impulsion du Dr J. P. DERCQ et ensuite grâce à l'intervention du Dr Yolande AVONTROODT, Présidente de la Commission de la Chambre, notre proposition de modification du texte a été approuvée et insérée dans le texte de la Loi du 10.8.2001 (art. 29 de la loi portant des mesures en matière de soins de santé). L'exercice autonome sera réservé aux détenteurs des titres professionnels particuliers ou aux praticiens de l'art dentaire qui sont également porteurs du diplôme légal de docteur en médecine, chirurgie et accouchements ou du grade académique de médecin.

XI.2.2. Acte deux : la parodontologie

Bien que la parodontologie fasse partie de la stomatologie depuis l'A.M du 26.4.1982 (M.B. du 1.7.1982) et appartienne même à la formation supérieure (supra licence en dentisterie), des plans ont été ébauchés par le Conseil de l'Art Dentaire pour organiser une formation particulière et une agrégation en parodontologie pour les dentistes. Dans les avant-projets initiaux, les limites pour l'exercice de la médecine ont été clairement dépassées. Après les interventions de l'Académie Royale de Médecine, une concertation a été organisée par le Dr J.P. DERCQ entre les dentistes-parodontologues, les stomatologues et certains représentants du Conseil Supérieur. Un accord a été trouvé en ce qui concerne la délimitation du champs d'activités prévu dans un projet d'A.M. qui a été publié entre-temps dans le M.B. du 29.11.2001 (A.M. du 27.7.2001).

A la satisfaction de tous, sauf que d'autres problèmes ont surgi. Plusieurs professeurs en stomatologie ont l'impression que leurs candidats-spécialistes ne sont pas vraiment persona grata dans les services de parodontologie de l'art dentaire. Les candidats-stomatologues rencontrent donc des problèmes avec leurs propres critères de formation et d'agrégation. De plus, on applique de manière tout à fait illégitime le principe du titre professionnel protégé, à savoir "nul ne peut se prévaloir d'une compétence particulière ..." (art. 35 quater de l'A.R. n° 78), aux stomatologues, vu que cette compétence professionnelle fait partie de leur formation

supérieure depuis plus de 20 ans. Etant donné que, jusqu'à présent, les stomatologues étaient les seuls qui exerçaient la parodontologie dans le cadre de leur reconnaissance, ils devraient pouvoir faire valoir des droits acquis, et devraient être représentés dans la commission d'agrément spécifique des dentistes-parodontologues. Le plus simple serait probablement d'insérer le terme parodontologie dans le titre professionnel des stomatologues.

A titre conservatoire, l'Union professionnelle des stomatologues a introduit un recours en annulation auprès du Conseil d'Etat. Malgré ce recours, les stomatologues restent disposés, avec l'appui du GBS, à rechercher une solution pragmatique dans les meilleurs délais en négociant avec les pouvoirs publics. Cette fois-ci à la satisfaction de vraiment tout le monde.

XI.3. Gynécologie-obstétrique

La gynécologie-obstétrique attire fréquemment l'attention des médias, plus d'une fois pour des sujets controversés ou des affaires en justice, dans le domaine de la responsabilité professionnelle ou en raison de leurs aspects éthiques.

Au mois d'août – la saison des concombres pour les médias – la fertilisation artificielle de deux femmes séropositives HIV a été au centre des discussions.

A l'occasion de l'affaire PERRUCHE en France (cf. notre rapport annuel 2002, I.4), les gynécologues français ont décidé de ne plus réaliser d'échographies ou d'autres tests biomédicaux pour déceler des anomalies ou des malformations du fœtus. En 1982, le jeune PERRUCHE était né gravement handicapé à la suite du non-dépistage de l'infection de la rubéole durant le premier trimestre de grossesse. De ce fait, les parents n'ont pas eu la possibilité d'envisager éventuellement un avortement. Par son jugement du 17.11.2000, la Cour de Cassation introduit la notion de préjudice lié au fait d'être né. Début décembre 2001, la Cour de Cassation a décidé qu'un enfant né avec une trisomie 21 devait, lui aussi, être indemnisé.

Les gynécologues belges ont mis en garde les autorités contre les conséquences néfastes de l'arrêt français en ce qui concerne les aspects médico-légaux et éthiques.

Dans l'intervalle, le législateur français prend une initiative pour annuler les effets de ce jugement. Une proposition en ce sens a également été faite en Belgique.

XI.4. Neurologie – Psychiatrie – Neuropsychiatrie

XI.4.1. Tension neurologique...

A la suite de l'annonce de la nouvelle série de mesures d'économies que le ministre VANDENBROUCKE entend faire entrer en vigueur le 1.3.2002 dans un grand nombre de secteurs médico-techniques (cf. II.1.2.), plusieurs neurologues ont pris la plume à la mi-janvier 2002. Ils ont été frappés par une retenue de 10 % sur l'EEG et l'EMG.

Ils attirent l'attention sur l'absence d'une représentation distincte des neurologues au sein des associations professionnelles existantes. Ils mettent le doigt sur une anomalie qui perdure depuis 1992 : pour une consultation, les neurologues touchent ¼ de moins que leurs confrères (plus âgés) qui effectuent la même chose mais sous le numéro d'agrégation de neuropsychiatre qui prévalait auparavant.

En outre, ils signalent le problème de la neurophysiologie.

Je me souviens avoir pris part aux réunions consacrées au dossier de la neurophysiologie, notamment le 4.12.1997 et le 29.1.1998. Ce débat s'est alors enlisé pour deux raisons :

Premièrement : la difficulté d'évaluer les conséquences budgétaires, d'autant plus que d'aucuns utilisaient principalement les applications "lucratives" de la neurophysiologie, à savoir le "brain mapping", et la manque (déjà à l'époque) de moyens financiers.

Deuxièmement : les disputes sans fin sur la question de savoir qui pouvait prétendre à l'exclusivité de la neurophysiologie. Les neurologues, les neuropédiatres et les neuropsychiatres pratiquant dans un service neurologique? Ou les physiothérapeutes et les médecins spécialistes en réadaptation dans certaines autres disciplines, comme par exemple l'ORL et l'ophtalmologie, ou les pédiatres qui ont un titre professionnel particulier en neuropédiatrie peuvent-ils aussi exercer la neurophysiologie en dehors d'un service de neurologie? Ou faudra-t-il encore créer un nouveau titre professionnel? Etc.

La question des neurologues et des neuropédiatres concernant leurs honoraires est logique et justifiée. La réponse doit être recherchée, d'une part, dans l'augmentation globale de TOUS les honoraires pour les actes intellectuels (cf. II.1 et mon rapport annuel 2000 où, au point II.1., la proposition des médecins à la CNMM demandait 5.250 millions de FB par an mais nous avons uniquement obtenu 625 millions du ministre VANDENBROUCKE) et, d'autre part, dans une analyse des anomalies existantes

XI.4.2. ...et crise psychiatrique

La controverse autour de la scission ou non de la psychiatrie dans une psychiatrie de l'adulte et une psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent a divisé la discipline en deux camps. Les débats ne sont pas encore achevés.

Tous les psychiatres sont quasiment unanimes en ce qui concerne l'histoire de la création de la protection du titre de psychologue clinique. Il est inacceptable que les psychiatres et les médecins dans leur ensemble aient été complètement écartés de toutes les discussions concernant le "psychologue clinique". Et il est scandaleux qu'aucune suite n'ait été donnée à un texte consensuel auquel toutes les universités belges et toutes les unions professionnelles ont collaboré. Nos questions répétées sur ce sujet lors de nos entretiens réguliers avec la ministre Magda ALVOET et/ou avec son chef de cabinet Manu KEIRSE au cours de l'année 2001 ont toujours été repoussées avec beaucoup de "psychologie" par KEIRSE.

Cette situation explosive, qui créera un déséquilibre en psychiatrie et qui ne rend pas un bon service aux soins de santé psychiatriques, doit à mon avis à nouveau être examinée d'urgence.

XI.5. Ophtalmologie

Pour des raisons historiques, l'ophtalmologie a été traitée très chichement lors de la création de la nomenclature. Il est impossible de récupérer un retard de ± 35 ans en un tour de main. Mais les prémices sont bons.

La protection de la spécificité médicale de leur profession fait l'objet d'une lutte permanente de la part de l'Union professionnelle belge des médecins spécialistes en ophtalmologie et chirurgie oculaire. Au cours de l'année 2001, cette "struggle for life" (aussi bien pour les patients que pour les ophtalmologues) a culminé dans une action contre la tentative d'extension des critères concernant la compétence et l'exercice de la profession d'opticien de la part des opticiens et de certaines écoles supérieures. En marge des démarches expertes des ophtalmologues eux-mêmes, le soussigné a, en sa qualité de représentant de l'ABSyM au sein du Comité des soins de santé de l'INAMI, apporté sa contribution pour que le projet d'A.R. qui, dans ses articles 2 et 3, entendait procéder à l'ajout – apparemment innocent – des termes "optique – optométrie" dans l'actuel A.R. du 3.7.1996, soit mis au congélateur. J'espère que notre note du 25.6.2001 sur ce sujet aura comme conséquence que le projet n'en sortira pas avant le quatrième millénaire.

XII. La nouvelle définition de l'exercice de l'art infirmier

La loi du 10.8.2001 portant des mesures en matière de soins de santé insère un nouvel article 21 quinquies, qui donne une nouvelle définition du contenu de l'exercice de l'art infirmier.

Nous citons les nouveautés suivantes :

- "– observer, identifier et établir l'état de santé sur les plans psychique, physique et social*
- informer et conseiller le patient et sa famille*
- assurer l'accompagnement des mourants et l'accompagnement lors du processus de deuil"*

En ce qui concerne les accoucheuses, l'art. 21quater, §4, prévoit que les accoucheuses diplômées avant le 1er octobre de la quatrième année après l'entrée en vigueur de l'article 34 (loi du 10.8.2001) peuvent exercer de plein droit l'art infirmier sous les mêmes conditions. Et que les accoucheuses peuvent de plein droit exercer l'art infirmier dans le domaine de l'art obstétrical, du traitement de la fertilité et de la néonatalogie.

Les infirmiers ont bon nombre de griefs contre la nouvelle loi et n'entendent pas accepter que le niveau de qualité de leur art soit abaissé du fait de l'arrivée débridée d' "aides-infirmiers".

Entre-temps, la solution coûtant plus d'un milliard de FB destinée à transformer quelques kinésithérapeutes excédentaires en infirmiers A1 n'a pas rencontré un franc succès. Par contre, elle est très chère. Ce milliard aurait pu servir à payer un

index 2002 très conséquent aux infirmiers indépendants. Ou une partie aurait pu servir à indexer les actes intellectuels des médecins.

XIII. Conclusion

Pour le Belge moyen, il reste très difficile de savoir si l'Etat lui veut du bien ou pas. Aussi longtemps que sa maison construite sans permis n'est pas démolie par un bulldozer ou que ses enfants ne sont pas portés disparus, le citoyen Lui laisse le bénéfice du doute.

Les dirigeants des médecins agissent de même, jusqu'au bord de l'épuisement – presque littéralement mais surtout au figuré. Le 18.12.2001, ils se sont quand même rendu compte que la réponse était NEGATIVE.

Avec sa note "Agenda 2002 pour les changements dans les soins de santé" que Frank VANDENBROUCKE a présentée le 29.1.2002 avec Magda AELVOET en toile de fond, il étale son intellect perfide vis-à-vis des médecins et des patients.

Il monte les généralistes contre les spécialistes; les spécialistes intellectuels contre les spécialistes-techniciens ordinaires; les braves Flamands honnêtes contre les Francophones tricheurs; les infirmiers, les kinésithérapeutes et les logopèdes indépendants contre les salariés; les hôpitaux universitaires contres les périphériques.

Il n'a pas de magicien à sa disposition. Et s'il en avait un, celui-ci ne tarderait pas à se faire abattre par les autres partenaires du gouvernement. La société n'est pas prête à contribuer solidairement à la résolution du sous-financement structurel des hôpitaux ou aux besoins en soins de santé adaptés.

Il existe des preuves irréfutables que ce ne sont pas les ou certains médecins gaspilleurs qui sont à la base de la croissance de presque 100 milliards de FB des dépenses de santé en 2000 et 2001. Mais c'est toujours facile de trouver un bouc émissaire dans un troupeau pourchassé par un fox terrier anglais ou par un loup déguisé en mouton.

La politique médico-social est à ce point complexe que ceux qui ont un Ph.D. sont quasiment les seuls à encore s'y retrouver. De ce fait, ils sont totalement libres de faire voter n'importe quoi au Parlement. Ce n'est guère démocratique mais c'est apparemment efficace.

Ne tombons pas dans le piège tendu par VANDENBROUCKE en nous donnant mutuellement des coups de bec. Même si je suis rarement d'accord avec lui, j'admets que les médecins doivent rester un groupe uni, les généralistes avec les spécialistes et les spécialistes entre eux. Autrement, nous aurons très rapidement 27 x 2, soit 54, petits syndicats. Le GBS-VBS et l'ABSyM-BVAS disparaîtraient pour laisser la place à de petits groupes qu'un VANDENBROUCKE ricaneur aurait tôt fait d'opposer les uns aux autres.

Au diable ce sentiment de découragement que je perçois chez "certains combattants de la première heure". J'appelle à la résistance. Il faut rester combatif. Nous devons

reprendre en main la campagne lancée insidieusement par VANDENBROUCKE contre les élections médicales et en faire NOS élections.

Le GBS, soi-disant "non-représentatif", est incontournable, jusqu'à laisser sa griffe sur la politique suivie. Avec l'ABSyM, il s'appuie sur un allié fort même si, ces derniers temps, il se fait quasi quotidiennement visé de manière quasi personnalisée par les offenses les plus basses du ministre dans la presse.

J'ai trois mandats de quatre ans comme secrétaire-général du GBS derrière moi. J'ai appris à connaître un monde nouveau. Je me présente pour un quatrième mandat. Vous voterez dans quelques instants, malheureusement sans autres candidats.

Je veux continuer à m'engager pour des soins de santé belges de haut niveau et pour protéger ses valeurs contre les attaques rouges, bleues, vertes ou de quelque autre couleur que ce soit. Votre voix est pour cela indispensable, non seulement aujourd'hui, dans cette assemblée générale, mais chaque jour à nouveau, et surtout lors des prochaines élections médicales. L'équipe du GBS compte sur vous. Je compte sur vous, Vous pouvez compter sur nous, sur moi.

Je vous remercie pour votre attention.

Dr M. MOENS
2.2.2002

Honoraires des médecins 1T/2001

Description	Dépenses	Objectif budgétaire	Différence	Différence %	CCC
a/ Biologie clinique	8.065,7	7.345,0	-720,7	-9,8	CCC
b/ Imagerie médicale	7.692,6	6.767,7	-924,9	-13,7	CCC
c/ Consultations et visites	10.439,0	10.536,7	+97,7	+0,9	OK
d/ Prestations spéciales	9.042,2	8.235,7	-806,5	-9,8	CCC
e/ Chirurgie	6.953,2	6.415,5	-537,7	-8,37	CCC
f/ Gynécologie	591,6	557,5	-34,1	-6,1	CCC
g/ Surveillance	1.943,1	1.885,6	-57,5	-3,0	OK
.....					
TOTAL	44.824,7	41.920,0	-2.904,7	-6,9	CCC

Dialyse 1T/2001	Dépenses	Objectif budgétaire	Différence	Différence %	CCC
a/ Médecins	1.036,4	932,2	-104,3	-11,2	CCC
b/ Forfait dialyse rénale	811,4	781,9	-29,5	-3,6	OK
c/ À domicile, low care	426,4	373,0	-53,4	-14,3	CCC
TOTAL	2.274,2	2.087,1	-178,1	-8,5	CCC

- : Dépassement

+ : Sous-utilisation

CCC: si >4% après 3 mois

DIALYSE RENALE

Concrétisation de l'article 51 de la loi S.S.I. du 14 juillet 1994

(Conseil Général de l'INAMI du 30.07.2001 – Note C.G.S.S. n° 2001/68 add.)

DECISION :

Rubrique	Estimation technique révisée 2001	Montants à récupérer
Médecins	4.069,9	203,2
Forfait dialyse rénale	3.175,6	158,8
À domicile, dans un centre	1.553,6	0
TOTAL	8.794,1	360,0

(montants en millions de FB)

En pratique

- 15% sur les honoraires de dialyse
- 15% sur les forfaits journaliers dans les hôpitaux dans la période du 01.09.2001 au 31.12.2001

BIOLOGIE CLINIQUE

Concrétisation du nouvel article 59 de la loi S.S.I. du 14 juillet 1994

Numéro de code	Honoraires 01.01-31.08.01	Honoraires 01.09- 31.12.01	ρ Honoraires	σ %
Par prescription				
592270	450	420	- 30	- 6,7
592292	650	622	- 28	- 4,3
592314	900	862	- 38	- 4,2
592336	1.150	1.102	- 48	-4,2
592351	1.450	1.390	- 60	- 4,1
592373	1.700	1.121	- 579	- 34,1
592395	1.950	1.121	- 829	- 42,5
592410	2.200	1.121	- 1,079	- 49,0
592631	455	425	- 30	- 6,6
592653	655	627	- 28	- 4,3
592675	905	867	- 38	- 4,2
592690	1.155	1.107	- 48	- 4,2
592712	1.455	1.395	- 60	- 4,1
592734	1,705	1.126	- 579	- 34,0
592756	1.955	1.126	- 829	- 42,4
592771	2.205	1.126	- 1.079	- 48,9
Moyenne				- 25,1

Hôpital de jour				
591091	1.068	818	- 250	- 23,4
591113	1.335	1.022	- 313	- 23,4
591135	801	613	- 188	- 23,5

(Montants en FB)

IMAGERIE MEDICALE

Concrétisation du nouvel article 69 de la loi S.S.I. du 14 juillet 1994

Numéro de code	Honoraires 01.01 - 31.08.01	Honoraires 01.09 - 31.12.01	ρ Honoraires	σ %
460670	865	347	- 518	- 59,9
460795	886	355	- 531	- 59,9
460972	422	54	- 368	- 87,2
460994	802	104	- 698	- 87,0
461016	1.498	193	- 1.305	- 87,1
460703	542	431	- 111	- 20,5
460821	563	447	- 116	- 20,6

(Montants en FB)

**ECONOMIES DEJA DECIDEES POUR LES ANNEES 2001, 2002 et 2003
(montants en millions de FB)**

	2001	2002	2003
1. Economies via la nomenclature (Commission Nationale Médico-Mutualiste)			
* "Economie "unique" biologie clinique 2000 (accord C.N.M.M. 01.12.1999) maintenue unilatéralement par F. VANDENBROUCKE	1.200	1.200	1.200
* A.R. 08.12.2000 (M.B. 16.01.2001) (e.a. cardio, prestations spéciales) :			
- en vigueur 01.03.2001	542	650	650
- en vigueur 01.09.2001	203	609	609
* A.R. 30.05.2001 (M.B. 01.06.2001) (e.a. radiologie, prestations urgentes) : en vigueur 01.06.2001	651	1.116	1.116
* Points non (encore) exécutés de l'accord C.N.M.M. du 18.12.2000 :			
- pédiatrie (budget prévu 160)	121	0	0
- ophtalmologie (budget prévu 165)	124	0	0
- consultation oncologique multidisciplinaire (budget prévu 200)	200	50	0
- généralistes * service de garde (budget prévu : 2001 : 60 2002 : 100)	60	0	0
* visite multiple (budget prévu 65)	65	16	0
* Nouvelles économies CNMM 17.12.2001 : nomenclature générale: en vigueur 01.03.2002 *	0	1.389	1.667
* Exécution décision gouvernementale 2001 : économie supplémentaire			
- radiologie : CNMM 17.12.2001; en vigueur 01.03.2002 *	0	540	648
- biologie clinique via honoraires forfaitaires : CNMM 21.01.2002	0	514	0
	3.166	6.134	5.890
2. Economies via récupérations			
* Biologie clinique (art. 59 loi S.S.I.)			
- 50 % récupération dépassement 1999 + 2000	883	883	0
- 100 % récupération dépassement 2001	0	2.500 (?)	0
- 100 % récupération dépassement 2002	0	0	?
* Radiologie (art. 69 loi S.S.I.)			
- 100 % récupération dépassement 1999 + 2000	1.521	0	0
- 100 % récupération dépassement 2001	0	500 (?)	0
- 100 % récupération dépassement 2002	0	0	?
	2.404	3.883 (?)	?
3. Economies via A.R.-"Clignotants" (05.10.1999; M.B. 09.11.1999) en exécution de l'art. 51 de la loi S.S.I.			
* honoraires dialyse: néphrologues	203	0 (?)	0 (?)
4. Report d'indexation du 01.01 au 30.06.2002 (A.R. 12.12.2001. M.B.. 28.12.2001) ou alternative			
2,82 % indexation sur 6 mois seulement (ou alternative)	0	2.500	0
TOTAL GENERAL ECONOMIES	5.773	12.517 (?)	5.840 (+ ?)

* décision : Comité Soins de Santé 28.01.2002

Source : INAMI, calculs Dr. M. MOENS

**DETAIL DES 40 MILLIONS EURO D'ECONOMIES DECIDEES
PAR LA C.N.M.M. du 17.12.2001 ET APPROUVEES PAR LE COMITE D'ASSURANCE
du 28.01.2002
(montants en millions de FB)**

CTM	ECONOMIES DECEMBRE 2001		
	LETTRES-CLE		
N°	prestation	montant	décision
477116	EMG	83	- 10%
558552			
477142	EEG	110	- 10%
475075	EKG	194	- 10%
317074	Gingivectomie	62	- 50%
476210	Holter	104	- 20%
476232		8,1	- 20%
476254		14	- 20%
258812	Tympanoscopie	30	- 10%
	som/somme	605,1	
	A.R. NOMENCLATURE		
	médecine nucléaire	135,4	CTM 179 bis annexe II
442116	irradiation du sang	60	supprimé
432272	signaux foeto-maternels	60	supprimé
460353	échographie	160	scission
460633			
149170	surveillance transfusion	140	supprimé
149192	déleucocytation		supprimé
355390	ponctions articulaires	337	supprimé
	anesthésie	34	CTM 179bis, p.2
	tubage gastrique	10,2	supprimé
	sondage vésical	47	supprimé
	épreuve d'effort	88	K 30
	somme	1071,6	
	TOTAL	1676,7	

NOTE C.S.S. N° 2002/22 du 22 janvier 2002
Date prévue de mise en vigueur : 01.03.2002

**ECONOMIE SUITE A LA DECISION DU GOUVERNEMENT DE
DIMINUER DE MOITIE L'INDEX EN 2002 POUR LES PRESTATIONS
MEDICALES DE L'ARTICLE 2 (base 2001)**

	Estimation dépenses 2001 (1S/2001 : 0,511)	Perte index (1,41 %)	%
GENERALISTES			
Avis, consultations, visites DMG	26.238.887.939	369.968.320	68,1
Consultations et visites urgentes + frais de déplacement	230.533.024	3.250.517	0,6
Sous-total	26.469.420.963	373.218.837	68,7
SPECIALISTES			
Consultations général	6.904.684.900	97.356.057	17,9
Consultations interne	1.147.928.399	16.185.791	3,0
Consultations neurologue, psychiatre, neuropsychiatre	753.430.033	10.623.363	2,0
Consultation pédiatre	1.116.405.114	15.741.313	2,9
Consultation cardiologue	505.108.145	7.122.025	1,3
Visite à domicile pédiatre	24.391	343	0,0
Supplément consultations urgentes	84.344.250	1.189.254	0,2
Sous-total	10.511.925.232	148.218.146	27,3
PSYCHOTHERAPIES	1.555.702.200	21.935.401	4,0
TOTAL GENERAL	38.537.048.395	543.372.384	100,0

Source : BVAS/ABSyM

EVOLUTION DU NOMBRE DE REFUS D'ADHESION AUX
ACCORDS MEDICO-MUTUALISTES

Date accord	Généralistes			Spécialistes			Total médecins		
	Total actif	Nombre refus	% refus	Total actif	Nombre refus	% refus	Total actif	Nombre refus	% refus
03.11.1997	17.120	2.445	14,28	20.294	3.391	16,71	37.414	5.836	15,60
15.12.1998	17.298	2.509	14,50	20.747	3.587	17,29	38.045	6.096	16,02
18.12.2000	17.531	2.133	12,17	21.734	3.764	20,79	39.265	5.897	15,02
18.12.2000 + 15.12.2001	18.268	2.219	12,15	21.905	5.543	25,30	40.173	7.762	19,32

Source : INAMI, Commission Nationale Médico-Mutualiste

REFUS A L'ADHESION
AUX ACCORDS MEDICO-MUTUALISTES du 13.12.1993 au 15.12.2001

N° d'ordre		Total Actifs 15.12.2001	% refus					
			18.12.2000 + 15.12.2001	18.12.2000	15.12.1998	03.11.1997	11.12.1995	13.12.1993
	Généralistes	18.268	12,15	12,17	14,62	13,88	15,68	19,18
	Médecins spécialistes en formation	3.354	0,60	0,27	0,62	0,48	0,63	1,48
1.	Radiothérapie	145	8,28	2,88	3,79	3,91	4,24	7,08
2.	Biologie clinique	697	8,90	0,87	1,31	1,60	2,04	2,92
3.	Neurologie	168	12,50	5,30	4,10	4,27	3,33	5,33
4.	Anatomo. Path.	261	12,64	4,72	3,75	5,02	6,51	8,65
5.	Psychiatrie	526	12,93	12,08	17,25	12,95	15,02	13,62
6.	Pneumologie	303	13,20	5,92	5,08	5,69	7,43	8,42
7.	Médecine Nucléaire	304	13,82	3,33	4,50	3,48	4,35	6,69
8.	Médecine interne	1.966	15,97	10,09	7,73	7,12	7,99	9,98
9.	Pédiatrie	1.318	16,62	12,39	14,36	13,22	14,93	18,21
10.	Neuropsychiatrie	1.378	19,67	16,15	17,01	16,02	16,03	18,06
11.	Anesthésiologie	1.560	22,37	13,86	14,85	15,28	15,27	16,61
12.	Gastro-entérologie	385	23,38	13,62	15,32	13,54	11,19	11,79
13.	Chirurgie	1.416	24,01	16,37	17,18	16,18	16,50	19,01
14.	Rhumatologie	237	25,74	18,34	18,47	17,81	20,77	22,56
15.	Méd.Phys./Physioth.	431	25,75	20,62	18,09	18,64	18,04	18,48
16.	Neurochirurgie	137	28,47	20,16	22,22	25,22	22,41	25,45
17.	Orthopédie	856	32,83	23,31	24,25	22,61	21,57	23,51
18.	O.R.L.	570	34,04	26,17	28,94	27,90	26,94	29,50
19.	Urologie	342	35,09	23,78	25,08	25,57	23,65	25,44
20.	Cardiologie	791	40,33	35,58	11,50	9,90	11,11	12,39
21.	Stomatologie	301	42,86	36,39	33,78	32,20	37,14	39,43
22.	Gynéco-obstétr.	1.257	48,21	42,22	44,93	40,37	43,69	43,05
23.	Radiologie	1.436	51,67	10,64	10,53	10,07	11,41	20,33
24.	Ophtalmologie	964	56,54	51,48	55,10	54,27	49,94	52,46
25.	Dermato-vénérol.	622	64,15	59,45	65,40	63,09	61,54	60,65
26.	Chirurgie plastique	180	64,44	64,33	62,50	58,86	56,64	58,52
	Total spécialistes	18.551	29,77	20,79	20,70	19,66	20,03	22,23
	Total général	40.173	19,32	15,02	16,08	15,30	16,27	18,87

NOMBRE DE MEDECINS ACCREDITES AU 01er FEVRIER 2002

	Total actifs	Total accrédités	% accrédités
<i>Médecins 001-002</i>	3.809	0	0,00
<i>Généralistes 003-004</i>	13.640	9.882	72,45
<i>Généralistes 005-006</i>	753	0	0,00
<i>Généralistes 007-008</i>	3	1	3,33
TOTAL	18.205	9.883	54,29
Médecin spécialiste en formation MACS	3.383	0	0,00
Dermato-venérologie	622	515	82,80
Ophthalmologie	964	759	78,73
Radiologie	1.434	1.118	77,96
Gastro-entérologie	388	296	76,29
Anatomie pathologique	262	199	75,95
O.R.L.	567	427	75,31
Médecine nucléaire	304	228	75,00
Médecine physique	431	319	74,01
Radiothérapie	142	104	73,24
Neurologie	168	123	73,21
Pneumologie	306	222	72,55
Cardiologie	791	558	70,54
Urologie	342	241	70,47
Anesthésie	1.562	1.068	68,37
Gynécologie-obstétrique	1.255	854	68,05
Orthopédie	857	583	68,03
Rhumatologie	238	160	67,23
Médecine interne	1.966	1.284	65,31
Psychiatrie	527	340	64,52
Biologie clinique	697	438	62,84
Pédiatrie	1.320	828	62,73
Neuropsychiatrie	1.378	847	61,47
Chirurgie plastique	182	98	53,85
Chirurgie	1.423	755	53,06
Neurochirurgie	138	70	50,72
Stomatologie	301	137	45,51
TOT Spécialistes	18.565	12.571	67,71
TOT. Spécialistes + MACS	21.948	12.571	57,28
TOTAL GENERAL	40.153	22.454	55,92

Source : Groupe de Direction de l'Accreditation INAMI

NOMBRE DE MEDECINS ACCREDITES ET NOMBRE DE GLEMS AU 01 FEVRIER 2002

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Total actifs	Total accrédités	% accréd.	Membres de GLEM	% Membres de GLEM	Membr. Accr. de GLEM	Membr. Naccr. de GLEM	Nombre de GLEM	Nombre moyen de participants/GLEM
<i>Médecins 001-002</i>	3.809	0	0,00	43	1,13	0	43	0	0,0
<i>Généralistes 003-004</i>	13.640	9.882	72,45	11.020	80,79	9.851	1.169	709	15,5
<i>Généralistes 005-006</i>	753	0	0,00	11	1,46	0	11	0	0,0
<i>Généralistes 007-008</i>	3	1	33,33	1	33,33	1	0	0	0,0
TOTAL	18.205	9.883	54,29	11.075	60,83	9.852	1.223	709	15,6
Médecins spécialistes en formation	3.363	0	,00	13	0,38	0	13	0	0
Anesthésiologie	1.562	1.068	68,37	1.260	80,67	1.065	195	65	19,1
Chirurgie	1.423	755	53,06	983	69,08	751	232	54	18,2
Neurochirurgie	138	70	50,72	110	79,71	70	40	7	15,7
Chirurgie plastique	182	98	53,85	140	76,92	95	45	8	17,5
Gynécologie-obstétrique	1.255	854	68,05	1.027	81,83	848	179	56	18,3
Ophtalmologie	964	759	78,73	812	84,23	757	55	45	18,0
O.R.L.	567	427	75,31	484	85,36	424	60	31	15,6
Urologie	342	241	70,47	285	83,33	239	46	16	17,8
Orthopédie	857	583	68,03	694	80,98	569	125	38	18,3
Stomatologie	301	137	45,51	187	62,13	135	52	10	18,7
Dermato-vénérologie	622	515	82,80	546	87,78	512	34	32	17,1
Médecine interne	1.966	1.284	65,31	1.578	80,26	1.274	304	82	19,2
Pneumologie	306	222	72,55	254	83,01	221	33	20	12,7
Gastro-entérologie	388	296	76,29	337	86,86	293	44	24	14,0
Pédiatrie	1.320	828	62,73	998	75,61	824	174	56	17,8
Cardiologie	791	558	70,54	663	83,82	552	111	41	16,2
Neuropsychiatrie	1.378	847	61,47	1.047	75,98	846	201	76	13,8
Neurologie	168	123	73,21	150	89,29	122	28	7	21,4
Psychiatrie	527	340	64,52	406	77,04	332	74	13	31,2
Rhumatologie	238	160	67,23	183	76,89	158	25	14	13,1
Méd. Phys. et physioth.	431	319	74,01	354	82,13	317	37	18	19,7
Biologie clinique	697	438	62,84	509	73,03	436	73	43	11,8
Anatomo-pathologie	262	199	75,95	226	86,26	198	28	15	15,1
Radiodiagnostic	1.434	1.118	77,96	1.217	84,87	1.108	109	70	17,4
Radiothérapie	142	104	73,24	116	81,69	104	12	7	16,6
Médecine nucléaire	304	228	75,00	269	88,49	228	41	15	17,9
TOT Spécialistes	18.565	12.571	67,71	14.835	79,91	12.478	2.357	864	17,2
TOT. Spécialistes + Stag.	21.948	12.571	57,28	14.848	67,65	12.478	2.370	864	17,2
TOTAL GENERAL	40.153	22.454	55,92	25.923	64,56	22.330	3.593	1.573	16,5

Source : Groupe de Direction de l'Accréditation de l'INAMI

Dr. M. MOENS
02.02.2002

Tableau 11

**NOMBRE DE MEDECINS ADMIS AU SEIN DU SYSTEME AMI
(A.R. 07.11.2000 - M.B. 08.12.2000)**

Année	Nombre de médecins			Généralistes			Spécialistes		
	Total	N	F	Total	N	F	Total	N	F
2004	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2005	650	390	260	300	180	120	350	210	140
2006	600	360	240	300	180	120	300	180	120
2007	700	420	280	-	-	-	-	-	-
2008	700	420	280	-	-	-	-	-	-

DECISION DE LA COMMISSION DE PLANIFICATION du 21.12.2001

Année	Nombre de médecins			Généralistes			Spécialistes		
	Total	N	F	Total	N	F	Total	N	F
2004	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2005	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2006	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2007	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2008	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2009	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2010	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2011	700	420	280	300	180	120	400	240	160

Les chiffres en gras et en italique nécessitent une modification de l'A.R. du 07.11.2000

Les années 2009, 2010 et 2011 doivent être ajoutées à l'A.R. du 07.11.2000 (M.B. 08.12.2000)

DECISION DE LA COMMISSION DE PLANIFICATION du. 21.12.2001 relative au nombre minimum de spécialistes admis au sein de l'AMI

Médecin spécialiste en	Total	N	F
Anesthésie-réanimation	45	24	21
Chirurgie, orthopédie, neurochirurgie, urologie, chirurgie plastique	44	26	18
Neurologie	10	7	3
Psychiatrie	39	27	12
Gynécologie-obstétrique	15	8	7
Ophtalmologie	13	8	5
Oto-rhino-laryngologie	8	5	3
Stomatologie	4	2	2
Dermatologie	8	5	3
Médecine interne, cardiologie, rhumatologie, gastro-entérologie, pneumologie	70	40	30
Pédiatrie	22	12	10
Physiothérapie	6	3	3
Biologie clinique	11	8	3
Radiodiagnostic	17	12	5
Radiothérapie	5	3	2
Médecine nucléaire	4	2	2
Anatomie pathologique	4	2	2
TOTAL	330	194	136

- P.S. 1. Tombent en-dehors des quota AMI : le médecin spécialiste en :
- gestion de données médicales
 - médecine légale
 - médecine du travail
 -
2. Les 70 spécialisations non désignées sur les 400 par an constituent une réserve pour combler les besoins futurs.