

**Rapport annuel 2002 du G.B.S
Dr Marc MOENS
Secrétaire général
08.02.2003**

**LES SOINS DE SANTE,
UN SCHIZOMYCETE POURPRE
TACHETE DE POINTS VERTS**

Sur l'art de vendre du vent
en prétendant faire le bien de l'humanité,
en l'occurrence des médecins belges

SOMMAIRE

I.	Introduction	1
II.	Contexte politique	1
	1. Année de préparation avant les élections de 2003.....	1
	2. L'escapade népalaise.....	4
	3. De "Franky goes to Brussels" à "Franky sleeps in Brussels"	6
	4. Loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie (M.B. du 22.06.2002) : une mauvaise loi plutôt qu'un filtre palliatif.....	7
	5. Loi du 22.08.2002 relative aux droits du patient et assurance responsabilité professionnelle	14
	1. Valises bouclées au pas de course pour les droits des patients... ..	14
	2. ...tandis que l'assurance responsabilité professionnelle avance à un train de sénateur	17
III.	La corvée bisannuelle deviendra-t-elle bientôt annuelle ? L'accord du 19.12.2002.	20
	1. Elections médicales, malaise des généralistes et ressentiment francophone à l'égard de VANDENBROUCKE.....	20
	2. La responsabilisation individuelle et les montants de référence.....	24
	3. Réaménagement du budget 2002	26
	4. ... en préparation du budget 2003.....	28
	1. A la Médico-Mut.....	28
	2. Au Comité de l'Assurance de l'INAMI	31
	3. Au Conseil général	31
	4. Retour au Comité de l'Assurance.....	32
	5. Pour finir à la médico-mut.....	32
	5. L'accréditation.....	38
IV.	Planification de l'offre médicale.....	40
	1. Numerus clausus pour les médecins.....	40
	2. Docteurs bidons engagés comme main-d'œuvre bon marché	42
	3. Le cadastre des professions de la santé	44
V.	Les médecins et les hôpitaux.....	46
	1. Les suppléments d'honoraires... ..	46
	2. ... et la « déclaration d'hospitalisation ».....	47
	3. Une relation équilibrée entre médecins et gestionnaires, au sein de l'hôpital.....	48
	4. Le budget global hospitalier	51

VI.	Procédures juridiques.....	53
1.	Procédures juridiques introduites en 2002 (en ordre chronologique)	53
1.	Loi du 14 janvier 2002 portant des mesures en matière de soins de santé (M.B. du 22.02.2002) – Action commune du GBS et de l’Absym devant la Cour d’arbitrage.	53
2.	Appui financier de l’action introduite contre la direction d’un hôpital afin d’obtenir l’organisation d’élection intermédiaire.....	55
3.	Arrêté Ministériel fixant les critères d’agrément des médecins spécialistes en psychiatrie, particulièrement en psychiatrie de l’adulte et des médecins spécialistes en psychiatrie, particulièrement en psychiatrie infanto-juvénile (M.B. 21.02.2002).....	55
4.	Une action en recouvrement des cotisations dues par l’Union professionnelle des dermatologues.	55
5.	Action au fond contre le premier train de mesures d’économies entré en vigueur le 1 mars 2002 (AR du 27.02.2002).....	55
6.	L’A.R. du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux a été publié au Moniteur belge du 30.5.2002, 3e édition	56
7.	A.M. du 1er octobre 2002 modifiant l’arrêté ministériel du 3 mai 1999 fixant les critères d’agrément des médecins généralistes.....	56
2.	Arrêt	57
VII.	Soins d’urgences	57
1.	Coup dur financier pour les hôpitaux	57
2.	Le vrai urgentiste veut-il bien se lever?.....	58
VIII.	Survol de quelques unions professionnelles	59
1.	Radiologie.....	59
1.	Régime du Tiers Payant (T.P.) et imagerie médicale.....	59
2.	Les guidelines en imagerie médicale.....	60
2.	Ophtalmologie.....	61
1.	La nouvelle nomenclature est bloquée	61
2.	Ophtalmologues contre opticiens	62
3.	Oncologie et hématologie.....	62
4.	L’unification des gynécologues	63
IX.	Conclusion	64

I. INTRODUCTION

Durant l'exercice 2002, l'Assemblée Générale Statutaire s'est réunie une fois (le 02.02.2002), le Comité directeur sept fois (les 10.01, 04.04, 23.05, 04.07, 19.09, 07.11 et 19.12.2002) et le Comité exécutif 41 fois à l'initiative de notre Président et de façon formelle, c'est-à-dire sur invitation et avec rédaction de procès-verbal. En outre, il y a eu un grand nombre de réunions de travail "ad hoc". L'effort ne s'est relâché que durant le mois d'août 2002.

Semaine après semaine, l'actualité est suivie de près : la politique générale au niveau de son impact sur le secteur de la santé, les développements au sein des départements convertis en Service public fédéral de la Santé publique et des Affaires sociales, une multitude de dossiers de l'INAMI et des documents émanant du "Quartier Vésale" sans oublier la gestion journalière d'une association comptant quelque 7.000 membres. En voici un aperçu.

II. CONTEXTE POLITIQUE

II.1. Année de préparation avant les élections de 2003

Le président du VLD Karel DE GUCHT, qui bouffe du curé, agace non seulement la "rue Guimard" avec le réseau de l'enseignement d'inspiration chrétienne et le groupement des hôpitaux et des établissements de soins du VVI, mais également une partie de l'électorat traditionnel du VLD, même si c'est évidemment généralement pour d'autres raisons. Au sein même du parti, des protestations se font entendre du côté des fédéralistes belgicistes (en raison de l'admission de plusieurs transfuges de l'ex-VU), des conservateurs (à cause du cours jugé trop "à gauche"), des croyants (du fait du fondamentalisme en matière d'euthanasie et de l'intégrisme libéral) et des médecins (en raison des sarcasmes et des reproches dont ils font l'objet sans discontinuer). Et ce alors que, lors des élections du 18 mai 2003, le VLD entend une bonne fois pour toutes évincer l'ex-CVP, entre-temps rebaptisé CD&V, de son statut de parti populaire.

Jusqu'à la fixation de la date des élections au 18 mai 2003, ce sont surtout les socialistes qui ont eu à trinquer. Lorsque le vice-premier ministre Johan VANDE LANOTTE (SP.a) a défendu, début novembre 2002, la rallonge budgétaire accordée à Frank VANDENBROUCKE en proposant en outre une injection financière équivalente dans le futur, Karel DE GUCHT a jugé cela tout bonnement ridicule ⁽¹⁾. Maintenant que la fièvre électorale prend rapidement de l'ampleur, c'est surtout le CD&V qui trinque.

Que ce soit dans le nord ou le sud du pays, les verts sont juste tolérés par les partenaires du gouvernement. Dans la partie francophone du pays, socialistes et libéraux se sont toujours mieux entendus. Puisque le CDH a tellement perdu de terrain, une réédition 2003-2007 (?) de la coalition pourpre est quasi certaine. Et dans la mesure où un gouvernement asymétrique avec une participation du CD&V en Flandre et une représentation strictement pourpre dans le reste du pays est très peu probable pour le prochain gouvernement, le président du VLD se concentre surtout sur l'opposition démocratique depuis la mi-janvier 2003.

¹ "De Gucht vindt uitspraken Vande Lanotte knettergek." De Standaard 09.11.2002.

Comme DE GUCHT le répète régulièrement, “wat vandaag in de gezondheidszorg gebeurt, is niet goed. Er wordt nutteloos geld uitgegeven” ⁽²⁾. (*Nous traduisons : Ce qui se passe actuellement dans les soins de santé n'est pas bon. De l'argent est dépensé inutilement*). Il vise surtout la médecine spécialisée, et plus particulièrement la médecine hospitalière. Etant donné qu'en Flandre, il s'agit essentiellement d'établissements du VVI – qui, à ses yeux, sont assimilables à des hôpitaux du CD&V ⁽³⁾ – et qu'à Bruxelles et en Wallonie, selon lui, la surconsommation est surtout le fait des hôpitaux PS, il pense pouvoir faire d'une pierre deux coups. “We kunnen de budgetten voor gezondheidszorg alleen onder controle houden als we elke frank tweemaal omdraaien vooraleer we hem spenderen. Houden we de gezondheidszorg niet onder controle, dan loert dualisering om de hoek” (*nous traduisons : Nous ne pouvons garder le contrôle sur les budgets alloués aux soins de santé qu'en y regardant à deux fois pour chaque franc que nous dépensons dans ce secteur. Si nous ne gardons pas le contrôle sur les soins de santé, il y a risque de dualisation.*). Une citation du Président du VLD ⁽⁴⁾ du 28.12.1998. Elle aurait également pu sortir de la bouche de Frank VANDENBROUCKE. VANDENBROUCKE dit cependant : “Karel DE GUCHT wil een zo goedkoop mogelijke gezondheidszorg, ik een zo goed mogelijke gezondheidszorg. Dat is het verschil tussen ons” (*nous traduisons : Karel DE GUCHT veut les soins de santé les meilleur marché, moi je veux les soins de santé les meilleurs. C'est la différence entre nous*) ⁽⁵⁾.

A la fin du mois de janvier 2002, le président du VLD n'a certes pas eu de chance avec son ministre-président flamand Patrick DEWAEL. Au moment où DE GUCHT déclarait dans le quotidien “De Morgen” que “In Wallonië wordt een pak meer gependeed aan behandeling van blindedarmonsteking dan in Vlaanderen” (*nous traduisons : En Wallonie, on dépense beaucoup plus d'argent pour traiter l'appendicite qu'en Flandre*), DEWAEL subissait une appendicectomie après qu'une échographie ait été réalisée ⁽⁶⁾. Heureusement qu'il n'y a pas eu de CT. Dans l'enquête de l'INAMI sur les différences régionales en matière de pratique médicale et de consommation chez les patients hospitalisés pour une appendicectomie ⁽⁷⁾ à laquelle Frank VANDENBROUCKE fait volontiers référence, il ressort qu'il s'agirait de l'examen le plus adéquat pour poser le diagnostic de l'appendicite.

Toutefois, les possibilités techniques ne cessent d'augmenter en médecine spécialisée et il ne serait pas très éthique de qualifier par définition leur utilisation d' "abus". La dualisation, la fameuse “médecine à deux vitesses”, est déjà un fait établi et elle ne fera que se renforcer à moins que la norme de croissance pour les soins de santé soit augmentée de façon conséquente.

Les partis politiques francophones sont d'accord pour laisser les dépenses en matière d'assurance-maladie obligatoire libres d'augmenter au-delà des 2,5 %. Le

² Knack; 15 janvier 2003, pag. 16.

³ Knack; 15 janvier 2003, pag. 19.

⁴ "Er zijn geen eilanden meer". pag. 59. Karel De Gucht & Dirk Sterckx. Houtekiet 1999.

⁵ "Frank Vandenbroucke : Ik wil gewoon iets goed doen voor de samenleving, minister of geen minister". Humo. 29.01.2002.

⁶ "Blindedarm Dewael bedreigt volksgezondheid". De Morgen. 31.01.2002.

⁷ "Application uniforme de la législation dans tout le pays". Doc. 2001/3 du 31.01.2001. Groupe de travail JADOT. Conseil général de l'INAMI.

Parti socialiste parle de 4,5 % à 5 % hors inflation. Lors de leur congrès de décembre, les libéraux francophones se sont dirigés vers une assurance de santé universelle avec adjonction d'un "deuxième pilier". Le PS et Ecolo sont farouchement opposés à cette vision du MR.

Le VLD, qui ambitionne de devenir le parti populaire par excellence, a rejeté, en 2001, toute idée de privatisation partielle des soins de santé. Tant le MR ⁽⁸⁾ que le VLD ⁽⁹⁾ briguent le portefeuille des affaires sociales dans le prochain gouvernement. Pour Daniel DUCARME, une scission de la sécurité sociale est inconcevable ⁽¹⁰⁾ tandis que pour Karel DE GUCHT, elle est une condition sine qua non. A l'occasion d'une journée d'étude publique intitulée "De gezondheidszorg, de zekerheid van Vlaanderen" (*Les soins de santé, la sécurité de la Flandre*) organisée le 25.05.2002, le président du VLD n'a laissé planer aucun doute sur le fait que la défédéralisation constitue une priorité pour son parti. Pour DE GUCHT, il n'est plus nécessaire d'avoir un ministre fédéral de la Santé publique. Lors du congrès du VLD des 15 et 16.11.2002, DE GUCHT a fait un pas supplémentaire : les communautés devraient se voir attribuer un montant identique par habitant pour l'assurance-maladie. La réaction au sud de la frontière linguistique a été vive. Il est frappant de constater que, en réponse à l'exemple que DE GUCHT a également donné dans son essai sur le libéralisme au 21^e siècle ⁽¹¹⁾, en ce qui concerne le caractère onéreux de l'appendicectomie, Daniël DUCARME a immédiatement renvoyé la balle en citant un extrait du rapport JADOT de 2001 portant sur le prix élevé des soins à domicile et des soins aux seniors comme contre-exemple flamand ⁽¹²⁾. DUCARME a même oublié de signaler que ce n'est pas le traditionnel leader des dépenses en prestations médico-techniques, à savoir le Hainaut, qui enregistre le score le plus élevé en matière de volume de biologie clinique prescrit par médecin généraliste (675.175 BEF), mais bien la Flandre occidentale (802.753 BEF) ⁽¹³⁾.

Le "splittingsing" n'est donc pas encore évacué de l'agenda politique, et ce même si le premier ministre VERHOFSTADT a affirmé à ce moment-là que la loi qui est actuellement (juin 2002) examinée au Parlement concernant la responsabilisation des dispensateurs de soins devrait faire taire l'appel à la scission des soins de santé. "Met de nieuwste wet zou een van de voornaamste argumenten voor de opsplitsing wel eens kunnen verdwijnen" ⁽¹⁴⁾ (*nous traduisons : La nouvelle loi pourrait bien faire disparaître un des principaux arguments en faveur de la scission*). Cette loi est entrée en vigueur depuis lors ⁽¹⁵⁾ (cf. point III.2)
Etait-ce le même VERHOFSTADT qui, dans son deuxième Manifeste du citoyen de 1992, écrivait que la Belgique était moribonde ?

Une fois que les politiciens pourront décider par eux-mêmes et exclusivement ce qui est bon pour la santé du citoyen, il en sera définitivement fini, selon eux, des

⁸ "VLD wil zelf sociaal departement leiden.". De Standaard. 27.05.2002.

⁹ "La VLD guigne un poste social dans la future coalition". Le Soir. 27.05.2002.

¹⁰ "Ducarme : La flamandisation du VLD". La Libre Belgique. 13.11.2002.

¹¹ "De toekomst is vrij.". Karel De Gucht. Houtekiet 2002 (page 154).

¹² "Ducarme : La flamandisation du VLD". La Libre Belgique. 13.11.2002.

¹³ Groupe de travail "Application uniforme de la législation dans tout le pays". Doc. 2001/5 du 31.01.2001; tableau 10.

¹⁴ Knack. 12 juin 2002

¹⁵ Loi du 22.08.2002 portant des mesures en matière de soins de santé (M.B. du 10.09.2002)

"gaspillages". Le Centre d'expertise fédéral pour les soins de santé ⁽¹⁶⁾ qui comprend 24 membres et un président, évaluera notamment la pratique médicale et l'activité hospitalière. En tout et pour tout deux médecins représentant les associations professionnelles représentatives peuvent y siéger et, pour nombre de dossiers, ils ne disposent même pas d'un droit de vote.

II. 2. L'escapade népalaise

Magda AELVOET n'a accompagné le gouvernement que durant $\frac{3}{4}$ du trajet. Au début du mois de février 2002, un non-événement autour de la possible contamination aux PCB et aux sulfonamides de l'alimentation pour bétail a suscité une réaction frileuse d'une ministre qui était parvenue au pouvoir grâce à la crise de la dioxine de 1999.

Lorsqu'il avait fallu faire face à la phobie de l'anthrax à la fin de l'année 2001, dans le prolongement des attentats du 11 septembre 2001, elle avait encore obtenu une mention honorable. Selon le sondage d'opinion commun réalisé par Le Soir et De Standaard (29-30.06.2002), elle figurait, avec 47 %, un peu en retrait, auprès des lecteurs flamands, par rapport à la moyenne flamande du gouvernement de 51 %. Les francophones étaient en moyenne un peu plus généreux dans leur cotation de la politique globale du gouvernement (56 %), AELVOET enregistrant un score légèrement plus favorable avec ses 57 %.

Le cirque, à la fin juillet-début août 2002, à propos de son interdiction du fluor témoigne une fois encore du manque de communication d'AELVOET. Prétendant qu'il existe un risque pour le système nerveux, la ministre fédérale de la Santé publique entend retirer le fluor du marché alors qu'une directive européenne, qui devrait entrer en vigueur en juillet 2003, décrit le fluor comme un "complément alimentaire précieux". Après l'affaire des cigarettes en chocolat (novembre 2001) et ses notes floues sur les drogues (2001), on ne riait plus sous cape. C'était le début de la fin.

Le 27 août 2002, Magda AELVOET remettait sa démission. La livraison de 5.500 fusils-mitrailleurs aux autorités népalaises, qu'elle avait approuvée tout comme Frank VANDENBROUCKE (en remplacement du vice-premier ministre Johan VANDE LANOTTE) au sein du gouvernement fédéral le jour de la Fête de la Communauté flamande le 11 juillet 2002, AELVOET n'a en effet pas obtenu les félicitations du congrès AGALEV du 25.08.2002.

Le CD&V, par l'entremise du sénateur Hugo VANDENBERGHE, se livre à une attaque cynique par-derrière ^(17, 18). L'approbation de l'exportation d'armes vers le Népal – réclamée avec insistance non seulement par le Parti socialiste mais également par Louis MICHEL (MR) en raison de l'impact sur l'emploi à la FN de Herstal – aurait servi de monnaie d'échange à l'adoption de la loi sur les droits du patient à laquelle les libéraux francophones étaient franchement opposés.

¹⁶ Loi-programme I (1) du 24.12.2002 (M.B. du 31.12.2002). Articles 259 à 277.

¹⁷ "Wapenlevering versus patiëntenrechten was politieke deal". De Standaard ; 28.08.2002.

¹⁸ "Aelvoet laat geen onuitwisbare invloed na". Artsenkrant n° 1447 ; 30.08.2002.

Ce qui m'a surpris lors de mon premier contact, le 21.10.1999, avec la toute nouvelle (à l'époque) ministre de la Santé publique, c'était son ignorance totale de ce qui se passait sur le terrain et surtout son intérêt très sélectif limité à quelques dossiers seulement. Pour tout le reste, désintérêt total, "alsof ze met haar gedachten op een Greenpeace-schip zat en walvissen aan het verdedigen was" (*nous traduisons : comme si elle était, par la pensée, à bord d'un navire de Greenpeace en train de défendre les baleines*), comme je l'ai confié à un journaliste de "De Huisarts" (¹⁹). Elle m'en a fortement tenu rigueur mais l'avenir m'a donné raison. Comme Peter BACKX, rédacteur en chef d'Artsenkrant (édition flamande du Journal du Médecin), l'a écrit : "Maar we leerden al gauw dat het perfect mogelijk was de hele sector te coveren zonder haar. Dat schrijven we absoluut niet om na te trappen, het is gewoon een vaststelling" (²⁰) (*nous traduisons : Nous avons rapidement appris qu'il était parfaitement possible de couvrir tout le secteur sans elle. Nous n'écrivons absolument pas cela pour l'attaquer par-derrière, c'est juste un constat*).

Au beau milieu de la crise des fusils-mitrailleurs, Jef TAVERNIER, l'actuel ministre qui, à l'époque, était encore le chef de la fraction AGALEV et économiste, avait déclaré que succéder à AELVOET comme ministre et vice-premier ministre n'était pas une tâche séduisante (²¹). Et quelques jours plus tard, alors qu'il est décrit comme une bête politique familiarisée avec les soins de santé dans la mesure où il compte nombre de pharmaciens et même un généraliste dans sa famille, il a été nommé par le Roi comme nouveau ministre fédéral de la Santé publique.

Une semaine durant, la Belgique n'a compté "que" 7 ministres compétents dans le domaine de la Santé publique. Avec la désignation de "Jef, non t'es pas du tout seul" (²²), la Belgique ou tout du moins le département de la Santé publique était à nouveau sauvé. Que ce soit en ma qualité de secrétaire général du GBS ou de vice-président de l'ABSyM, je n'ai pas encore eu l'honneur de rencontrer officiellement le ministre depuis lors. Le 05.11.2002, je lui ai parlé très brièvement à l'occasion d'une réception à l'issue d'un forum de discussion politique organisé par la Fédération des professions libérales et intellectuelles (FPLI). Après avoir constaté qu'il ignorait totalement – alors qu'il était déjà ou faut-il dire alors qu'il n'était encore que depuis deux mois en fonction – qui était le Dr Jean-Paul DERCQ (conseiller général, Service de l'Art de guérir du ministère de la Santé publique), nous n'avons plus insisté. Maintenant, il n'est peut-être plus aussi important qu'il approfondisse ses propres connaissances concernant le train-train de l'administration fédérale de la Santé publique puisqu'il a nommé son collaborateur de cabinet le Dr Herman VAN LOON à la fonction de Directeur général de la division "Professions de Santé, Vigilance sanitaire et Bien-Etre au travail". Il s'agit d'une des cinq cellules constituées, suite à l'opération Copernic de 2002, au sein du nouveau service public fédéral (SPF) Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement.

Dans le cadre de ce forum de discussion politique de la FPLI, Jef TAVERNIER (AGALEV) et Els HAEGEMAN (SP.a) ont été les seuls à se prononcer contre la régionalisation des soins de santé. Les autres partis démocratiques flamands invités ont parlé résolument en faveur de la scission, pour garantir des soins de santé plus

¹⁹ "Zo gezegd". De Huisarts ; 03.11.1999

²⁰ "Aelvoet laat geen onuitwisbare invloed na". Artsenkrant n° 1447 ; 30.08.2002.

²¹ "Niemand heeft zin in job vice-premier". De Standaard. 28.08.2002.

²² Librement adapté de Jacques Brel dans "Le Journal du Médecin on line" ; 30.08.2002.

judicieux : Stefaan DE CLERCQ (CD&V), Fientje MOERMAN (VLD), Geert BOURGOIS (NV-A) et Geert LAMBERT (Spirit).

Dans la mesure où un des groupes issus de l'ex-Volksunie (VU), à savoir Spirit, s'est associé au SP.a en vue des prochaines élections, cela met peut-être déjà un bémol dans le programme électoral commun.

II.3. De “Franky goes to Brussels” à “Franky sleeps in Brussels”

Le curriculum de Frank VANDENBROUCKE fournit déjà matière à réflexion à certains hagiographes ⁽²³⁾. “Grâce au” scandale Agusta, il obtient un Ph.D. à Oxford et se familiarise à la “troisième voie” de Blair.

Le slogan “Franky goes to Brussels”, imaginé par un conseiller en marketing politique devenu entre-temps tristement célèbre, à savoir W(ellcome) I(n) M(assmedia) SCHAMP, a conduit Frank VANDENBROUCKE à la Chambre en 1985.

Pas une once de glamour ou de strass. Une vie de travail acharné et opiniâtre. Ses hagiographes écrivent qu'il ne perd pas de temps à rentrer à Montaigu et qu'il passe la nuit dans un petit appartement très sobre que le couple VANDENBROUCKE a aménagé au 62 rue de la Loi.

C'est bien possible. Nous avons déjà, à différentes reprises, participé à des déjeuners de travail à 07 h 30 ou à des débats jusque bien après minuit. Les conséquences de ce zèle se traduisent notamment par un nombre croissant de pages de Moniteur belge. Frank VANDENBROUCKE est peut-être l'ultime raison pour laquelle la version papier du Moniteur a été supprimée. Le tableau 1 montre l'évolution du nombre de pages du Moniteur belge depuis 1989.

Année	Nombre de pages
1989	21.634
1990	24.732
1991	30.176
1992	28.212
1993	29.614
1994	32.922
1995	37.458
1996	32.701
1997	35.508
1998	42.444
1999	50.560
2000	43.557
2001	45.768
2002	59.169

Tableau 1

Comme nous l'avions déjà indiqué dans notre rapport annuel de 1999 ⁽²⁴⁾, la soif de publication de notre Autorité répond à une loi. Après trois années d'augmentation, il y

²³ "Weer de eerste van de klas?" Walter Pauli dans „Zeno. Portret“. De Morgen. 16.02.2002

²⁴ "Colour blind under the rainbow". Rapport annuel GBS 1999, I.1.2.. Dr M. Moens. Le Médecin Spécialiste, n° 2; février 2000.

a toujours une année de diminution du nombre de pages imprimées, qui correspond à l'année suivant les élections. Si ce phénomène se répète, nous franchirons allègrement le cap des 60.000 pages électroniques en 2003 pour le Moniteur belge. La part de ces 59.169 pages qui, en 2002, concernent "notre" domaine est considérable. Le ministère des Affaires sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement a publié 2 circulaires, 3 arrêtés de comités de gestion, 12 règlements, 15 lois, 235 arrêtés ministériels et 482 arrêtés royaux. Le ministre VANDENBROUCKE en a quasiment toujours été l' "auteur" ou le "co-auteur". Le SPF (Service public fédéral) de la Santé publique a publié 14 arrêtés royaux et 16 arrêtés ministériels.

Le professeur de la K.U.Leuven VANDENBROUCKE, qui publie également au niveau académique, ne manque pas de servir très régulièrement aux médias des "shows annonceurs de bonnes nouvelles" très bien orchestrés. Et lorsque le message est moins agréable, c'est toujours de la faute de quelqu'un d'autre. Ainsi, des économies sont nécessaires dans le secteur de la santé car les médecins commettent des abus et le ministre désigne volontiers comme bouc-émissaire le Dr Jacques DE TOEUF – président du Conseil technique médical mais également président de l'Association belge des syndicats médicaux (ABSyM). Causer du tort à l'ABSyM qui met des bâtons dans les roues de VANDENBROUCKE n'est jamais négligeable durant une année d'élection pour les syndicats médicaux.

Le machiavélisme et le tempérament coléreux de VANDENBROUCKE sont soigneusement dissimulés dans les médias derrière son sourire oblique figé qui est entre-temps devenu sa marque de fabrique. Les administrateurs généraux, les professeurs, les syndicalistes, les mutualistes, etc. qui se sont vu jeter à la face des épithètes et autres petits noms ne se prêtant pas à la publication et dont "menteur" est le moins grave mais le plus utilisé, ont une toute autre opinion de Frank VANDENBROUCKE. La tolérance que VANDENBROUCKE a perçue chez son grand inspirateur, qu'il juge le "principal philosophe politique du siècle dernier" ⁽²⁵⁾, John RAWLS, ne lui sert de modèle que lorsque son interlocuteur partage son point de vue. Je paraphrase des propos tenus par VANDENBROUCKE ⁽²⁶⁾ : "De meeste mensen geloven dat als ze handig zijn, ze het morele recht hebben om met dat talent veel geld te verdienen" (*nous traduisons : "La plupart des gens pensent que s'ils sont habiles, ils ont le droit moral de se servir de ce talent pour gagner beaucoup d'argent"*) en "La plupart des politiques pensent que s'ils sont intelligents, ils ont le droit moral de se servir de ce talent pour exercer un pouvoir sans retenue". Et dans la mesure où chacun s'accorde à reconnaître que peu nombreux sont ceux à pouvoir rivaliser avec son Q.I...

II.4. Loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie (M.B. du 22.06.2002) : une mauvaise loi plutôt qu'un filtre palliatif

Dans mon précédent rapport annuel, j'avais notamment appelé les parlementaires à enterrer la monstruosité juridique qu'est le projet de loi relative à l'euthanasie adopté

²⁵ "John Rawls, theoreticus van de vrijheid, degelijkheid en de verdraagzaamheid". Frank Vandenbroucke. De Standaard. 30.11.2002.

²⁶ "Talent is geen verdienste". "Minister van Sociale Zaken Frank Vandenbroucke en moraalfilosoof Koen Raes in gesprek over inzichten van John Rawls". Knack. 22.01.2003.

par le Sénat le 25.10.2001 ⁽²⁷⁾ et à accorder davantage d'attention à la lutte contre la douleur chez les mourants ainsi qu'à éviter l'acharnement thérapeutique.

En janvier 2002, la commission parlementaire de la Santé publique s'est interrogée sur la nécessité, d'une part, de limiter l'euthanasie aux patients terminaux et, d'autre part, de l'étendre aux mineurs. Aucune de ces deux positions n'a été retenue.

La commission parlementaire de la Justice a "juridisé" plus encore le projet. Les médias ont continué à accorder énormément d'attention au débat. L'histoire des deux dames britanniques, dont l'une a demandé à être euthanasiée tandis que l'autre souhaitait un suicide assisté, a été largement évoquée dans les médias belges durant le printemps 2002. "Miss B.", une assistante sociale célibataire de 43 ans, totalement paralysée à la suite d'une rupture d'anévrisme au cerveau et maintenue en vie grâce à un respirateur artificiel, a obtenu, le 22.3.2002, de la "High Court" que la machine puisse être débranchée pour la laisser mourir ⁽²⁸⁾. Comme l'hôpital dans lequel elle était soignée depuis plus d'un an, refusait d'accéder à sa demande ⁽²⁹⁾, elle a été transférée dans un autre hôpital.

Diane PRETTY, une dame âgée de 43 ans souffrant d'une maladie neuro-dégénérative incurable, qui avait attaqué en justice l'Etat britannique qui punit le suicide assisté, s'est vu refuser, le 29.04.2002, par la Cour européenne des droits de l'homme de Strasbourg, la possibilité de bénéficier de l'aide de son mari dans son projet de mettre fin à ses jours. Les sept juges de la Cour ont précisé que : "L'article 2 du Traité ⁽³⁰⁾, qui garantit le droit à la vie, ne saurait, sans distorsion de langage, être interprété comme conférant un droit diamétralement opposé, à savoir un droit de mourir".

Diane PRETTY est décédée de mort naturelle le 11.05.2002.

Le 19.02.2002, plusieurs médecins, parmi lesquels notre président, le Prof. GRUWEZ, et le soussigné, ainsi que plusieurs membres CD&V de l'opposition ont encore adressé une lettre de protestation à Mary ROBINSON, Haut Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme, à Genève, contre le projet de loi belge relative à l'euthanasie en lui demandant d'intervenir. Le projet est en effet beaucoup plus laxiste que la législation néerlandaise : il n'est pas nécessaire d'être malade en phase terminale, il n'y a pas de sanctions spécifiques et le contrôle du respect des critères de minutie est effectué post factum et strictement pour la forme.

En mars 2002, l'Union professionnelle belge des médecins spécialistes en soins intensifs fait part publiquement de ses objections à l'encontre de la législation en préparation ⁽³¹⁾. Elle craint notamment qu'il ne soit porté préjudice à la relation de confiance existant entre l'intensiviste et les proches représentant le patient. Elle critique également l'atmosphère créée à la suite des poursuites en justice engagées concernant des décès jugés suspects dans des services de soins intensifs.

²⁷ "Le Timisoara du débat sur l'euthanasie", I.2. ; Rapport annuel du GBS 2001. Dr M. Moens. 02.02.2002.

²⁸ "Euthanasie : jugement historique à Londres". Le Soir. 23.03.2002.

²⁹ "We can't pull the plug on a conscious woman we have known for a year". The Daily Telegraph March 7, 2002.

³⁰ Convention européenne de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales Rome. 04.11.1950

³¹ "Les intensivistes et la fin de vie : Méfiance vis-à-vis de la législation". Journal du Médecin n° 1418. 26.03.2002.

En mars 2002, le Comité Permanent des Médecins Européens a quant à lui voté une résolution contre l'acharnement thérapeutique et contre l'euthanasie.

Le 1er avril 2002, soit un an après son adoption par la Première Chambre, la loi relative à l'euthanasie entre officiellement en vigueur aux Pays-Bas. C'est le premier pays au monde qui autorise un médecin à apporter son aide à un suicide assisté et à mettre fin à la vie à la demande du patient dont les souffrances sont insupportables et sans issue. Et ce malgré les critiques explicites des Nations Unies qui se fondent sur la Déclaration universelle des droits de l'homme ⁽³²⁾.

Le 17 avril 2002, la commission parlementaire de la Justice procède au vote du projet de loi. Comme le journaliste Antoon WOUTERS du Standaard l'a écrit "Negenveertig minuten had de Kamercommissie gisteren nodig om de wetsontwerpen over euthanasie en palliatieve verzorging af te werken. De paars-groene meerderheid zei geen woord. In strak tempo en kille sfeer werden een 160 amendementen van de Christen-Democraten, Spirit en het Vlaams Blok verworpen. Aan de teksten van de Senaat mocht geen letter meer worden veranderd." ⁽³³⁾ (*nous traduisons : Hier, il a fallu 49 minutes à la Commission parlementaire pour finaliser les projets de loi relative à l'euthanasie et aux soins palliatifs. La majorité pourpre-vert n'a pas dit le moindre mot. Quelque 160 amendements des Chrétiens-Démocrates, de Spirit et du Vlaams Blok ont été rejetés à un rythme soutenu et dans une atmosphère glaciale. Il n'était plus possible de modifier la moindre virgule aux textes du Sénat.*). L'éditorial des rédacteurs en chef de Artsenkrant/Le Journal du Médecin a un titre qui en dit long : "Met het verstand op nul"/"Une fin dans l'indignité". ⁽³⁴⁾.

La Commission a laissé passer la loi contre son gré. Toutes les critiques ou questions ont été éludées car, d'une part, le texte aurait alors dû repasser par le Sénat et, d'autre part, parce que la survie de la coalition pourpre-vert était loin d'être totalement assurée de sorte que l'adoption par le gouvernement en place pourrait ne plus être possible. Dans un des trois débats que "Artsenkrant" a publiés concernant l'euthanasie, le parlementaire SP.a Jan PEETERS a déclaré : "Er zijn zotter wetten gemaakt dan deze wet over leven en dood" ⁽³⁵⁾ (*nous traduisons : On a rédigé des lois plus stupides que cette loi sur la vie et la mort*).

Dans un autre débat de Artsenkrant ⁽³⁶⁾, la parlementaire AGALEV Anne-Mie DESCHEEMAEKER a déclaré que des améliorations étaient possibles mais que les améliorations ne peuvent pas servir de prétexte pour tout reporter indéfiniment.

Le débat entre les médecins Yolande AVONTROODT (VLD, présidente de la Commission de la Santé publique) et Marc COSYNS (membre du staff médecine générale de la RUG et co-initiateur de la fameuse étude HALP sur les pratiques des

³² Déclaration universelle des droits de l'homme. Assemblée générale des Nations Unies. New York. 10.12.1948

³³ "Kamer werkt euthanasie af op een drafje". De Standaard. 18.04.2002.

³⁴ Peter Backx/Maurice Einhorn. Artsenkrant/Le Journal du Médecin n° 1425. 23.04.2002.

³⁵ "Eerst palliatieve zorg uitbouwen, dan een euthanasiewet". Jean-Pierre Baeyens versus Jan Peeters. Artsenkrant nr. 1429. 07.05.2002.

³⁶ "Euthanasiedebat : Marc Moens versus Anne-Mie Descheemaeker. Primum non nocere". Artsenkrant nr. 1415. 15.03.2002.

médecins autour de la fin de vie des patients ⁽³⁷⁾, est particulièrement riche d'enseignement.

Marc COSYNS a déclaré à juste titre qu'il existe un monde de différence entre agir avec minutie comme la loi le prescrit et agir avec minutie comme la formation (continue) du médecin le prévoit. "De wet is een kaakslag omdat we veel meer doen. Het zou jammer zijn, indien we ons beperkten tot de zorgvuldigheidscriteria bij de begeleiding van stervenden" (*nous traduisons : La loi est un camouflet car nous faisons beaucoup plus. Il serait regrettable que nous nous limitations aux critères de minutie dans le cadre de l'accompagnement des mourants*).

L'ABSyM, en novembre 1999, et le GBS, en janvier 2000, ont rejeté les projets de la coalition pourpre-vert visant à dépénaliser l'euthanasie. Marc COSYNS souscrit aux craintes de bureaucratisation et de banalisation que nous avons exprimées ⁽³⁸⁾. A propos du dossier que le médecin pratiquant l'euthanasie doit envoyer à la Commission de contrôle et d'évaluation ⁽³⁹⁾, il déclare : "Als ik dat bewuste dossier niet invul, heb ik dan plots een moord begaan ? Ik voorspel in België een gelijkaardige reactie als in Nederland vroeger : daar trokken 60 % van de artsen zich van die wet niets aan en ze handelden gewoon zorgvuldig verder zoals voorheen. En ik kan nu al zeggen dat we onze studenten in opleiding huisartsgeneeskunde hetzelfde zullen aanraden. Niemand heeft zin in een hoop rompslomp en paparassen om te bewijzen dat men geen moord gepleegd heeft". ⁽⁴⁰⁾ (*nous traduisons : Si je ne remplis pas le dossier en question, suis-je tout à coup coupable de meurtre? Je prévois en Belgique une réaction comparable à celle observée aux Pays-Bas précédemment : dans ce pays, 60 % des médecins n'ont fait aucun cas de cette loi et ont continué à travailler consciencieusement comme par le passé. Et je peux d'ores et déjà affirmer que nous conseillerons à nos étudiants en formation en médecine générale de faire de même. Personne n'a envie de devoir remplir une foule de paperasses pour prouver qu'il n'y a pas eu meurtre*).

Dans la dernière ligne droite avant le vote du projet de loi à la Chambre le 16.05.2002, un grand partisan de la loi comme le Prof. Wim DISTELMANS découvre soudainement les grandes failles du projet de loi. ⁽⁴¹⁾. Le "filtre palliatif" fait défaut de l'avis des confrères qui s'occupent de soins palliatifs. Malgré les appels répétés, le filtre est malheureusement toujours absent. Le Professeur Ben CRUL, spécialiste de la lutte contre la douleur de l'hôpital universitaire de Nimègue, est convaincu que les soins palliatifs associés notamment à une lutte efficace contre la douleur, réduira considérablement le nombre de demandes d'euthanasie. Selon le Prof. CRUL, les

³⁷ "Euthanasiedebat : Marc Cosyns versus Yolande Avontroodt. Maak een positieve wet". Artsenkrant nr. 1407. 15.02.2002.

³⁸ "Dit is de banalisering van de dood. Grootste artsensyndicaat verwerpt paarse euthanasieplannen". De Standaard. 24.12.1999.

³⁹ Arrêté royal du 02.08.2002 portant nomination des membres de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'application de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie. Moniteur belge du 10.09.2002.

⁴⁰ "Op weg naar het einde. Onderzoek naar euthanasie bij Vlaamse patiënten". Gent Universiteit. Januari 2002.

⁴¹ "Palliatieve zorg moet in de euthanasiewet". W. Distelmans, président, A. Mullie, président groupe de travail éthique et B. Broeckkaert, conseiller groupe de travail éthique de la Fédération des Soins Palliatifs. De Standaard. Opiniëpagina. 13.05.2002.

demandes d'euthanasie se réduisent au fur et à mesure que la lutte contre la douleur et la sollicitude augmentent (⁴²).

Au terme d'un débat marathon, une mauvaise loi sur l'euthanasie est adoptée le jeudi 16.05.2002 à 20 h 22 avec 88 voix pour, 51 contre et 10 abstentions. L'opposition qualifie la loi de pamphlet pourpre-vert.

Le président du VLD, Karel DE GUCHT, déclare d'emblée la guerre aux hôpitaux du VVI. DE GUCHT est agacé "par le fait que les hôpitaux chrétiens refusent d'appliquer une loi qui a été adoptée par une majorité démocratique au parlement". Pourtant, la loi prévoit expressément que personne ne peut être contraint de pratiquer une euthanasie ou d'y participer. Pour plus de commodité, DE GUCHT oublie que plusieurs ténors libéraux se sont abstenus lors du vote (VLD : Jef VALKENIERS, Yolande AVONTROODT et Arnold VAN APEREN; M.R. : Philippe COLLARD, François BELLOT et Jacqueline BERZET), que certains membres de la famille libérale ont même voté contre (Robert DENIS et Pierette CAHAY, tous deux MR) et que la commission parlementaire de la Santé publique, présidée par la parlementaire VLD Yolande AVONTROODT, avait demandé avec insistance qu'un expert en soins palliatifs soit consulté avant qu'il ne soit procédé à une euthanasie.

DE GUCHT n'avait probablement même pas lu le texte très nuancé du VVI (⁴³). Le texte ne comprend en effet aucune mesure d'interdiction et aucune directive. Le Prof. em. Fernand VAN NESTE commente les réactions dans un article d'opinion (⁴⁴) : "Het VVI-document behandelt allereerst het euthanasieverzoek. De tekst is duidelijk : "Elk euthanasieverzoek moet bespreekbaar zijn, ook al is medisch gezien het sterven nog ver weg. Het is essentieel dat de arts zich luisterbereid toont ten aanzien van de patiënt/bewoner die om euthanasie verzoekt, en overeenkomstig de in de wet bepaalde zorgvuldigheidsvereisten nagaat of de euthanasievraag gebaseerd is op een autonome en vrije en dus geïnformeerde keuze". Van een oekaze of een verbod is geen spoor te bekennen". (*nous traduisons : Le document du VVI traite avant tout de la demande d'euthanasie. Le texte est clair : "Toute demande d'euthanasie doit pouvoir faire l'objet d'une discussion, même si, d'un point de vue médical, la mort est encore relativement éloignée. Il est essentiel que le médecin se montre disposé à écouter le patient/résident demandeur de l'euthanasie et, conformément aux critères de minutie définis dans la loi, qu'il vérifie si la demande d'euthanasie s'appuie sur un choix autonome, libre et par conséquent informé". Il n'y a aucune trace d'ukase ou d'interdiction."*

Il poursuit : "Over de uitvoering van de euthanasie zelf zegt het advies : "Indien uit de hierboven beschreven palliatieve filterprocedure blijkt dat het euthanasieverzoeken een uitdrukkelijke, vrije, weloverwogen, ondubbelzinnige keuze is, en het verzoek tot levensbeëindiging aanhoudt, dan kan, wanneer het sterven nabij is, de behandelende arts overwegen daadwerkelijk tot euthanasie over te gaan. Daarbij zal de behandelende arts de bepalingen van het art. 3 § 1 en § 2, 3° van de wet nauwgezet naleven". Is dit een verbod of een oekaze ?" (*nous traduisons : "Concernant l'exécution même de l'euthanasie, l'avis dit : "S'il ressort de la procédure*

⁴² "Bij euthanasieaanvraag gaat het meer om gebrek aan liefde dan om pijn. Professor Ben Crul, pijnspecialist uit Nijmegen". Tertio. 15.05.2002.

⁴³ "Zorg voor een menswaardig sterven". Communiqué de presse du VVI et lettre à tous les établissements de soins affiliés. 17.05.2002

⁴⁴ "Caritas en het vermeende euthanasieverbod". De Standaard. 09.06.2002.

du filtre palliatif évoqué plus haut que la demande d'euthanasie résulte d'un choix explicite, libre, mûrement réfléchi et sans équivoque et que la demande de mettre fin à la vie du demandeur persiste, dans ce cas, lorsque la mort est proche, le médecin traitant peut réellement envisager de procéder à une euthanasie. Pour ce faire, le médecin traitant respectera scrupuleusement les dispositions de l'art. 3 § 1 et § 2, 3° de la loi". S'agit-il d'une interdiction ou d'un ukase?")

DE GUCHT a également négligé de lire "Streven". L'oncologue de la VUB et libre penseur Prof. Dr Jan BERNHEIM constate, après analyse des données de l'étude HALP évoquée plus haut ⁽⁴⁵⁾, dans le numéro de juin ⁽⁴⁶⁾ "dat – verrassenderwijze voor velen – christelijke artsen statistisch gesproken, niet minder vaak euthanasie uitvoeren maar dat zij, wat de zelfbeschikking van de patiënten betreft, althans bij het levenseinde, hogere eisen lijken te stellen dan vrijdenkers" (*nous traduisons : à la grande surprise de nombreuses personnes, les médecins chrétiens ne pratiquent pas, statistiquement parlant, moins souvent l'euthanasie mais, en ce qui concerne la libre disposition de soi-même dans le chef des patients, ils semblent, tout du moins en ce qui concerne la fin de vie, avoir des exigences plus strictes que les libres penseurs*.)

La "Loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie" a été publiée dans le Moniteur belge du 22.06.2002.

En Flandre, le CD&V envoie, le 09.07.2002, une lettre à tous les médecins pour leur annoncer que le parti se tournera vers la Cour européenne des droits de l'homme "dans les prochains mois". Dans un style de pamphlet préélectoral, il y est écrit "Kiezen tussen zorg of dood ? CD&V ziet het anders" (*nous traduisons : Choisir entre les soins ou la mort? Le CD&V voit les choses différemment*.) La lettre suscite de nombreuses protestations, y compris de la part des opposants à la fin de vie.

La loi entre en vigueur le 22.09.2002, au début de l'automne – il est difficile de choisir une date plus symbolique. Le premier ministre VERHOFSTADT a encore jugé utile, le 20.09.2002, de s'adresser en personne à la presse pour indiquer que les formulaires manquants que les médecins doivent utiliser pour signaler une fin de vie, seraient prêts à temps.

Il a encore fallu attendre jusqu'au 04.10.2002 avant que le document d'enregistrement ne soit disponible ⁽⁴⁷⁾. Il est indiqué dans le Moniteur que le document en question a été transmis le 2 octobre 2002 par e-mail aux établissements de soins.

Suscitant un vif intérêt des médias, Mario VERSTRAETE, un militant de l'association "Recht op Waardig Sterven" (association pour le droit de mourir dans la dignité), qui était atteint de sclérose en plaques et était un ancien collaborateur de cabinet notamment du vice-premier ministre SP.a Johan VANDE LANOTTE et du

⁴⁵ "End of life decisions in medical practice in Flanders, Belgium : a nationwide survey". The Lancet, 356, 1806-1811. 25.11.2000.

⁴⁶ "Over katholieken en vrijdenkers, vuurtorens en navigatiesystemen. Overwegingen bij het euthanasiedebat". Jan Bernheim. Streven. Juin 2002. Pag. 523.

⁴⁷ "Document d'enregistrement visé notamment aux articles 5 et 7 de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie. – Communication". Moniteur belge du 04.10.2002, pag. 45183.

bourgmestre SP.a de Gand Frank BEKE, s'est fait euthanasier le 30.09.2002. A quelques jours près encore dans l'illégalité car le fameux document d'enregistrement n'était pas encore disponible et les demandes "répétées" d'euthanasie ont toutes été formulées avant l'entrée en vigueur de la loi.

Le 08.01.2003, le parlementaire du CDH Joseph ARENS a introduit une proposition de loi modifiant la loi relative à l'euthanasie ⁽⁴⁸⁾. Il entend définir avec davantage de rigueur les dispositions relatives à l'euthanasie. Il apporte des précisions aux conditions requises pour que l'acte d'euthanasie pratiqué ne soit pas constitutif d'une infraction. Il entend également restreindre le champ d'application de la loi en supprimant la possibilité de pratiquer l'euthanasie lorsque seules des souffrances psychiques motivent le recours à celle-ci. L'auteur supprime encore la possibilité d'avoir recours à l'euthanasie pour les personnes ne se trouvant pas en phase terminale et, enfin, supprime la possibilité de pratiquer l'euthanasie sur la personne mineure émancipée.

Dans son explication, il cite le Dr Marianne DESMEDT, radiothérapeute-oncologue, durant les débats de la commission parlementaire de la Justice ⁽⁴⁹⁾ : "Nous évoluons dans un monde qui en cherchant continuellement à repousser les limites du possible, est parvenu à différer l'échéance de la mort et à renforcer le fantasme humain d'immortalité. De plus en privilégiant le matérialisme et le productivisme, il a généré un système de valeurs où le bien-être physique et l'utilité économique de l'individu occupent les premières places. La mort et le mourant ont été chassés de notre environnement".

Enfin, permettez-moi de rappeler une réflexion que le rédacteur de l'époque de "De Standaard" Hugo DERIDDER avait livrée en 1988 ⁽⁵⁰⁾ : "Het stemt tot nadenken dat het probleem van euthanasie in ons land ter sprake komt in het kader van een Rondetafelconferentie over de sanering van de ziekteverzekering ... Het roept griezelige gedachten op : euthanasie als middel om de uitgaven in de ziekteverzekering te beperken. Wij hopen dat de opdrachtgever van de Uniop-enquête, minister Philippe BUSQUIN, nu verontwaardigd zal zeggen dat het helemaal niet in zijn bedoeling lag enig verband te leggen tussen euthanasie en de financiële sanering van ons gezondheidsstelsel. Maar wat was dan wel zijn bedoeling ?". *(nous traduisons : Le fait que dans notre pays, le problème de l'euthanasie soit évoqué dans le cadre d'une conférence table ronde ayant pour thème l'assainissement de l'assurance-maladie amène à réfléchir... Cela suscite des pensées sombres : l'euthanasie perçue comme un moyen de limiter les dépenses de l'assurance-maladie. Nous espérons que l'initiateur de l'enquête d'Uniop, à savoir le ministre Philippe BUSQUIN, proclamera, indigné, qu'il n'a jamais été son intention d'établir un lien entre l'euthanasie et l'assainissement financier de notre système de santé. Mais quelle était alors son intention?)*

Quelque 15 ans plus tard, d'aucuns – parmi lesquels le président du VLD Karel DE GUCHT ⁽⁵¹⁾ mais également le Dr Marc COSYNS – affirment que l'euthanasie est ou

⁴⁸ Chambre des représentants de la Belgique. Doc. 50 **2214/001**.

⁴⁹ Chambre des représentants de la Belgique. Doc. 50 **1488/009**.

⁵⁰ "Echo's. Euthanasie". De Standaard. 24.11.1988.

⁵¹ "Euthanasie moet in wet patiëntenrechten. VLD-voorzitter wil euthanasiecritici wettelijk de mond snoeren". De Morgen. 15.07.2002.

doit devenir un droit du patient. ⁽⁵²⁾. Le journaliste qui interviewe le Prof. Marc BOGAERT, président du Comité d'éthique de l' U.Z. de Gand à propos de la nouvelle loi relative à l'euthanasie, commet la même faute de raisonnement dans son sous-titre : "Euthanasie is het recht van de patiënt, maar is het ook de plicht van de dokter?" ⁽⁵³⁾ (*nous traduisons : L'euthanasie est le droit du patient mais est-ce également le devoir du médecin?*). Tous les trois ne font ainsi aucun cas de l'arrêt du 29.04.2002 de la Cour européenne des droits de l'homme dans l'affaire PRETTY. Le Parlement, quant à lui, en a tenu compte puisque (pour l'heure?), la loi relative aux droits du patient ⁽⁵⁴⁾ ne fait aucune mention du "droit à l'euthanasie".

Il convient également de noter que l'asbl Jurivie et l'asbl Provita ont – in extremis, à savoir le 23.12.2002 – introduit un recours auprès de la Cour d'arbitrage en suspension et en annulation de la Loi intégrale du 28.05.2002 relative à l'euthanasie.

II.5. Loi du 22.08.2002 relative aux droits du patient et assurance responsabilité professionnelle

II.5.1. Valises bouclées au pas de course pour les droits des patients ...

La loi relative aux droits du patient est entrée en vigueur le 06.10.2002. A l'instar de la loi relative à l'euthanasie, elle a rapidement passé le cap du parlement en raison des fortes pressions exercées. On peut vraiment dire que cet été, les valises ont été bouclées au pas de course : votée à la Chambre le 15 juillet, évoquée au Sénat, examinée en commission sénatoriale, votée en commission sénatoriale, votée en séance plénière du Sénat et renvoyée le jour même à la Chambre qui a sanctionné la Loi le 19 juillet 2002 malgré les 45 amendements introduits par le Sénat, dont certains émanaient même des partis du gouvernement.

Une attaque frontale in extremis contre le projet du Dr Marc VAN CAMPENHOUT, administrateur-délégué et directeur médical des Cliniques Europe à Bruxelles, co-fondateur du MCC (Mouvement des Citoyens pour le Changement de Gérard DEPRESZ) et par conséquent membre du MR (Mouvement Réformateur), parti libéral francophone faisant partie du gouvernement, dans le journal "Le Soir" ⁽⁵⁵⁾ a uniquement suscité des haussements d'épaules voire des réactions franchement hostiles. "Un texte corporatiste et pas très sympathique" qui a fait bondir une autre membre du MR, Françoise BERTIEAUX, parlementaire et présidente de la Commission Santé de la COCOM bruxelloise. ⁽⁵⁶⁾.

Au cours de la semaine précédant l'adoption, nous avons encore, à la demande de plusieurs sénateurs – les uns du gouvernement et les autres de l'opposition – fourni à ceux-ci toute une série d'arguments objectifs contre la loi. Nous avons écrit : "Les médecins ne sont pas du tout favorables à l'adoption de cette loi. Elle peut uniquement être considérée comme un cadeau politique aux verts. La loi crée un

⁵² "Euthanasie moet een patiëntenrecht worden". Marc Cosyns. Opiniëpagina. De Standaard. 11.10.2002.

⁵³ "Dode hoek van de wet". UZ letters, n° 76/novembre 2002-janvier 2003.

⁵⁴ "Loi du 22.08.2002 relative aux droits du patient". Moniteur belge du 26.09.2002 (Ed. 2).

⁵⁵ "Le prestataire (de soins) ... ce galeux". Carte blanche. Le Soir. 19.07.2002.

⁵⁶ "Droits des patients : le débat continue". Le Soir. 25.07.2002.

climat permanent de guerre froide entre les dispensateurs de soins et les patients qui favorisera encore plus le développement d'une médecine défensive très onéreuse. De sorte qu'il y aura de nouveau moins d'argent disponible pour les soins proprement dits. De sorte que le droit le plus fondamental du patient, c'est-à-dire le droit à des soins, sera encore plus bafoué que par le passé." En pure perte.

A la fin du mois d'octobre 2002, Martine BOGAERT, juriste du *Vlaams Artsensyndicaat*, et moi-même, nous nous sommes livrés à une analyse de la nouvelle loi⁽⁵⁷⁾, en nous basant notamment sur les nombreuses remarques que nous avons déjà faites précédemment et que nous avons développées dans notre précédent rapport annuel. ⁽⁵⁸⁾.

En marge de cette nouvelle loi qui, selon nous, est hostile aux médecins, je cite un extrait d'une tribune libre que le Dr Georges CASTEUR a publiée en son nom propre dans *Artsenkrant* ⁽⁵⁹⁾ Il survole plusieurs lois et décrets de la décennie écoulée : "Hierbij wens ik te beginnen, ere wie ere toekomt, met een West-Vlaamse minister zaliger die decreeteerde dat wij geen dokters meer waren maar artsen. Hiervoor kwamen wij niet op straat. Op mediocriteit antwoord je niet, maar we stonden wel meteen een trede lager. Enkele jaren geleden, in '99, kwam de wet inzake alternatieve geneeswijzen in voege. Wij waren geen dokters meer maar artsen, dat wisten we al, maar we moesten niet dromen : als artsen beschikten we niet meer over het monopolie van de geneeskunde. Een diploma had je niet meer nodig om de geneeskunde uit te oefenen.

We kwamen alweer niet op straat maar stonden twee treden lager.

Wat later ontnam de wet over euthanasie ons de illusie dat wij als artsen, alhoewel geen dokters, toch nog "genees-heren" waren. Ons ethisch handelen diende zich immers aan te passen aan de kleur van de regering en de vertrouwensrelatie, de woordenloze colloque singulier, werd op het meest dramatisch ogenblik van het leven, namelijk bij de dood, herleid tot een administratief formulier gepubliceerd in het staatsblad. Niet op straat maar drie treden lager.

We waren geen dokters meer, geen geneesheren maar toch nog artsen, zo dachten wij. Tot de wetgever in de patiëntenrechtenwetgeving, waarvan men in feite, u hebt het reeds begrepen, een artsenplichtenwetgeving heeft gemaakt, erin slaagt om nergens het woord "arts" te gebruiken ! Wij zijn er "de beroepsbeoefenaars van het K.B. 78" ! Na dokter, en geneesheer staat nu zelfs het woord "arts" op de index".

(nous traduisons : Je souhaite commencer, à tout seigneur tout honneur, par un ministre de Flandre occidentale défunt ⁽⁶⁰⁾ qui a décrété que nous n'étions plus des docteurs ("dokters") mais des médecins-"artsen" ⁽⁶¹⁾). A cette occasion, nous ne sommes pas descendus dans la rue. Vous ne réagissez pas à la médiocrité mais nous étions directement abaissés d'un échelon ⁽⁶²⁾. Il y a quelques années, en 1999,

⁵⁷ "Petit guide à propos de la loi relative aux droits du patient". M. Bogaert, M. Moens. *Le Médecin Spécialiste* n° 1, janvier 2003.

⁵⁸ "Les droits du patient et la responsabilité médicale". Rapport annuel du GBS 2001, VI, Dr M. Moens, 02.02.2002.

⁵⁹ "Over patiënten, hun rechten en hun tovenaars". Georges Casteur. *Artsenkrant* n° 1473; 03.12.2002.

⁶⁰ Est visé : Daniël Coens, ° 03.08.1938 - † 15.02.1992, ministre CVP de l'Enseignement de la Communauté flamande 1988-1992.

⁶¹ Décret du 10.06.1991 de la Communauté flamande (M.B. du 04.07.1991).

⁶² Un recours en annulation de ce Décret a été introduit entre autres par le GBS et le VAS auprès de la Cour d'arbitrage (M.B. du 18.01.1992); le 17.12.1992, la Cour d'arbitrage a statué que le titre de

la loi relative aux médecines alternatives est entrée en vigueur ⁽⁶³⁾. Que nous n'étions plus des docteurs mais des médecins, nous le savions déjà, mais il ne fallait pas rêver : en tant que médecins, nous ne disposions plus du monopole de la médecine. Il n'était plus nécessaire d'avoir un diplôme pour exercer la médecine.

Cette fois encore, nous ne sommes pas descendus dans la rue mais nous étions abaissés de deux échelons.

Quelque temps plus tard, la loi relative à l'euthanasie nous a ôté l'illusion que bien que nous ne soyons plus des docteurs, en notre qualité de médecin-"arts", nous étions quand même des médecins-"genees-heren". Notre conception de l'éthique a en effet dû s'adapter à la couleur du gouvernement et la relation de confiance, le colloque singulier silencieux, est désormais réduit, au moment le plus dramatique de la vie, à savoir à l'approche de la mort, à un formulaire administratif publié au Moniteur. Nous ne sommes pas dans la rue mais nous sommes abaissés de trois échelons.

Nous n'étions plus des docteurs, nous n'étions plus des médecins-"geneesheren" mais nous étions encore des médecins-"artsen", du moins c'est ce que nous pensions. Jusqu'à ce que le législateur réussisse – dans la législation relative aux droits du patient qui s'est en fait transformée, comme vous l'avez déjà compris, en une législation des obligations du médecin – à éviter systématiquement le terme médecin-"arts" ! Nous y sommes qualifiés de "praticiens professionnels de l'A.R. n° 78" ! Après les termes docteur et médecin-"geneesheer", c'est au tour du terme médecin-"arts" de figurer à l'index."

Le Dr Georges CASTEUR est président du conseil provincial de Flandre occidentale de l'Ordre des médecins.

Avec sa loi du 22.08.2002, la Belgique est – après la Grèce, l'Espagne, le Danemark, les Pays-Bas, la France et la Finlande – le septième pays européen à avoir légiféré en matière de droits des patients.

Aux Pays-Bas et au Danemark, les listes d'attente pour bénéficier de soins ne cessent de s'allonger et des patients sont "exportés" vers des pays voisins, comme la Belgique ou l'Allemagne selon le cas. En France, des dizaines d'hôpitaux et des milliers de médecins ne sont plus en mesure de s'assurer depuis l'entrée en vigueur, le 04.03.2002, de la "loi KOUCHNER" relative aux droits du patient et à l'assurance responsabilité professionnelle. La médecine étatisée finlandaise est organisée de façon rigide et avec peu de moyens. Si l'industrie finlandaise ne se porte pas bien – supposons par exemple que l'action NOKIA dégringole – dans ce cas, les soins de santé sont paralysés dans ce "modèle Beveridge". Le touriste étranger en Espagne peut relativement aisément bénéficier de soins privés. L'Espagnol quant à lui doit faire la file dans le système étatisé au gré des lettres de référence avant d'être inscrit sur une liste d'attente.

médecin n'était pas discriminatoire par rapport au titre de "docteur en médecine, chirurgie et accouchement".

⁶³ Loi du 29.04.1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales. (M.B. du 24.06.1999). "Loi Colla".

Quel avantage le patient en retire-t-il? Le fait que les Grecs ont en moyenne la deuxième plus longue espérance de vie de l'Union européenne ⁽⁶⁴⁾ tandis que les dépenses publiques en euros par habitant pour les soins de santé n'atteignent que 36 % des dépenses belges ⁽⁶⁵⁾, s'explique certainement davantage par le contexte social, le climat et les habitudes alimentaires grecs que par l'existence d'une législation sur les droits des patients.

II.5.2. ...tandis que l'assurance responsabilité professionnelle avance à un train de sénateur

La loi relative aux droits du patient a violé par deux fois l'accord gouvernemental pourpre-vert conclu durant l'été 1999. Elle a pris la forme d'une loi au lieu de la chartre promise. Et cette loi sera la cause de nouvelles tracasseries administratives alors que l'Autorité avait formellement annoncé une simplification administrative.

A maintes reprises, les politiciens ont juré que l'introduction des droits du patient s'accompagnerait d'une amélioration de l'assurance responsabilité professionnelle. Dans l'allocution qu'elle a prononcée à l'occasion d'un symposium d'envergure organisé sur le thème de la responsabilité médicale le 14 juin 2000 par l'Administration des soins de santé du ministère fédéral des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement de l'époque ⁽⁶⁶⁾, l'ex-ministre de la Santé publique Magda AELVOET avait déclaré : "De patiëntenrechten zonder meer regelen binnen het huidige aansprakelijkheidssysteem zou terecht niet fair zijn voor de overige betrokken partijen; een mentaliteitswijziging dringt zich bij de zorgverleners op doch zij moeten nog over de mogelijkheid beschikken hun taken (op een kwalitatieve manier) zonder voortdurende dreiging uit te oefenen. Het is dus, teneinde de diverse belangen te dienen, noodzakelijk dat parallel aan het debat over de patiëntenrechten een oplossing wordt gezocht voor de medische aansprakelijkheid zonder echter dat het debat omtrent de medische aansprakelijkheid de totstandkoming van de patiëntenrechten mag vertragen" (*nous traduisons : Réglementer les droits du patient sans plus dans le système actuel de l'assurance ne serait vraiment pas équitable pour les autres parties concernées; un changement de mentalité s'impose chez les dispensateurs de soins mais ils doivent également être en mesure d'accomplir leur mission (en offrant un travail de qualité) sans vivre sous une menace permanente. Afin de servir les différents intérêts, il est donc nécessaire que parallèlement au débat portant sur les droits du patient, une solution soit trouvée pour la responsabilité médicale sans toutefois que le débat sur la responsabilité médicale ne vienne ralentir l'instauration de droits du patient*).

Les éclaircissements qu'elle a donnés à l'occasion des audiences à la Chambre au début du mois de janvier 2001 allaient dans le même sens. Après coup, ce que de nombreuses personnes soupçonnaient s'est vérifié à 100 % : seuls les droits du patient l'intéressaient. Elle n'avait que faire des problèmes des médecins. Et dès que le Roi eut signé la loi le 22.08.2002 et donc que le butin était dans la poche, elle a remis sa démission le 27.08.2002 (cf. point II.2).

⁶⁴ OESO Health data 2000. Compendium statistiques de la santé 2001. IBES. I, tableau 24.

⁶⁵ OESO Health data 2000. Compendium statistiques de la santé 2001. IBES. IV., tableau 13.

⁶⁶ "Responsabilité médicale : fault, no fault, or ... ?". Bruxelles, salon Pacheco, 14 juin 2000.

Lors du vote à la Chambre le 15.07.2002, le premier ministre Guy VERHOFSTADT a fait une déclaration importante, approuvée au préalable en Conseil des ministres le 12.07.2002, notamment pour apaiser les sénateurs et parlementaires médecins du VLD. VERHOFSTADT a fait cette déclaration en contrepartie du retrait par le Dr Yolande AVONTROODT de son amendement prévoyant que la loi relative aux droits du patient n'entrerait en vigueur que lorsqu'une réglementation serait également adoptée pour le système "no fault".

VERHOFSTADT : "De regering bevestigt het akkoord dat ze bereikt heeft over de krachtlijnen van een regeling voor de medische aansprakelijkheid op 31 mei 2002. De regering zal deze krachtlijnen aan het einde van het jaar omzetten in een voorontwerp van wet. De regering beklemtoont daarbij dat de specifieke meerkost die kan ontstaan op het moment van de invoering van een zogenaamd "no fault"-stelsel voor de vergoeding van schade in verband met gezondheidszorg (dat wil zeggen de meerkost in vergelijking met de schade die nu uitbetaald wordt door verzekeringsmaatschappijen, en waarvoor artsen vandaag premies betalen) niet mag leiden tot een inlevering voor de verstrekkers als groep. Om die reden is het uiterst belangrijk dat een explosie van kosten vermeden wordt, onder meer door een duidelijke definitie van de schade die voor vergoeding in aanmerking komt, door een grondige voorstudie van het voorgestelde vergoedingssysteem en de financiële last die daarmee gepaard zou gaan, en door de gelijktijdige uitbouw van kwaliteitsbewaking en effectieve preventiemechanismen."

(nous traduisons : Le gouvernement confirme l'accord qui a été dégagé le 31 mai 2002 au sujet des lignes de force d'un règlement relatif à la responsabilité médicale. L'objectif du gouvernement est de traduire ces lignes de force dans un avant-projet de loi avant la fin de l'année. Le gouvernement souligne qu'il n'est pas question que les surcoûts qui pourraient résulter de l'instauration d'un régime de responsabilité objective ("no-fault") pour l'indemnisation des dommages liés aux soins de santé (c'est-à-dire les surcoûts par rapport aux dommages qui sont actuellement versés par les compagnies d'assurances et pour lesquels les médecins paient aujourd'hui des primes) se traduisent par un effort supplémentaire de la part des prestataires en tant que groupe. C'est pourquoi il est important d'éviter une explosion des coûts. A cet effet, il faut clairement préciser quels dommages peuvent donner lieu à une indemnisation. Une étude préalable approfondie du système d'indemnisation proposé et des charges financières peut s'avérer utile dans ce cadre, au même titre que le contrôle de la qualité et que les mécanismes de prévention.)

Le Conseil des ministres du 11.02.2002 avait décidé d'introduire un système "no fault" comme le ministre des Affaires économiques Charles PIQUE l'avait proposé en 2000. Les trois groupes de travail d'experts ne s'en sortent pas. En outre, il subsiste d'importantes divergences concernant le financement d'un tel système. A l'heure actuelle, le secteur y contribue à hauteur de ± 33 millions d'euros. Un système no-fault coûtera au moins trois fois plus cher, voire peut-être plus. Qui supportera le surcoût de 80 à 100 millions d'euros ? Le premier ministre déclare que le nouveau système ne peut pas se traduire "par un effort supplémentaire de la part des prestataires en tant que groupe".

Les propositions existantes prévoient cependant toujours la coexistence de deux modes de financement pour ce secteur : la contribution individuelle de chaque dispensateur à son assurance privée selon la nature de sa pratique médicale et la cotisation calculée collectivement versée à un Fonds qui doit encore être constitué.

La piste de réflexion via les honoraires AMI que le ministre Frank VANDENBROUCKE a proposée aux syndicats médicaux le 03.10.2002 n'a pas été retenue.

VANDENBROUCKE a joué avec l'idée de permettre une augmentation unique de 25 millions d'euros des honoraires médicaux globaux afin de financer une fois pour toutes les primes croissantes de l'assurance responsabilité professionnelle.

Le ministre a été remercié poliment mais fraîchement pour ce cadeau empoisonné. Le coût réel du système no-fault est un multiple de cette "proposition" et personne ne peut estimer à quelle vitesse les juristes spécialisés réussiront éventuellement à augmenter la facture de façon exponentielle.

Le 23.10.2002, un nouveau projet de loi relatif à l'indemnisation des dommages en matière de soins de santé et émanant du ministère des Affaires économiques est mis en circulation dans un cercle restreint. Il va sans dire que les ministres de la Justice, de la Santé publique et des Affaires sociales doivent également avoir leur mot à dire. Le dernier projet s'efforce de concilier les points de vue divergents de deux experts, le Prof. J.L. FAGNARD (ULB) et le Prof. T. VAN SWEEVELT (UIA).

Malgré la promesse formelle du premier ministre, les lignes de forces n'ont pas encore été traduites en un avant-projet de loi en ce début 2003. Le texte dont nous avons pu prendre connaissance à la fin du mois de janvier 2003 "grâce à un vent favorable" suscite encore des questions tant fondamentales que financières et juridico-techniques.

Comme la date des élections fixée au 18 mai 2003 approche à la vitesse de la lumière, il faudrait un miracle pour que l'avant-projet de loi voit encore le jour. Si loi il y a, elle sera de toute façon du ressort du nouveau gouvernement et donc un point dans le mémorandum du GBS que nous devons remettre aux responsables politiques dans les prochains jours.

Le Dr Georges CESSION a proposé à notre Comité directeur de relancer le groupe de travail du GBS sur la problématique de la responsabilité. Nous sommes d'avis que ce groupe de travail devrait de préférence être constitué de représentants du "noyau dur" (*c'est-à-dire le quartier opératoire et les actes invasifs*) parmi lesquels nous espérons également pouvoir compter sur un des spécialistes les plus réputés en la matière, à savoir le Dr René HEYLEN, anesthésiste. Toute autre personne souhaitant apporter sa contribution est la bienvenue et peut se faire connaître auprès du secrétariat.

Il nous semble que toutes les pistes de réflexion ont loin d'avoir été examinées. Nous croyons qu'une approche pragmatique ouvrira de nouvelles possibilités. Bien qu'elle ait d'autres chats à fouetter pour le moment, l'Autorité politique n'en reste pas moins demandeuse. En l'espace de quatre ans et malgré la collaboration des spécialistes les plus éminents, elle n'a pas obtenu le moindre résultat concret.

III. LA CORVÉE BISANNUELLE DEVIENDRA-T-ELLE BIENTÔT ANNUELLE ? L'ACCORD DU 19.12.2002

III.1. Elections médicales, malaise des généralistes et ressentiment francophone à l'égard de VANDENBROUCKE

Le 03.06.2002, l'INAMI a envoyé aux 40.090 médecins (17.872 généralistes et 22.218 spécialistes) les documents nécessaires pour leur permettre de prendre part aux deuxièmes élections médicales syndicales. Lors des premières élections en juin 1998, 37.383 bulletins de vote avaient été envoyés (16.919 généralistes et 20.464 spécialistes) (cf. tableau 2). Le dépouillement des votes s'était déroulé strictement selon les règles le 25.06.2002.

	Elections médicales 1998				Elections médicales 2002			
	Bulletins envoyés		Bulletins reçus		Bulletins envoyés		Bulletins reçus	
	Nombre absolu	% du total	Nombre absolu	% du total	Nombre absolu	% du total	Nombre absolu	% du total
Généralistes	16.919	45,26	11.755	69,48	17.872	44,58	10.341	57,86
Spécialistes	20.464	54,74	14.659	71,63	22.218	55,42	12.241	55,09
Total	37.383	100,0	26.414	70,66	40.090	100,00	22.582	56,33

Tableau 2

En 1998, 70,66% des médecins ont renvoyé leur bulletin de vote alors qu'en 2002, ils n'ont été que 56,33%. En 1998, 69,48% des généralistes et 71,63% des spécialistes ont pris part aux élections. En 2002, ils n'étaient plus que 57,86% des généralistes et 55,09 % des spécialistes.

Il est apparu indirectement des bureaux de dépouillement que les jeunes confrères participaient relativement peu au vote.

La colonne 3 du tableau 3 montre qu'en chiffres absolus, des voix ont été perdues à tous les niveaux par rapport à 1998. Seul le Cartel a enregistré une légère augmentation de ses voix auprès des généralistes. Signalons la forte augmentation des bulletins non valables. En pourcentage, la perte de voix la plus importante a été enregistrée chez les généralistes de l'ABSyM.

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	Elections médicales 1998	Elections médicales 2002	Différence	En %	Rapport 1998 %	Rapport 2002 %
Médecins généralistes						
ABSyM	4.665	2.908	-1.757	62,36	39,69	28,12
CARTEL	6.937	7.148	211	103,04	59,01	69,12
Blancs	90	81	- 9	90,00	0,77	0,79
Invalides	63	204	141	323,81	0,53	1,97
TOTAL	11.755	10.341	-1.414	87,97	100,00	100,00
Médecins spécialistes						
ABSyM	13.072	10.660	- 2.412	81,55	89,17	87,08
CARTEL	1.444	1.188	- 256	82,27	9,85	9,71
Blancs	92	127	35	138,04	0,63	1,04
Invalides	51	266	215	521,27	0,35	2,17
TOTAL	14.659	12.241	- 2.418	83,51	100,00	100,00
TOTAL GENERAL	26.414	22.582	- 3.832	85,49		

Tableau 3

Pour les généralistes, 69,12% des sièges ont été attribués au Cartel (59,01 en 1998) et 28,12% à l'ABSyM (39,69% en 1998). En ce qui concerne les spécialistes, 87,08% l'ont été à l'ABSyM (89,17% en 1998) et 9,71% au Cartel (9,85% en 1998). Dans la pratique, la répartition des sièges dans la commission nationale médico-mutualiste reste inchangée : ABSyM 7 sièges (5 spécialistes + 2 généralistes), Cartel 5 sièges (1 spécialiste + 4 généralistes) ⁽⁶⁷⁾.

Les élections étaient à peine terminées que VANDENBROUCKE se posait déjà des questions concernant la représentativité des syndicats médicaux. Sur les 22.218 bulletins de vote envoyés à des spécialistes, 10.660 soit 47,98% ont accordé leur voix à l'ABSyM contre 1.188 soit 5,35% au Cartel.

Sur les 17.872 bulletins de vote envoyés à des généralistes, 2.908 soit 16,27% ont accordé leur voix à l'ABSyM contre 7.148 soit 40,0% au Cartel.

Le ministre VANDENBROUCKE observe avec appréhension le malaise chez les généralistes. Les généralistes dénigrent les deux syndicats, sont mécontents de l'accord obtenu pour 2003 (cf. III. 4.5.) et parlent ouvertement d'un nouveau système. Les généralistes souhaitent négocier à part des spécialistes et veulent un budget distinct et si possible les flamands à part des francophones, se souvenant de feu le ministre-président flamand Gaston GEENS qui a dit "Wat we (= Vlaamse huisartsen) zelf doen, doen we beter" (*nous traduisons : Ce que nous (= les généralistes flamands) faisons nous-mêmes, nous le faisons mieux*).

Et ce dans le cadre d'une nouvelle commission médico-politique. Sans les mutuelles.

La collaboration avec les mutuelles est également remise en cause dans une réaction du généraliste membre de l'ASGB Johan BUFFELS au "Plan d'avenir pour la médecine générale" que Karel VAN DE MEULEBROEKE, président du S.V.H.

⁶⁷ Doc. CNMM/NCGZ 2002/50 : Procès-verbal du 25 juin 2002.

(Syndicaat van Vlaamse Huisartsen) a établi à la demande du ministre VANDENBROUCKE en février ⁽⁶⁸⁾.

Un certain nombre de responsables politiques flamands voient cette tendance d'un œil favorable. Ils bénéficient du soutien de certains journalistes. Après la manifestation des professions de la santé de première ligne le 14.12.2002 à Bruxelles, Guy TEGENBOS s'est livré au commentaire suivant : "Waarom beslist de minister van Sociale Zaken, Frank VANDENBROUCKE (SP.a) niet zelf dat de budgetten voor de huisartsen sterker moeten stijgen dan die voor de specialisten ? Waarom laat hij dat over aan artsenvakbonden en ziekenfondsen ?" [...] "Maar de meeste regeringspartijen durven niet ingaan tegen de machtige ziekenfondsen en artsenbonden die de baas willen blijven in de ziekteverzekering" ⁽⁶⁹⁾ (*nous traduisons : Pourquoi le ministre des Affaires sociales Frank VANDENBROUCKE (SP.a) ne décide-t-il pas par lui-même que les budgets alloués aux généralistes doivent augmenter plus rapidement que ceux des spécialistes? Pourquoi laisse-t-il la décision aux syndicats médicaux et aux mutuelles?*) [...] "*Mais la plupart des partis du gouvernement n'osent pas aller à l'encontre de la puissance des mutuelles et des syndicats médicaux qui entendent rester les maîtres de l'assurance-maladie.*")

Un refrain qui ne date pas d'hier et que les généralistes (et spécialistes) anglais aimeraient bien voir réduit au silence dans leur système de médecine étatisée.

En préambule d'un nouveau gouvernement, certains généralistes s'efforcent aujourd'hui de rallier les libéraux flamands à ce modèle.

Le GBS a participé à la manifestation de masse du 14 décembre 2002 avec une délégation de ± 50 spécialistes, menée par notre président combatif Jacques GRUWEZ, armé d'un mégaphone. Le GBS avait également été invité aux réunions préliminaires en sa qualité de membre du Front commun des professions de la santé.

Les généralistes francophones ont apprécié notre soutien et, après avoir symboliquement mis le feu à (la poupée représentant le ministre) VANDENBROUCKE à l'aide de formulaires Bf pour médicaments et non pas avec des billets en FB, l'organisatrice de la première heure Claude DAWANCE a remercié explicitement les spécialistes dans son discours de clôture.

Du côté flamand, on a noté des réactions de refus parfois même agressives contre les spécialistes. Le président du S.V.H. Karel VAN DE MEULEBROEKE, auquel le ministre VANDENBROUCKE avait encore demandé au début de l'année 2002 de rédiger un document sur l'avenir de la médecine générale en Belgique, a proféré une menace avant la manifestation ⁽⁷⁰⁾ "Ik acht confrontaties niet uitgesloten. Ik zou het alvast moeilijk hebben om te zien hoe juist die mensen die aan de basis liggen van onze problemen, munt proberen te slaan uit deze betoging" (*nous traduisons : J'estime que des confrontations ne sont pas à exclure. J'aurais du mal à accepter que les personnes qui sont à la source de nos problèmes essaient de tirer profit de cette manifestation.*)

⁶⁸ Vrije Tribune : Weg met de medicomut ? Artsenkrant nr. 1415, 15.03.2002.

⁶⁹ "Ook paars-groen buigt voor sterke machts-groepen". De Standaard. 16.12.2002.

⁷⁰ "Vereniging Belgische Specialisten sluit zich met eigen eisenplatform aan bij de huisartsbetoging : dit is een poging tot recuperatie". De Morgen. 12.12.2002.

Je n'ai rencontré aucune hostilité, bien au contraire. Probablement au grand regret de VAN DE MEULEBROEKE et de son donneur d'ordre VANDENBROUCKE, qui depuis qu'il a un mandat ministériel, n'a de cesse de monter les généralistes contre les spécialistes. Il est clair que les généralistes et les spécialistes n'ont pas une vision exacte des problèmes de l'autre. Il en résulte que les généralistes qui jouissent encore d'une liberté relative dans l'exercice de leur profession – même si elle est entachée considérablement par l'excès de tracasseries administratives – proposent des solutions que les spécialistes rejettent car ils en ont déjà fait les frais.

En riposte à l'ABSyM qui s'oppose à l'introduction de forfaits dans la médecine générale qui limiterait l'indépendance vis-à-vis des politiques, le Dr Anne GILLET-VERHAEREN, vice-présidente du Groupement belge des omnipraticiens (GBO, membre du Cartel) déclare : "Or on n'a jamais vu le politique dans un accès de mauvaise humeur, retirer le forfait aux hôpitaux". (71).

Bien que son confrère du GBO Marcel BAUVAL siège au sein du Comité de l'Assurance de l'INAMI et qu'elle-même soit membre de la Commission nationale médico-mutualiste, elle ne sait donc pas (ou s'agit-il d'un oubli sélectif) que "le politique" n'a aucune peine à réduire considérablement les honoraires forfaitaires et même à les retirer pratiquement, par exemple durant la période du 01.09 au 31.12.2001 : -87,2 % pour les honoraires forfaitaires par prescription en radiologie (code 460972), -49% pour les honoraires forfaitaires par prescription en biologie clinique (592410), -15% pour la dialyse rénale, etc. (72).

VANDENBROUCKE est surveillé de près par ses camarades francophones du Parti socialiste. Des déclarations comme (73) "Le monde francophone renâcle à faire des choix en faveur de la première ligne. Il est plus orienté que la Flandre vers l'hospitalocentrisme". ... "La solidarité entre la Flandre et la Wallonie sera intenable si les médecins ne s'autorégulent pas" ne font que jeter de l'huile sur le feu wallon. Egalement un bel échantillon du rejet de la responsabilité sur autrui, du même acabit qu'à l'époque Agusta où les dieux inférieurs à la Carla GALLE ou Etienne MANGE et les trésoriers du parti Guido VANBIESEN et Guido TRIEST ont été éreintés par la critique, tandis que l'ex-président SP pouvait passer son doctorat à Oxford (74) et que son nom disparaissait ensuite de la liste des suspects après le transfert du dossier SP de Liège vers Bruxelles. "Waardoor de gewezen SP-voorzitter – zoals door de SP geëist – als minister kon worden opgenomen in de paars-groene regering (75) (*nous traduisons : de sorte que l'ex-président du SP – comme le SP l'avait exigé – a pu rejoindre le gouvernement pourpre-vert en qualité de ministre*).

Les médecins (généralistes) wallons et bruxellois ont fortement tenu rigueur à VANDENBROUCKE d'avoir voulu leur faire porter le chapeau de la scission – qu'ils ne souhaitent absolument pas – de la sécurité sociale.

71 "Généralistes et spécialistes : pas tout à fait le même combat ...". L'Echo. 13.12.2002.

72 "Le générateur d'économies VANDENBROUCKE". Rapport annuel du GBS 2001; II.1.2. Dr M. Moens. 02.02.2002.

73 "Les francophones sont hospitalocentristes". A bout portant. Frank Vandenbroucke. Le Soir. 15.12.2002.

74 "De Agusta-crash. Het jaar nul in de Wetstraat". Rik Van Cauwelaert. Globe. 1995.

75 Citation de Rik Van Cauwelaert extraite de "Het nawee van Agusta". Knack. 13.02.2002.

III.2. La responsabilisation individuelle et les montants de référence

Dans le courant de l'année 2002, Frank VANDENBROUCKE fait passer en force le volet "responsabilisation individuelle des dispensateurs" (⁷⁶). Tout le monde ne parlait que des médecins mais, grâce à l'opiniâtreté de l'ABSyM, les gestionnaires d'hôpitaux ont aussi été placés face à leurs responsabilités et ils sont également sanctionnables. Dans le cadre de la réunion finale et cruciale du 14.10.2002 à laquelle ont pris part notamment le ministre en personne, tous les membres du cabinet concerné, Gabriel PERL en sa qualité de président de la Commission nationale médico-mutualiste, Jo DE COCK, administrateur général de l'INAMI, le Dr Bernard HEPP, Directeur général du Service du contrôle médical, les partenaires de la médico-mut, la SSMG (Société Scientifique de Médecine Générale), la WWVH (Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen) et le VHP (Vlaams Huisartsenparlement), la délégation de l'ABSyM a obtenu que toute une série d'adaptations concrètes et bien préparées favorables aux médecins, parmi lesquelles également des remarques importantes formulées par le service juridique du GBS, soient apportées à l'original.

Bon nombre de nos remarques n'ont pas été retenues mais les droits de la défense ont à nouveau été garantis – même si ce n'est pas de la manière que certains confrères auraient souhaité – et un certain nombre d'amendes ont été réduites fortement. Elles n'en restent pas moins élevées.

En échange des concessions faites par le ministre, les syndicats médicaux ont dû renoncer au droit de veto dans le Conseil national de la promotion de la qualité (CNPQ) (⁷⁷). Un risque réel résidait dans le fait que des "indicateurs" (une forme de directives en matière de pratique) définis par des médecins-fonctionnaires du Service du contrôle médical pourraient ainsi être imposés contre l'avis des praticiens professionnels. Un amendement introduit in extremis par Daniël BACQUELAINE (MR) avec le soutien actif de Yolande AVONTROODT (VLD) et adopté par la suite prévoit une période d'évaluation de l'indicateur suivie d'un peer review. Il suffit alors d'une majorité des trois quarts dans les rangs de la profession constitués de représentants des syndicats médicaux et des sociétés scientifiques (y compris les universités). Les rangs des mutuelles et du gouvernement ne participent pas au vote dans ce cas.

Entre-temps, les noms des membres de la CNPQ ont été publiés au Moniteur belge (⁷⁸) et le Conseil a été installé formellement par les ministres VANDENBROUCKE et TAVERNIER le 23.12.2002 à l'INAMI. Au cours de la première réunion "véritable" le 30.01.2003, le Dr Rudi VAN DRIESSCHE, radiologue, a été élu président. Le Dr VAN DRIESSCHE est étroitement associé au GBS, par le biais de l'Union nationale des radiologues (UNR), et est membre du Bureau de l'ABSyM en sa qualité de président

⁷⁶ Cf. "11 septembre 2001 : Frank Vandebroucke marque de son empreinte la politique de la santé". Rapport annuel 2001 du GBS, III.4.2. Dr M. Moens. 02.02.2002.

⁷⁷ Article 1, A de l'A.R. du 13.07.2001 modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (M.B. du 29.08.2001).

⁷⁸ Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement. Conseil national de la promotion de la qualité de l'INAMI, institué auprès du Service des soins de santé – Nomination de membres par arrêté royal du 14.11.2002 (M.B. du 06.12.2002).

de la section Anvers, Limbourg et Brabant flamand du VAS (Vlaams Artsensyndicaat).

Le ministre VANDENBROUCKE a eu recours à un subterfuge pour obtenir que cette loi relative à la responsabilisation individuelle passe malgré tout par les Chambres législatives avant la fin de l'année 2002.

Le texte volumineux a été rattaché comme un amendement au projet de loi-programme qui comptait déjà plusieurs centaines de pages. L'opposition a fulminé contre cette technique ⁽⁷⁹⁾ mais n'a pas pu empêcher le vote. La loi-programme avec son Titre VI "Mesures relatives à la responsabilisation individuelle des dispensateurs de soins et à la réforme du contrôle médical" a été signée la veille de Noël 2002 ⁽⁸⁰⁾. La responsabilisation individuelle entre en vigueur le 15.02.2003.

La quasi-totalité des associations de médecins s'accordent à reconnaître que la loi doit être amendée. Le Dr David SIMON, généraliste, a soumis 5 amendements aux parlementaires ⁽⁸¹⁾. Le Comité directeur du GBS doit s'exprimer en la matière. Je suis personnellement d'avis que les propositions doivent être incorporées.

Pour "consoler" les généralistes qui pensent à tort qu'ils sont les principaux visés par cette nouvelle loi, les spécialistes hospitaliers n'ont qu'à rappeler l'existence de l'article 11 de la "Loi du 22.08.2002 portant des mesures en matière de soins de santé" ⁽⁸²⁾ qui est en vigueur depuis le 01.10.2002.

Cet article a instauré la notion de "montants de référence", en commençant par 14 prestations ou diagnostics chirurgicaux et 12 de médecine interne. A cette occasion, on a recours au système des APR-DRG (All Patients Refined Diagnosis Related Groups).

APR-DRG chirurgicaux : n° et libellé

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

⁷⁹ "Responsabilisering door de Kamer in gestrekte draf". Artsenkrant n° 1473. 03.12.2002.

⁸⁰ Service public fédéral Chancellerie du Premier ministre. Loi-programme (II) (1) du 24.12.2002 (art. 13 à 50) (M.B. du 24.12.2002).

⁸¹ "Loi sur la responsabilisation : plaidoyer pour cinq amendements." Tribune libre. Le Journal du Médecin, n° 1486, 04.02.2003

⁸² Moniteur belge 10.09.2002, pages 39922-39936.

APR-DRG DE MEDECINE INTERNE : n° et libellé

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

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

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

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

L'article 13 de cette même loi du 22.08.2002 prévoit également de nouvelles amendes administratives pour les médecins conventionnés qui n'auraient pas respecté les tarifs de l'accord ainsi que pour les médecins qui oseraient demander des honoraires supérieurs aux tarifs de base de l'INAMI dans le cas où aucun accord ne serait conclu. Le montant de cette amende administrative est égale au triple du dépassement avec un montant minimum de 125 euros. Et ce "sans préjudice des dispositions de l'article 52 de la loi du 14 février 1961 d'expansion économique, de progrès social et de redressement financier" ⁽⁸³⁾, en d'autres termes des sanctions pénales et des peines de prison.

Dans la mesure où, depuis le début de son mandat, VANDENBROUCKE a déjà menacé à plusieurs reprises d'imposer des tarifs en cas de non-conventionnement, il a fait preuve de prévoyance en développant plus encore son éventail de sanctions possibles.

III.3. Réaménagement du budget 2002 ...

L'objectif budgétaire 2002 initial pour les dépenses de soins de santé a été fixé à 14.416,6 millions d'euros (581.563 millions de FB). De ce montant, 4.502,0 millions d'euros (181.611 millions de FB) ont été alloués aux honoraires médicaux, dont 804,8 millions d'euros à la biologie clinique (32.467 millions de FB) et 746,3 millions d'euros (30.106 millions de FB) à l'imagerie médicale ⁽⁸⁴⁾ et 2.950,9 millions d'euros (119.039 millions de FB) aux autres secteurs réunis. Sont concernés les

⁸³ La fameuse "Loi unique" de Gaston Eyskens père.

⁸⁴ Website de l'INAMI (<http://inami.fgov.be>) Statistiques soins de santé ; tableau 2.

consultations, les visites et avis, les prestations spéciales, la chirurgie, la gynécologie, la surveillance, l'accréditation et le dossier médical global.

L'estimation correcte des dépenses 2002 à la moitié de l'année pour établir le budget 2003 pour octobre 2002 s'est révélée une tâche ardue. Le passage du FB à l'euro le 01.01.2002 a effectivement eu pour effet qu'en 2001, il a été facturé beaucoup plus que d'habitude durant l'année même. Ce phénomène d'accélération a pesé sur les estimations techniques de sorte qu'à la mi-2002, il était question de dépassements budgétaires importants, notamment dans le secteur des honoraires médicaux de ± 87 millions d'euros (quelque 3,5 milliards de FB), presque exclusivement au compte de la biologie clinique (± 42 millions d'euros, soit $\pm 1,7$ milliard de FB) et de la radiologie (± 37 millions d'euros, soit $\pm 1,5$ milliard de FB).

Trois mois et de nombreux calculs et simulations réalisés à la demande de Frank VANDENBROUCKE plus tard – en préparation du budget 2003 – l'objectif budgétaire global est adapté et plus exactement revu à la baisse.

Le 14.10.2002, le Conseil général de l'INAMI adopte un montant global revu pour 2002 s'élevant à 14.381,3 millions d'euros (580.142 millions de FB). Une réduction de 35,3 millions d'euros (1.421 millions de FB) ⁽⁸⁵⁾.

La partie des honoraires médicaux obtient 4.464,4 millions d'euros (180.095 millions de FB). La perte de 37,6 millions d'euros (1.571 millions d'euros) pour les médecins est supérieure à la réduction globale du budget total. En effet, certains autres secteurs ont reçu des moyens supplémentaires. Ainsi, 2,65 millions d'euros (106,7 millions de FB) des honoraires forfaitaires de la biologie clinique ont été transférés vers le prix de la journée d'hospitalisation.

La biologie clinique est ramenée à 769,3 millions d'euros (31.032 millions de FB), ce qui correspond à une réduction de 35,5 millions d'euros (1.435 millions de FB) tandis que la radiologie a été ramenée à 743,5 millions d'euros (29.994 millions de FB), soit une réduction de 2,8 millions d'euros (112 millions de FB).

Les autres secteurs bénéficient d'une augmentation discrète pour atteindre 2.951,6 millions d'euros (119.069 millions de FB), ce qui correspond à une augmentation de 0,74 million d'euros (30 millions de FB).

Les conséquences pour les autres secteurs sont présentées dans le tableau 4.

⁸⁵ INAMI. Note C.G.S.S. n° 202/99 du 24.09.2002.

Objectif budgétaire 2002

	(1) Initial (en millions)		(2) Revu (en millions)		(2) – (1) (en millions)	
	FB	EURO	FB	EURO	FB	EURO
Honoraires médicaux						
- biologie clinique	32.467	804,8	31.032	769,3	-1.435	-35,5
- imagerie médicale	30.106	746,3	29.994	743,5	-112	-23,8
- autres secteurs	119.039	2.950,9	119.069	2.951,6	+30	+0,7
TOTAL	181.612	4.502,0	180.095	4.464,4	-1.517	-37,6
Honoraires des praticiens de l'art infirmier	25.566	633,8	25.528	632,8	-38	-1,0
Honoraires des pratic. de l'art dentaire	18.020	446,7	18.024	446,8	+4	+0,1
Fournitures pharmaceutiques	103.943	2.576,7	103.757	2.572,1	-186	-4,6
Soins par kinésithérapeutes	15.702	389,2	15.712	389,5	+10	+0,3
Soins par bandagistes	2.258	56,0	2.259	56,0	+1	+0,0
Soins par orthopédistes	3.027	75,0	3.030	75,1	+3	+0,1
Implants, y compris défibrillateurs cardiaques	12.626	313,0	12.876	319,2	+250	+6,2
Soins par opticiens	400	9,9	400	9,9	0	0
Soins par audiciens	664	16,5	664	16,5	0	0
Accouchements par accoucheuses	256	6,4	256	6,4	0	0
Prix de la journée d'entretien, y compris hôpital de jour	137.995	3.420,8	138.406	3.431,0	+411	+10,2
Hôpital militaire – prix all-in	261	6,5	261	6,5	0	0
Dialyse	9.408	233,2	9.408	233,2	0	0
MRS/MRPA/Centres de jours	46.826	1.160,8	46.425	1.150,8	-401	-10,0
Soins de santé mentale	3.163	78,4	3.178	78,8	+15	+0,4
Initia. d'habitation protégée	1.061	26,3	1.059	26,2	-2	-0,1
Rééducation fonction. et profess.	10.311	255,6	10.730	266,0	+419	+10,4
Fonds spécial	336	8,3	336	8,3	0	0
Logopédie	1.617	40,1	1.617	40,1	0	0
Centres médico-pédiatriques	600	14,9	600	14,9	0	0
Patients chroniques	1.970	48,8	1.970	48,8	0	0
Soins palliatifs	255	6,3	255	6,3	0	0
Ticket modérateur patient/ Soins palliatifs	451	11,2	451	11,2	0	0
Autres	3.235	80,2	2.845	70,5	-390	-9,7
TOTAL	581.563	14.416,6	580.142	14.381,3	-1.421	-35,3

Tableau 4

Source : website INAMI et note C.G.S.S. n° 202/99 du 24.09.2002. Calculs du Dr M. Moens.

III.4. ... en préparation du budget 2003

III.4.1. A la Médico-Mut

La réunion de la Commission nationale médico-mutualiste (CNMM) du 27.05.2002 débute par la fixation des moyens financiers pour le financement des besoins du secteur médical pour l'exercice budgétaire 2003⁽⁸⁶⁾. Seule l'ABSyM formule une proposition concrète : tant en 2003 qu'en 2004, les actes intellectuels doivent augmenter de 15 %, soit une progression de 172,112 millions d'euros (6.943 millions de FB) en 2003. Pour les honoraires de disponibilité des généralistes, il convient d'ajouter 3,718 millions d'euros (150 millions de FB) au budget de 2,48 millions d'euros (100 millions de FB). L'augmentation du nombre de prestations déduite à partir des documents existants de l'INAMI est estimée à 5%, ce qui nécessite une rallonge budgétaire de 165,097 millions d'euros (6.660 millions de FB). L'application des points non encore réalisés de l'accord du 18.12.2000 requiert 24,789 millions

⁸⁶ Procès-verbal 2002/06 de la réunion de la C.N.M.M. du 27 mai 2002; page 5.

d'euros (1.000 millions de FB) et les propositions qui ne sont pas encore connues du Conseil technique médical se chiffrent à 29,747 millions d'euros (1.200 millions de FB). Au total, le budget 2002 (cf. tableau 4, colonne 1) de 4.502,04 millions d'euros (181.612 millions de FB) (qui n'a pas encore été revu à ce jour) doit donc faire l'objet d'une rallonge budgétaire de 395,463 millions d'euros (15.953 millions de FB).

L'ABSyM a ainsi fixé les besoins en honoraires médicaux pour 2003 à 4.897,503 millions d'euros (197.565 millions de FB) (cf. tableau 5).

Fixation des moyens financiers pour le financement des besoins du secteur médical pour l'exercice 2003 par l'ABSyM le 27.05.2002

	en millions d'euros	en millions de FB
Actes intellectuels + 15%	172,112	6.943
Honoraires de disponibilité généralistes	3,718	150
Augmentation de 5% du nombre d'actes	165,097	6.660
Exécution accord 18.12.2000	24,789	1.000
Nouvelles propositions du CTM	29,747	1.200
Sous-total	395,463	15.953
Objectif budgétaire 2002	4.502,040	181.612
TOTAL	4.897,503	197.565

Tableau 5

Dans le cadre de la réunion de la CNMM du 01.07.2002, le Cartel formule sa proposition pour la période 2003-2004⁽⁸⁷⁾, laquelle met davantage l'accent sur les forfaits que sur les honoraires et propose une scission claire du budget entre les généralistes et les spécialistes.

Le statut de généraliste gestionnaire de dossier doit rapporter 5000 euros (201.700 FB) par an au généraliste au lieu des 125 euros actuels (5,042 FB).

Ces honoraires de "fonction" peuvent coûter jusqu'à 34,125 millions d'euros (1.377 millions de FB). Le forfait par dossier médical global (DMG) doit être porté de 15,06 à 25,00 euros par DMG par an. Coût : 53,079 millions d'euros (2.141 millions de FB). La consultation doit passer de 16 à 20 euros et la visite à domicile de 20,5 à 30 euros. Cette augmentation des prestations intellectuelles pour les généralistes coûte 206,01 millions d'euros (8.310 millions de FB). L'enveloppe globale allouée aux généralistes se monte à 293,214 millions d'euros (11.828 millions de FB), soit 146,607 millions d'euros (5.914 millions de FB) par an.

En ce qui concerne les spécialistes également, la proposition 2003-2004 du Cartel met fortement l'accent sur les forfaits. Les honoraires de permanence pour le spécialiste sont chiffrés à 31,5 millions d'euros (1.271 millions de FB). Une approche multidisciplinaire de la gériatrie nécessite 2,815 millions d'euros (114 millions de FB). Le Cartel prévoit une augmentation des prestations intellectuelles de 40% sur deux ans, ce qui devrait coûter 180 millions d'euros (7.261 millions de FB), et un supplément plutôt symbolique pour la chirurgie générale de 0,375 million d'euros (15 millions de FB).

Il est assez étonnant de constater que le Cartel ne reprend aucune des propositions qu'il a approuvées à l'unanimité dans le cadre de l'accord du 18.12.2000.

⁸⁷ Cartel proposition convention 2003-2004. Doc. CNMM/NCGZ/2002/51

Le coût total de leur proposition pour les spécialistes pour 2003-2004 s'élève à 214,69 millions d'euros (8.661 millions de FB), soit 107,345 millions d'euros (4.330,5 millions de FB) par an. Présentées comme des besoins globaux pour l'année 2003 ⁽⁸⁸⁾, les demandes du Cartel reviennent à un budget de 4.755,99 millions d'euros (191.856,5 millions de FB) (cf. tableau 6).

Fixation des moyens financiers pour le financement des besoins du secteur médical pour l'exercice 2003 par le Cartel le 01.07.2002.

	en millions d'euros	en millions de FB
Généralistes		
- fonction généraliste gestionnaire dossier	17,0625	688,5
- augmentation forfait DMG	26,5395	1.070,5
- actes intellectuels + 20%	103,005	4.155,0
Sous-total (1)	146,607	5.914,0
Spécialistes		
- honoraires de permanence	15,7500	635,5
- gériatrie multidisciplinaire	1,4075	57,0
- prestations intellectuelles + 20%	90,0000	3.630,5
- chirurgie	0,1875	7,5
Sous-total (2)	107,3450	4.330,5
Sous-total (1) + (2)	253,950	10.244,5
Objectif budgétaire 2002	4.502,040	181.612,0
TOTAL	4.755,990	191.856,5

Tableau 6

Pour les 14.529 généralistes (003, 004, 005, 006) (cf. tableau 9), le Cartel réclame 146,6 millions d'euros et pour les 22.528 spécialistes (y compris les MACS) 107,3 millions d'euros de rallonge budgétaire.

Le Cartel a également proposé de relever le statut social de \pm 2.650 euros (\pm 107.000 BEF) à 5000 euros (201.700 FB).

C'est la première fois depuis que le soussigné participe aux réunions de la Commission nationale médico-mutualiste (c'est-à-dire depuis 1990) que les mutuelles n'ont pas introduit de proposition chiffrée. Il n'y a tout simplement rien eu. Pourtant, le président Gabriel PERL avait fait circuler un document de travail dans lequel il était spécifiquement demandé que les parties de la CNMM se prononcent sur les besoins financiers pour 2003 ⁽⁸⁹⁾. Au cours de la réunion du 27.05.2002, il a demandé que cela soit fait avant le 01.07.2002. Le 19.08.2002, avec un retard certain, le Dr R. VAN DEN OEVER a envoyé une note ⁽⁹⁰⁾ agençant et résumant les priorités en vue d'un accord présentées verbalement lors de la réunion de la CNMM du 01.07.2002. Le président PERL n'a même pas pris la peine de la distribuer à tous les membres, probablement en raison de son envoi tardif.

⁸⁸ Calcul Cartel. Propre mode de présentation.

⁸⁹ Doc. CNMM 2002/42 du 24.05.2002.

⁹⁰ Alliance nationale des mutualités chrétiennes. GZB/VDO/lm/561 du 19.08.2002.

III.4.2. Au Comité de l'Assurance de l'INAMI

En raison de l'absence du président, Dirk SAUER, les réunions du Comité de soins de santé de l'INAMI des 09.09, 16.09 et 23.09.2002 au cours desquelles l'objectif budgétaire 2003 doit être fixé, sont chaque fois présidées par le vice-président, le pharmacien Dirk BROECKX, secrétaire-général néerlandophone de l'Association Pharmaceutique Belge (APB).

Moyennant une multitude de calculs acrobatiques et des kilos de documents, le président faisant fonction BROECKX parvient, le 23.09.2002, à résumer les discussions dans une proposition à partir des estimations techniques "classiques" du Service, à savoir 15.372 millions d'euros (620.105 millions de FB), à laquelle il ajoute l'indexation (pour les médecins 1,97 %) et 496 millions d'euros (20.000 millions de FB) pour les nouvelles initiatives. Ceci porte la proposition totale à 16.046,6 millions d'euros (647.318 millions de FB). Parmi les 36 membres présents ayant un droit de vote (sur 42), tous les 19 représentants des mutuelles s'abstiennent tandis que les 17 dispensateurs de soins votent pour. Conformément au règlement d'ordre intérieur, la proposition est adoptée et transmise au Conseil général.

III.4.3. Au Conseil général

Dans son "State of the Union", le premier ministre VERHOFSTADT déclare que le gouvernement a décidé de proposer au Conseil général de l'INAMI de fixer l'objectif budgétaire global de l'assurance-maladie à 15.343 millions d'euros (618.935 millions de FB). Cela représente une augmentation de 6,47 % ⁽⁹¹⁾.

Lors de sa réunion du 14.10.2002, le Conseil général n'a pas d'autre choix que de marquer son accord. Le ton du débat est par moments sec. Les prestataires – qui ne disposent pas d'un droit de vote au Conseil général mais bien au Comité de l'Assurance – entrevoient des problèmes majeurs au niveau de la différence négative de 704,8 millions d'euros (28.432 millions de FB) entre la proposition adoptée par le Comité de l'Assurance et celle du Gouvernement.

En raison des incertitudes budgétaires résultant du passage du FB à l'euro à la fin de l'année 2001 (cf. III.3.), le gouvernement prévoit un "montant tampon" de 170 millions d'euros (6.858 millions de FB). Au cas où le budget 2003 ne serait pas dépassé de plus de 170 millions d'euros (réparti proportionnellement selon les différents sous-secteurs), le Gouvernement garantit qu'il n'imposera pas de réduction d'honoraires ou de prix. Les mutuelles exigent naturellement que leur responsabilité financière soit dans ce cas également neutralisée pour un montant de 170 millions d'euros.

Sans savoir vraiment ce qui se passera avec ce montant tampon, 12 des 19 membres ayant un droit de vote approuvent la proposition très légèrement modifiée, 3 membres votent contre et il y a 4 abstentions.

Le Conseil général fixe l'objectif budgétaire global à 15.341,822 millions d'euros (618.888 millions de FB).

⁹¹ Suite à de nouveaux calculs effectués entre l'élaboration de la note CGSS n° 202/99 du 24.09.2002 (cf. tableau 4) et l'établissement du budget fédéral, le budget revu définitif pour 2002 est fixé à 14.411 millions d'euros (581.360 millions de FB).

III.4.4. Retour au Comité de l'Assurance

Les 170 millions d'euros fantômes sont à l'origine de pas mal de problèmes lors de la répartition de l'objectif budgétaire global pour 2003 en objectifs budgétaires partiels, principalement en ce qui concerne les honoraires médicaux. Après en avoir débattu les 04.11 et 18.11, la répartition est finalement adoptée le 25.11.2002 majorité contre minorité. Bien que l'ABSyM puisse encore obtenir un petit supplément de 1,549 millions d'euros (62,5 millions de FB) ainsi qu'une adaptation légale des articles 59 et 69 de la loi S.S.I. ⁽⁹²⁾, de manière à ce que la biologie clinique et la radiologie soient à l'abri d'éventuelles demandes de remboursement ⁽⁹³⁾, et une modification de l'A.R. sur les clignotants ⁽⁹⁴⁾, les 5 membres présents de l'ABSyM, ainsi que 7 autres prestataires, rejettent la ventilation ⁽⁹⁵⁾. Etant donné que sur l'ensemble des membres (42), 28 d'entre eux votent pour (notamment les 22 représentants des mutuelles et – incroyable mais vrai – les 2 représentants du Cartel), et qu'il y a 2 abstentions, le sort en est jeté.

Le budget des honoraires médicaux est fixé à 4.746,977 millions d'euros (191.492,6 millions de FB). Par rapport à l'objectif budgétaire 2002 revu de 4.464,4 millions d'euros (180.095 millions de FB) (cf. tableau 4) pour les honoraires médicaux, cela représente une augmentation de 282,58 millions d'euros (11.399,1 millions de FB), soit une augmentation de 6,33%. Dès lors, aucun extra n'est possible car les besoins en soins augmentent chaque année d'au moins 4,5 % et l'indexation est de 1,97 %, soit 6,47 % au total.

III.4.5. Pour finir à la médico-mut

Les interventions autoritaires répétées du ministre VANDENBROUCKE dans le processus de décision de la médico-mut ainsi que ses ukases successifs en matière de mesures d'économies et de modifications de la nomenclature lancés en 2001 ont également été source de déstabilisation et de mécontentement généralisé dans les rangs.

Non sans peine, les rangs de l'ABSyM ont obtenu que le report de l'indexation de 2,82 % du 01.01 au 30.06.2002 imposé par Arrêté royal ⁽⁹⁶⁾ soit sans effet pour les prestations intellectuelles à partir du 01.02.2002. Et ce sans que "le secteur concerné n'applique des mesures structurelles qui donnent lieu, pour ladite année, à des économies au moins égales à la moitié du volume d'indexation visé à l'article 7" (article 1 de l'A.R. du 12.12.2001).

Parmi les économies d'un montant de 1.676,7 millions de FB (41,6 millions d'euros) qui avaient été décidées par le Comité de l'Assurance le 28.01.2002 ⁽⁹⁷⁾, une

⁹² Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

⁹³ Réalisé via l'article 224 de la loi-programme (I)(1) du 24.12.2002 (M.B. du 31.12.2002).

⁹⁴ Cf. note CGSS 2002/131 + 131 add.

⁹⁵ Cf. note CSS 2002/279 2^e add.

⁹⁶ Arrêté royal van 12.12.2001 modifiant l'arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé. (M.B. du 28.12.2001).

⁹⁷ Note C.S.S. n° 2002/22 du 22.01.2002.

première partie à hauteur de 1.071,6 millions de FB (26,6 millions d'euros) sur base annuelle entre en vigueur le 01.03.2002. ⁽⁹⁸⁾.

La suppression du remboursement des ponctions articulaires surtout est ressentie douloureusement par un grand nombre, en particulier les physiothérapeutes, les rhumatologues, certains anesthésistes et les généralistes.

Les autres mesures, qui représentent une économie de 605,1 millions de FB (15 millions d'euros) sur base annuelle, ne peuvent, pour des raisons juridico-techniques, entrer en vigueur que plus tard, à savoir le 01.09.2002. ⁽⁹⁹⁾.

Il s'agit de la mesure de -10% sur les EMG, EEG, ECG et la tympanoscopie, celle de -20% sur le monitoring Holter et celle de -50% sur la gingivectomie.

Le Président PERL a convoqué la Commission médico-mutualiste à douze reprises : les 14.01, 21.01, 25.02, 25.03, 22.04, 27.05, 01.07, 28.10, 18.11, 16.12 et 19.12.2002. La réunion programmée le lundi soir 25.11.2002 a été annulée. La tension était montée très haut et le président n'a pas jugé souhaitable d'essayer de parvenir à un consensus en séance plénière 19 jours avant la manifestation nationale du 14.12.2002 à Bruxelles.

PERL a invité, de manière informelle et à intervalles de temps réguliers, des délégations restreintes de la médico-mut. La délégation de l'ABSyM a rencontré le président, ainsi que les hauts responsables de l'administration de l'INAMI, les 05.11, 14.11, 01.12, 09.12 et dans la matinée du 16.12.2002.

Pour vous donner une idée de l'atmosphère, je reproduis mon compte rendu littéral de la réunion en "petit comité" du lundi 16.12.2002, à l'attention des non-participants.

"A 10 h 00, rendez-vous de l'ABSyM (Jacques de Toeuf, Roland Lemye, Michel Vermylen et Marc Moens) avec Jo De Cock et Gabriël Perl concernant les possibilités financières dans le cadre d'un budget trop limité. Jo De Cock est encore bloqué chez FVDB avec lequel il discute des problèmes des pharmaciens depuis 07 h 15. De Cock arrive vers 10 h 20. Les pharmaciens n'ont apparemment rien obtenu du tout mais FVDB, aussi intellectuellement malhonnête que brillant, les a quelque peu menés en bateau la semaine dernière.

Après deux heures de palabres (et à l'issue de multiples mini-réunions préliminaires), il ressort quelque chose de la discussion, que nous estimons pouvoir défendre devant notre Conseil d'administration le mercredi 18.12.2002: on obtient que, en plusieurs phases, les consultations soient finalement fixées à 18 euros et la visite à domicile à 25 euros le 01.10.2003, moyennant une augmentation de 1 euro du ticket modérateur pour la visite à domicile et moyennant le report du remboursement de ± 20 millions d'euros pour certaines prestations technico-médicales qui étaient déjà prévues dans l'accord du 18.12.2000. Il nous a été dit que l'augmentation de 1 euro du ticket modérateur pour la visite à domicile bénéficierait du soutien des MC et des MS.

⁹⁸ A.R. du 27.02.2002 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (M.B. du 01.03.2002).

⁹⁹ A.R. sur la nomenclature du 22.08.2002 (M.B. du 28.08.2002).

A 19 h 00, avant la réunion avec des représentants de l'ABSyM (Jacques de Toeuf et Marc Moens), les MS (Debacker, Laasmans et Y. Vandermeeren), les MC (Justaert, Descamps, van den Oever) et le Cartel qui n'arrive qu'à 20 h 15 (R. Rutsaert, Ph. Vandermeeren et P. Putseys). De Cock et Perl sont à nouveau allés chercher leurs instructions chez FVDB et n'en reviennent qu'à 20 h 05. Justaert fait savoir qu'il a eu un entretien par GSM dans sa voiture avec le ministre, sans naturellement dévoiler les recommandations ou les ordres de marche de celui-ci. Plus tard, il apparaîtra que tant les MS que les MC ne veulent plus entendre parler de l'augmentation de 1 euro du ticket modérateur. Apparemment, les élections sont plus proches que ce que l'on avait pensé une semaine plus tôt.

Les chiffres mis sur papier et prêts à être distribués après que nous ayons été consultés dans la matinée, ne peuvent soudainement plus être distribués sous aucun prétexte ... car le ministre n'est pas d'accord et propose d'autres chiffres. Les 25 euros pour la visite à domicile ne peuvent plus être atteints en 2003 suite à l'intervention de FVDB. Sur proposition de l'ABSyM et moyennant une réduction de 0,47 % de l'indexation pour les actes médico-techniques des spécialistes (1,5 % au lieu des 1,97%, ce qui représente un effort de \pm 15 millions d'euros), les 25 euros figurent malgré tout de nouveau dans les possibilités. Du fait de la mise en oeuvre par phases, la pleine mesure n'est pas octroyée en 2003 mais la proposition grève déjà le budget 2004 alors que l'accord ne concerne que 2003. Par téléphone, le ministre fait des problèmes à ce sujet chez Perl et impose, d'une part, des restrictions concernant le montant de l' "overflow" (max. 41 millions d'euros de dépassement sur base annuelle, c'est-à-dire un engagement maximal pour 2004) et, d'autre part, une clause doit être insérée dans l'accord 2003 à propos de la destination de cet argent en 2004 !

Entre-temps, il n'est pas loin de 21 h 00 et la séance plénière de la médico-mut doit enfin commencer (pas à 20 h 00 comme prévu dans les invitations écrites ou à 20 h 30 comme indiqué dans le rectificatif par téléphone).

Du fait des interventions du ministre et malgré tout le travail préliminaire accompli, rien de concret n'est prêt pour la séance plénière. Nous suggérons une nouvelle fois de faire payer le "confort" de la visite à domicile par le patient en augmentant de 2 euros le ticket modérateur de la visite à domicile, avec éventuellement une modulation pour les maladies chroniques et certaines catégories d'âge (une proposition des MS). Perl à nouveau au téléphone avec FVDB pendant \pm 45 minutes. L'ABSyM et le Cartel en profitent pendant \pm 30 minutes pour communiquer les informations du jour à leurs représentants respectifs dans la médico-mut. Les représentants des mutuelles, qui n'avaient pas été invités à 19 h 00, attendent entre-temps depuis 20 h 00. Un peu après 22 h 00, un président Perl déstabilisé ouvre la séance plénière. Il ne va pas plus loin que la présentation de l'état de la situation. Son optimisme, sa confiance et sa patience habituels semblent entamés. Rien de plus compréhensible.

Pour résumer, l'idée que Vandembroucke se fait de la "concertation" rend la conclusion d'un accord quasiment impossible. Tout son verbiage à la radio ou à la télévision pour dire que c'est maintenant au tour des partenaires de la médico-mut ne fait que semer la zizanie. Pour FVDB, la concertation signifie souscrire à tout ce qui

jaillit de son cerveau divin et supérieur. Machiavel se retourne dans sa tombe de jalousie. Il a trouvé son maître en la personne de FVDB.

Nous expliquerons l'état de la situation lors de notre Conseil d'administration du 18.12.2002. Si une personne pourra se voir reprocher que les négociations ne débouchent pas sur un accord, c'est bien FVDB qui a rendu impossible toute forme classique de réunion et de concertation, qui ridiculise de fait le président de la commission qui est très respecté par l'ensemble des membres de la médico-mut et pousse l'administration de l'INAMI au désespoir. Pendant ce temps, il désinforme la population en comparant une augmentation de 6,3% de notre budget à une augmentation de salaire de 6,3% et dresse les patients contre leurs médecins (généralistes) en tenant des propos inexacts dans les médias en prétendant que chaque médecin gagnera en moyenne 350.000 FB de plus.

Prochaine réunion jeudi soir.

Pourvu que FVDB mette le feu à son GSM, il ressortira peut-être quelque chose de la réunion de jeudi soir."

Le Conseil d'administration de l'ABSyM du 18.12.2002 a décidé qu'il était quand même préférable de conclure un accord. Deux généralistes-invités de taille ont pu constater que le conseil d'administration a un fonctionnement démocratique et paritaire (francophones-flamands, généralistes-spécialistes : la "passionaria liégeoise" Claude DAWANCE, organisatrice de la première heure de bon nombre d'actions de généralistes wallons ainsi que de la manifestation du 14.12.2002 et le Dr Arlette GERMAY, présidente du FAG (Forum des Associations de Médecins Généralistes). Anne LEUNENS, la meneuse de "Plumule/Zaadpluis" ⁽¹⁰⁰⁾, avait également été invitée mais elle a refusé de venir.

L'ABSyM est en effet parvenue à obtenir l'incorporation d'une série de garanties dans la loi (cf. supra), notamment que le ministre ne peut pas imposer de modifications de nomenclature en 2003 ⁽¹⁰¹⁾ ⁽¹⁰²⁾. Ne pas conclure d'accord revient à geler les honoraires au niveau de 2002 (le ministre VANDENBROUCKE a juré qu'il les imposerait à tous les médecins, et donc également à ceux qui n'ont encore jamais adhéré à une convention), ce qui signifie perte de l'indexation de 1,97 %, (88,4 millions d'euros ou 3.566 millions de FB), de l'effort supplémentaire du gouvernement de 19,8 millions d'euros (799 millions de FB) pour les actes intellectuels et de 2,25 millions d'euros (91 millions de FB) pour les activités non liées aux prestations des généralistes (ex. gestion administrative ou soutien logistique des pratiques de groupe) ⁽¹⁰³⁾.

De plus, le statut social est alors perdu pour tout le monde. Nombreux sont ceux, surtout parmi les généralistes, qui ont reproché par le passé à l'ABSyM que la non-adhésion ou la non-conclusion d'un accord avait entraîné la perte de leur statut social.

¹⁰⁰ "Action Plumule" : action asyndicale à partir du mécontentement de la base – initialement généralistes opposés à la réglementation sur les formulaires Bf pour médicaments mais élargi à un large éventail de revendications des généralistes.

¹⁰¹ Loi-programme (I) (1) du 24.12.2002, article 225 (M.B. du 31.12.2002).

¹⁰² Point 7.2. de l'accord du 19.12.2002.

¹⁰³ Déclaration gouvernementale du 08.10.2002. Budget 2003. Politique sociale. Fiche 5.

Enfin, il n'est pas bon pour les associations représentatives de médecins de se mettre quasiment hors jeu, à l'avant-veille d'élections fédérales, en ne concluant pas d'accord.

Mandaté pour ce faire par son conseil d'administration, la délégation de l'ABSyM a, dans la nuit du 19 au 20 décembre 2002, à 03h 12 du matin pour être précis, arraché un accord que pratiquement plus personne ne croyait possible. Cet accord est loin d'être parfait mais, pour utiliser un euphémisme, le montant de 282,58 millions d'euros (11.399,1 millions de FB) n'a pas été rejeté mais utilisé utilement. La perte de la totalité de l'indexation pour les honoraires de dialyse et de 0,47% pour les prestations médico-techniques est une pilule amère pour les spécialistes qui, que ce soit sans ou avec l'indexation résiduelle de 1,5%, doivent financer une hausse des salaires de leur personnel estimée à 3,5% en 2003. La réduction de l'indexation a été rendue nécessaire pour pouvoir promettre aux généralistes les 18 euros symboliques pour leur consultation et les 25 euros pour leur visite à domicile. Sans gagner cette bataille, tout accord était exclu.

In extremis et sachant que le cabinet VANDENBROUCKE n'était pas d'accord avec les dossiers relatifs à la transplantation de cellules souches et à la consultation d'anesthésie préopératoire acceptés par le Conseil technique médical et budgétisés, 0,744 million d'euros (30 millions de FB) ont été débloqués pour augmenter la surveillance pédiatrique (codes 598802 et 598220) et 2,255 millions d'euros (91 millions de FB) ont été trouvés pour accroître de 7,64% les honoraires d'accouchement, avant indexation de 1,5%.

L'administration de l'INAMI ayant travaillé toute la nuit, l'accord était consultable dans son intégralité sur le website de l'INAMI dès le 20.12.2002 à 10 h du matin. Le ministre VANDENBROUCKE s'est déclaré particulièrement satisfait de l'accord obtenu.

L'accord a été approuvé le vendredi 20.12.2002 par la Commission du contrôle budgétaire et le lundi 23.12.2002 tant par le Comité de l'Assurance que par le Conseil général. Le 20.01.2003, il était publié au Moniteur belge (qui, depuis le 01.01.2003, n'est plus disponible que sur support électronique).

Les médecins refusant d'adhérer à l'accord ont jusqu'au 19 février 2003 pour le faire savoir par lettre recommandée à adresser au Président de la médico-mut. Le 6 mars 2003, l'accord entrera en vigueur à moins que plus de 40 % des médecins ou plus de 50% des généralistes ou plus de 50% des spécialistes ne l'aient rejeté (¹⁰⁴).

Si c'est le cas, le Roi peut, "pour l'ensemble du pays ou pour certaines régions du pays et pour toutes ou certaines prestations et pour toutes ou certaines catégories de bénéficiaires, fixer des tarifs maximums d'honoraires" (¹⁰⁵).

Les chiffres du déconventionnement constitueront matière à discussion pour mon prochain rapport annuel.

Pour permettre une comparaison : après les économies importantes imposées malgré l'accord du 18.12.2000 en vigueur, il s'est avéré au début de l'année 2002

¹⁰⁴ Loi S.S.I. du 14 juillet 1994 ; article 50 § 3.

¹⁰⁵ Loi S.S.I. du 14 juillet 1994 ; article 50 § 11.

que 12,15 % des généralistes et 25,30 % des spécialistes, soit 19,32 % au total, sont sortis de l'accord (cf. tableaux 7 et 8).

Accord du 18.12.2000 : nombre de refus (01.01.2002)

	Généralistes		Spécialistes		Total de médecins	
	total	refus	total	refus	total	Refus
Anvers	2.515	144	2.836	600	5.351	744
Brabant flamand	2.047	193	3.002	663	5.049	856
Flandre occident.	1.678	65	1.734	422	3.412	487
Flandre orientale	2.104	83	2.500	662	4.604	745
Limbourg	1.226	18	1.105	294	2.331	312
Flandre	9.570	503	11.177	2.641	20.747	3.144
Bruxelles-capitale	2.429	628	3.614	998	6.043	1.626
Brabant wallon	808	188	1.318	432	2.126	620
Hainaut	1.971	377	2.066	305	4.037	682
Liège	2.120	326	2.464	836	4.584	1.162
Luxembourg	442	104	365	134	807	238
Namur	928	93	901	197	1.829	290
Wallonie	6.269	1.088	7.114	1.904	13.383	2.992
Belgique	18.268	2.219	21.905	5.543	40.173	7.762

Tableau 7

Source : website INAMI – Dispensateurs de soins – Accord médico-mutualiste/Assurance (<http://inami.fgov.be>); répartition par région : dr M. MOENS.

Accord du 18.12.2000 : pourcentage de refus (01.01.2002)

	Généralistes	Spécialistes	Total de médecins
	Anvers	5,73	21,16
Brabant flamand	9,43	22,09	16,95
Flandre occident.	3,87	24,34	14,27
Flandre orientale	3,94	26,48	16,18
Limbourg	1,47	26,61	13,38
Flandre	5,26	23,63	15,15
Bruxelles-capitale	25,85	27,61	26,91
Brabant wallon	23,27	32,78	29,16
Hainaut	19,13	14,76	16,89
Liège	15,38	33,93	25,35
Luxembourg	23,53	36,71	29,49
Namur	10,02	21,86	15,86
Wallonie	17,36	26,76	22,36
Belgique	12,15	25,30	19,32

Tableau 8

Source : website INAMI – Dispensateurs de soins – Accord médico-mutualiste/Assurance (<http://inami.fgov.be>); répartition par région : dr M. MOENS.

Dans la région de Bruxelles-Capitale, un pourcentage quasiment identique de généralistes et de spécialistes se déconventionnent ($\pm 26,9\%$). En Flandre, les généralistes se déconventionnent 4,5 fois moins souvent que les spécialistes (respectivement 5,26 % et 23,63 %) et en Wallonie 1,5 fois moins souvent (respectivement 17,36 % et 26,76 %). Le spécialiste belge moyen se déconventionne plus de deux fois plus souvent (25,30 %) que le généraliste belge moyen (12,15 %).

Du reste, dans une même région, on observe également d'importantes fluctuations. Chez les généralistes flamands de 1,47% (Limbourg) à 9,43 % (Brabant flamand), soit un facteur de 6,4. Chez les généralistes wallons de 10,02 (Namur) à 23,53 (Luxembourg), soit un facteur de 2,3.

Chez les spécialistes où les fluctuations sont beaucoup moins fortes, le taux de déconventionnement peu élevé du Hainaut mérite d'être signalé : 14,76, soit 2,5 fois plus bas que le taux de déconventionnement belge maximum de 36,71 % dans la province de Luxembourg.

Chez les généralistes, on observe même, dans une même province, des différences très conséquentes par arrondissement, par exemple en Flandre occidentale 0,00% à Dixmude et 25,49 % chez son voisin Furnes. Ou dans le Hainaut 5,56 % à Mouscron contre 30,49 % à Thuin (cf. website de l'INAMI).

Le ministre VANDENBROUCKE est inquiet concernant l'issue de la bataille du déconventionnement que certains généralistes ont engagée. Les syndicats mixtes regardent d'un œil méfiant la polarisation entre les généralistes et les spécialistes et la demande formulée ouvertement par certains généralistes de voir le budget scindé en deux groupes et, pour les généralistes, de jeter par-dessus bord la médico-mut et de négocier directement avec les responsables politiques.

III.5. L'accréditation

Grâce à l'engagement remarquable de l'administration, le groupe de direction de l'accréditation est parvenu à prolonger quelque 15.000 dossiers en l'espace de ± 4 mois. Le Service étant surchargé de travail, il n'a pas encore été possible de mettre en place le système d'automatisation qui est en préparation. La situation ne s'est quasiment pas améliorée depuis mon rapport annuel précédent (¹⁰⁶).

En raison de frictions au niveau des mutuelles, le nouveau règlement relatif à l'activité minimale n'a toujours pas été approuvé. Elaboré dès 2001 au niveau du Conseil technique de l'accréditation sous l'impulsion du Dr Roland LEMYE, le règlement a été rejeté par les MC au sein du groupe de direction de l'accréditation et également par la Commission nationale médico-mutualiste et renvoyé par trois fois aux calendes grecques par le président des MC Marc JUSTAERT.

Les résultats anonymisés d'une enquête à grande échelle menée sur le seuil d'activité 1998 de 1.250 contacts-patient par an n'ont pas conduit à des conclusions pratiques ou à des lignes politiques. De ce fait, certains confrères, surtout parmi les plus âgés, ont perdu leur accréditation alors que, selon l'esprit du système, ils y ont bien droit, mais ils tombent sous le couperet implacable du nombre de contacts-patient. Cette situation, qui est jugée particulièrement injuste par les victimes, conduit – selon le président de la Commission d'appel de l'accréditation, qui est également président du GBS, à savoir le Prof. Jacques GRUWEZ – à des situations très pénibles contre lesquelles il n'a aucun recours. Il se peut que pour la première fois en 2003, des plaintes soient déposées devant le Conseil d'Etat à la suite de la perte de l'accréditation. Notons qu'une grande majorité des recours introduits ont été repêchés par la Commission d'appel, après présentation de documents ou de données supplémentaires.

¹⁰⁶ "Vers une implosion de l'accréditation du fait de F. VANDENBROUCKE ?". Rapport annuel 2001 du GBS. Dr M. Moens. 02.02.2002.

Par rapport à l'année dernière, le nombre de médecins accrédités a baissé de 445 unités, ce qui représente une diminution de 1,91 % (cf. tableau 9) alors que, dans le même temps, le nombre absolu de médecins enregistrés auprès de l'INAMI a augmenté de 580 unités.

COMPARAISON du nombre de médecins accrédités 01.02.2003-01.02.2002

2 0 0 3		Nombre d'actifs		Nombre d'accrédités		% d'accrédités		2 0 0 2
		01.02.2003	01.02.2002	01.02.2003	01.02.2002	01.02.2003	01.02.2002	
	Médecins 001-002	3.693	3.809	0	0	0,00	0,00	
	Généralistes 003-004	13.781	13.640	9.649	9.882	70,02	72,45	
	Généralistes 005-006	748	753	0	0	0,00	0,00	
	Généralistes 007-008	2	3	0	1	0,00	3,33	
	TOTAL	18.224	18.205	9.649	9.883	52,95	54,29	
	Médecins spécialistes en formation (MACS)	3.459	3.383	1	0	0,03	0,00	
1.	Dermato-vénérologie	636	622	509	515	80,03	82,80	1.
2.	Ophthalmologie	983	964	761	759	77,42	78,73	2.
3.	Radiologie	1.456	1.434	1.090	1.118	74,86	77,96	3.
4.	Anatomie pathologique	272	262	203	199	74,63	75,95	5.
5.	Gastro-entérologie	405	388	302	296	74,57	76,29	4.
6.	O.R.L.	578	567	421	427	72,84	75,31	6.
7.	Neurologie	183	168	130	123	71,04	73,21	10.
8.	Médecine physique et physiothérapie	434	431	308	319	70,97	74,01	8.
9.	Pneumologie	318	306	222	222	69,81	72,75	11.
10.	Médecine nucléaire	312	304	216	228	69,23	75,00	7.
11.	Radiothérapie	151	142	104	104	68,87	73,24	9.
12.	Cardiologie	822	791	555	558	67,52	70,54	12.
13.	Psychiatrie	595	527	398	340	66,89	64,52	19.
14.	Urologie	349	342	230	241	65,90	70,47	13.
15.	Anesthésie	1.639	1.562	1.079	1.068	65,83	68,37	14.
16.	Gynécologie-obstétrique	1.287	1.255	839	854	65,19	68,05	15.
17.	Rhumatologie	252	238	161	160	63,89	67,23	17.
18.	Orthopédie	893	857	552	583	61,81	68,03	16.
19.	Médecine interne	2.002	1.966	1.235	1.284	61,69	65,31	18.
20.	Biologie clinique	699	697	421	438	60,23	62,84	20.
21.	Pédiatrie	1.361	1.320	811	828	59,59	62,73	21.
22.	Neuropsychiatrie	1.358	1.378	805	847	59,28	61,47	22.
23.	Chirurgie	1.443	1.423	715	755	49,55	53,06	24.
24.	Neurochirurgie	146	138	72	70	49,32	50,72	25.
25.	Chirurgie plastique	190	182	92	98	48,42	53,85	23.
26.	Stomatologie	305	301	128	137	41,97	45,51	26.
	TOTAL SPECIALISTES	19.069	18.565	12.359	12.571	64,81	67,71	
	TOTAL SPECIALISTES + MACS	22.528	21.948	12.360	12.571	54,87	57,28	
	TOTAL GENERAL	40.752	40.153	22.009	22.454	54,01	55,92	

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

Tableau 9

La baisse, qui est générale en ce qui concerne les spécialistes (à l'exception des psychiatres), est de 2,9 % en moyenne. Chez les généralistes, la diminution est moins forte, à savoir 1,34 %.

Comme d'habitude, dans le tableau 9, nous avons classé les spécialistes en commençant par la spécialité avec le plus haut pourcentage de médecins accrédités pour terminer par le plus bas. Le trio de tête reste inchangé : dermato-vénérologie, ophtalmologie et radiologie. La stomatologie conserve sa place en queue de peloton et perd même 3,54 %. Peut-être certains stomatologues préfèrent-ils le paiement totalement forfaitarisé du système de l'accréditation des dentistes plutôt que le système Q30 (0,81 euro ou 33 FB) pouvant être porté en compte par consultation et le forfait d'accréditation qui, en 2003, a été fixé à 527,77 euros (21.290 FB) ⁽¹⁰⁷⁾.

¹⁰⁷ Point 1.3. de l'accord médico-mutualiste du 19.12.2002.

IV. PLANIFICATION DE L'OFFRE MÉDICALE

IV.1. Numerus clausus pour les médecins

Je suis d'avis qu'il est grand temps que le GBS réfléchisse à sa dénomination. Ce n'est certainement pas la première fois que je fais cette remarque dans le cadre de l'assemblée générale statutaire mais, dans la mesure où aujourd'hui (c'est-à-dire au 01.01.2002), 28,7 % des spécialistes agréés et pratiquement la moitié (47,5 %) des spécialistes en formation sont des dames, je propose que le Comité directeur prépare un changement de la dénomination néerlandaise – à savoir en : Verbond van Belgische Artsen-Specialisten – durant l'exercice 2003 et que cette modification soit intégrée aux statuts par l'assemblée générale l'année prochaine. Il n'est pas nécessaire d'adapter le sigle "VBS" et les francophones conservent aussi bien le terme "médecin" spécialiste que l'abréviation GBS.

Comme annoncé dans le cadre de mon précédent rapport annuel ⁽¹⁰⁸⁾, la commission de planification a modifié l'offre médicale future via un Arrêté royal ⁽¹⁰⁹⁾. Le nombre total de médecins pouvant fonctionner dans le cadre de la structure de l'INAMI a été fixé, jusqu'en 2011, à un quota annuel de 700, réparti selon le rôle linguistique entre 420 néerlandophones et 280 francophones. Les chiffres pour 2005 et 2006 ont été portés à 700. En vertu de l'A.R. du 07.11.2000 (M.B. du 08.12.2000), les quotas pour ces deux années étaient de respectivement 650 et 600. Par mesure de précaution, le nouvel A.R. fixe la répartition entre les généralistes (300) et les spécialistes (400) uniquement jusqu'en 2006. S'il devait y avoir pénurie, elle concernerait d'abord la population des généralistes.

Nous avons déjà reproduit les tableaux l'année dernière. Les chiffres restent inchangés ⁽¹¹⁰⁾.

L'A.R. du 30 mai 2002 a également fixé des quotas pour les différentes spécialités avec une ventilation par rôle linguistique. On n'a pas eu systématiquement recours à la clé de répartition de 60 % pour les néerlandophones et 40 % pour les francophones. Pour chaque discipline, la commission de planification a tenu compte des situations existantes, des besoins réels et de la féminisation. Le modèle mathématique utilisé part du principe que les femmes médecins travaillent en moyenne 20 % de moins que leurs confrères. Il convient de remarquer que pour certaines "petites" spécialités, le nombre de candidats autorisés sera inférieur aux possibilités de formation universitaire (stomatologie, physiothérapie, radiothérapie, médecine nucléaire et anatomie pathologique). Septante des 400 places n'ont pas été attribuées pour remédier aux besoins et discussions futures.

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

¹⁰⁸ Rapport annuel 2001 du GBS. V. Numerus clausus et commission de planification. Dr M. Moens. 02.02.2002.

¹⁰⁹ A.R. du 30.05.2002 relatif à la planification de l'offre médicale (M.B. du 14.06.2002).

¹¹⁰ Rapport annuel 2001 du GBS. Tableaux 12, 13 et 14. Dr M. Moens. 02.02.2002.

L'introduction, en 1997, d'un examen d'entrée en Flandre avant la première année de médecine a entraîné une baisse significative du nombre d'étudiants entamant des études de médecine. On est passé de 1.160 en 1996 à 692 en 1997 et à 377 en 1998 (tableau 10).

Evolution du nombre d'étudiants entamant des études de médecine

Année académique	Flandre (1)	Belgique francophone (2)	Total (3)	% femmes (4)
50-51	-	-	1.192	10,8
60-61	-	-	1.349	14,2
70-71	-	-	3.182	25,0
80-81	-	-	2.548	38,2
90-91	-	-	2.193	55,8
91-92	-	-	2.183	55,2
92-93	1.144	974	2.118	55,9
93-94	1.034	994	2.028	56,6
94-95	1.185	693	1.878	56,0
95-96	1.171	957	2.128	56,1
96-97	1.160	892	2.052	59,8
97-98	692	889	1.581	60,7
98-99	377	858	1.235	62,3
99-00	345	870	1.215	-
00-01	361	817	1.178	-

Sources : (1) <http://www.vlir.be> Tableau 10

(2) <http://www.cref.be>

(3) Fondation universitaire

(4) IBES, compendium statistiques de la santé 2001

En 1997, suite à des protestations, seule la moitié de l'examen avait été prise en considération, à savoir le volet aptitude (capacité d'acquisition et de traitement de l'information). Depuis l'année académique 1998-1999, le volet scientifique (connaissance et compréhension des sciences) compte également. Depuis cette décision, 7 ans plus tard, le nombre de nouveaux candidats en Flandre sera inférieur au nombre de 420 autorisé à partir de 2004 dans le cadre de l'INAMI.

En 2003, 2004 et 2005, en Flandre, le nombre de médecins diplômés sera théoriquement respectivement de 751, 740 et 272 unités supérieur aux possibilités programmées de l'INAMI. A partir de 2006, le nombre de médecins flamands diplômés sera inférieur aux possibilités prévues de l'INAMI.

En Belgique francophone, l'offre excédentaire reste quasiment inchangée, si ce n'est un léger fléchissement pour l'année académique 1994-1995.

D'après les informations obtenues auprès des services compétents, il n'est pas envisageable que les médecins francophones diplômés combler ce déficit flamand. Apparemment, un médecin citoyen d'un autre Etat membre de l'EU pourra exercer plus facilement en Belgique (en Flandre ou en Wallonie) qu'un médecin flamand en Belgique francophone ou qu'un médecin francophone en Flandre.

Les universités francophones ont toujours refusé d'organiser un examen d'entrée. Elles effectuent une sélection sur la base d'un décret communautaire du 5 septembre 1994 modifié par le décret du 14 juillet 1997. L'accès au doctorat en médecine et au

troisième cycle des études de médecine a été limité en fonction des quotas fixés par le gouvernement fédéral. Le ministre communautaire a prévu une réserve d'étudiants de 15 %, un chiffre qui, selon les doyens francophones (¹¹¹), correspond précisément à la proportion de médecins exerçant en dehors du cadre de l'INAMI.

Jusqu'à présent, à quelques exceptions près, tous les étudiants francophones ont été autorisés à s'inscrire en 2^e cycle des études de médecine. Les quelques exceptions ont eu la possibilité de bifurquer vers les sciences biomédicales ou vers le diplôme de santé publique auxquels ils ont accès. Ces "passerelles" ne permettent évidemment pas de réorienter un trop grand nombre de médecins diplômés.

En 2004, cela concernera théoriquement 612 "docteurs en médecine, chirurgie et accouchement" diplômés, en 2005 609 docteurs, en 2006 578 docteurs, en 2007 590 docteurs, etc.

A cela il faut ajouter que le Gouvernement de la Communauté française a donné son feu vert le 09.01.2003 afin d'interdire toute forme de limitation de l'accès aux études de médecine (ou de dentisterie). Le système en vigueur depuis 1997 a eu pour conséquence la disparition de toute forme de vie estudiantine en faculté de médecine et l'apparition d'une compétition féroce pour obtenir une des places donnant accès à la profession de médecin clinique. Tandis que les esprits de certains doyens francophones sont enfin mûrs pour accepter l'introduction d'un examen d'entrée avant le début des études de médecine ou à l'issue de la première candidature, les facultés de médecine francophones se dirigent désormais tout droit vers une catastrophe si la ministre de l'Enseignement supérieur, Françoise DUPUIS (P.S.), devait obtenir gain de cause. (¹¹²)

IV.2. Docteurs bidons engagés comme main-d'œuvre bon marché

Des médecins-membres du Conseil national de l'Art infirmier nous ont fait parvenir, à la fin du mois de novembre 2002, une série de documents relatifs à la création d'une série de nouvelles professions de la santé comme les "Physician assistant – Medisch assistent – Assistant médical", "Health care technician" et "Surgical physician assistant – Chirurgisch assistent – Assistant médical en chirurgie".

Nous avons pu retrouver les tâches qui devraient leur être assignées dans un compte rendu du Prof. Ph. BAELE d'une réunion organisée à ce sujet au ministère de la Santé publique le 17.09.2002 ainsi que dans un avant-projet d'arrêté. Citons entre autres "y compris l'examen physique général et chirurgical de routine préopératoire, ... la vérification des examens préopératoires ..., suivi postopératoire chirurgical du patient en hospitalisation et en consultation ..." et en néerlandais "het onderzoek van de algemene en chirurgische toestand van de patiënt". Des tâches

¹¹¹ Lettre du 21.10.2002 au nom des doyens des facultés francophones, publiée dans "Le Médecin Spécialiste" n° 8, novembre 2002.

¹¹² Au moment de la mise sous presse des copies pour l'Assemblée générale, le Prof. Dr J.J. Rombouts, porte-parole des universités francophones nous a informés, le 07.02.2003, que la Commission Enseignement du Parlement de la Communauté française a effectivement décidé, le 05.02.2003, de supprimer le numerus clausus à l'issue de la troisième année de médecine en Belgique francophone. Dans le cadre de la réunion au P.S. du 06.02.2003 consacrée aux problèmes dans les soins des santé, le soussigné a qualifié de criminelle l'attitude de la ministre DUPUIS.

qui, de notre point de vue, sont indissociables de l'exercice correct de la médecine par un médecin qui a une approche du patient dans toute sa personnalité et qui ne perçoit pas celui-ci comme un organe défaillant ou comme un symptôme auquel il est possible de remédier par un travail (chirurgical) à la chaîne.

Des propositions ont été introduites par la "K.U.Leuven, Universitaire ziekenhuizen, Katholieke Hogeschool Leuven, Departement Verpleegkunde en Vroedkunde", par le groupe de travail interuniversitaire "SCHUIND" (le Prof. Dr Frédéric SCHUIND est orthopédiste-traumatologue à l'Hôpital Erasme, ULB) et aussi par le ministre. La troisième proposition a été présentée par Frédéric LAFOSSE, juriste auprès du ministère de la Santé publique.

Le Prof. Ph. BAELE conclut son rapport du 17.09.2002 en ces termes (citation) : *"D'ici là (= fin novembre 2002) on nous demande de consulter les écoles, facs, enseignants, groupes professionnels, etc. »*.

A ma connaissance, aucun responsable du GBS ou de l'ABSyM n'a été contacté. Informés à la faveur d'un vent favorable, nous avons entre-temps contacté un certain nombre d'universitaires par lettre ou verbalement et nous avons rencontré le Dr J.P. DERCQ (via l'ABSyM).

Il ressort des documents par contre que le Conseil national des professions paramédicales sera invité à donner son avis mais pas le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes ou le Conseil national de l'Art infirmier. Bien qu'il ne soit pas inscrit à l'ordre du jour, j'ai abordé ce point lors de la réunion d'installation du Conseil national des professions paramédicales nouvellement constitué le 12.12.2002. Il est clairement apparu que tant les membres présents que les infirmiers et certaines professions paramédicales (notamment les technologues d'imagerie médicale) combattront ce projet avec vigueur.

Il est particulièrement regrettable que certains universitaires élaborent ce genre de propositions au niveau ministériel sans concertation avec les organisations professionnelles et à un moment où ils n'offrent aucune solution concrète à l'offre excédentaire dramatique de médecins qui sont autorisés à obtenir un diplôme dans leurs facultés.

La proposition du ministre est en faveur de ces nouvelles professions de la santé, je cite : *« (rendre) accessible aux professionnels de la santé étrangers qui ne peuvent normalement pas exercer chez nous : utilité en vue de l'élargissement de l'Union Européenne »* (fin de citation).

Le ministre parviendra-t-il ainsi à résoudre le problème de la surcharge de travail principalement administrative des médecins? Des médecins/paramédicaux maîtrisant mal le français ou le néerlandais et ayant une mauvaise connaissance de notre système de sécurité sociale hypercomplexe sont-ils appelés à devenir des "techniciens administratifs" mal (?) payés ?

Alors que, conséquence de l'Etat-providence actif de Frank VANDENBROUCKE, la Belgique compte toujours quelque 985.000 habitants percevant l'une ou l'autre

allocation de l'Office national de l'emploi (¹¹³). Où est la logique? Une nouvelle chimère d'un cabinet qui, selon le sénateur VLD et psychiatre Jef VALKENIERS, regorge de rêveurs écolos (¹¹⁴) ?

Espérons que cette maldonne sera rapidement résolue, que l'Autorité soutiendra financièrement l'aide administrative dont tous les médecins ont besoin d'urgence et que les universitaires veilleront à ce que les spécialistes ne se métamorphosent pas davantage encore en supertechniciens confiant les aspects humains des soins à un auxiliaire.

IV.3. Le cadastre des professions de la santé

Un des projets les plus décevants de la coalition arc-en-ciel est le « projet de loi portant création de la banque de données fédérale des professionnels des soins de santé » (¹¹⁵), approuvé quasi secrètement par la Chambre et le Sénat le 05.12.2002. Sans la moindre pudeur la Belgique se permet de créer une banque de données concernant « la force de travail » et « les caractéristiques sociologiques » des professionnels des soins de santé, des thèmes aussi interprétables qu'indéfinis. N'est-ce pas faire preuve d'une curiosité malsaine que de rassembler des données personnelles et identifiables telles que les adresses professionnelles, l'exercice en tant que salarié ou indépendant, en activité principale ou complémentaire ou en tant que retraité avec, le cas échéant, le numéro d'immatriculation de l'employeur ou, s'il s'agit d'un indépendant, les institutions de soins reconnues, maisons de repos et institutions privées ou publiques qui pratiquent des soins ou exercent des activités de médecine préventive ? Aucune de ces données privées ne peut être considérée comme un indicateur fiable, acceptable et proportionnel permettant ni justifiant une évaluation de « la force de travail » ou les « caractéristiques sociologiques » d'un dispensateur de soins. Nous disons bien « UN ». Le mot anonyme n'apparaît pas dans le texte.

L'accès à ces données nous inquiète tout autant. Les sociétés d'assurances ont ainsi accès à des données concernant « la reconnaissance des pratiques ». Les personnes enregistrées peuvent d'elles-mêmes faire « modifier gratuitement » leurs données. On peut cependant craindre que la banque de données soit rapidement sans valeur et dépassée, faute de mises à jour régulières. Par contre, il est par exemple formellement interdit de rayer leur statut professionnel (salarié, indépendant ou pensionné).

On a toutefois également incorporé quelques protections. L'élargissement de l'accès direct à la banque de données aux organismes publics de sécurité sociale et aux administrations publiques en général ne vaut que dans la mesure où, en vertu d'une (autre) loi, elles ont le droit de prendre connaissance des informations correspondantes. Quant aux données concernant « des activités particulières ou domaines de recherche » que le praticien peut communiquer volontairement, seules celles qui figureront dans une liste établie par le ministre fédéral de la Santé Publique sur avis du Conseil compétent pour l'agrément peuvent être prises en considération..

¹¹³ "De zegeningen van de welvaartsstaat". Knack. 27.03.2002.

¹¹⁴ "Kabinet Aelvoet met groene dromers". Artsenkrant n° 1470. 22.11.2002.

¹¹⁵ Chambre des représentants de la Belgique. 05.12.2002. Doc. 50 **2022/007**.

La nouvelle loi ne comporte malheureusement aucun élément de contrôle particulier des éventuels abus. Elle ne mène pas à une meilleure lutte contre l'exercice illégal des professions de santé, ou contre l'abus de titres académiques ou de compétences professionnelles, un phénomène qui surgit de temps à autre dans notre société. Bien au contraire. Même si ce sera un peu plus sophistiqué, il y aura désormais plusieurs voies d'accès ouvertes par lesquelles on pourra s'infiltrer dans la banque centrale des données de la santé publique. Une organisation malveillante et un bon pirate suffiront pour se faire connaître du public belge sous un visage qu'on a pas. Mais il ne faut pas nous en faire. Big Brother veille sur nous : puisque l'Etat règne sur la banque de donnée, il en est aussi le seul responsable.

Nous étions bien déconcertés de lire dans le rapport ⁽¹¹⁶⁾ que, dans son exposé d'introduction du 08.11.2002 à la Chambre, le ministre de la Santé publique Jef TAVERNIER soulignait: « Les organisations représentatives des professions concernées ont également été consultées sur le projet de loi et n'ont pas formulé d'objections. » Jef TAVERNIER a peut-être consulté les kinésithérapeutes, les infirmiers, les thérapeutes alternatifs et/ou autres, mais certainement pas les médecins.

Jamais je n'ai rencontré Monsieur TAVERNIER officiellement, ni en tant que secrétaire du GBS, ni en tant que vice-président de l'ABSyM. Ni la direction du GBS, ni le conseil de direction de l'ABSyM n'ont fait mention d'un entretien avec TAVERNIER en rapport avec son «cadastre». Nous nous souvenons bien d'un projet d'Arrêté Royal à ce sujet, que nous avons - quelques membres du bureau de l'ABSyM et le Conseiller-général Dr. Jean-Paul DERCO - passé au peigne fin, le 05.07.2000, non sans cacher notre consternation. Suite à cet entretien préparatoire, le projet d'arrêté royal du «cadastre» fut également mis à l'ordre du jour d'une réunion de concertation avec la ministre AELVOET, le 26.07.2000. En qualité de président de l'ABSyM, je lui ai alors fait part, cette fois par courrier, d'un certain nombre de remarques tant fondamentales que ponctuelles à propos du projet de l'époque. Ce dernier a finalement encore été soumis, sans la moindre modification, au Conseil Supérieur des médecins spécialistes et médecins généralistes, le 21.09.2000. Il y fut rejeté à l'unanimité.

Au début de l'année 2001, le projet d'A.R. est devenu un projet de loi. Le 28.01.2001 j'ai envoyé au chef de cabinet Manu KEIRSE une série d'objections et de remarques. A la mi-mars 2001, le projet a apparemment disparu de l'avant-projet de ce qui allait devenir la première loi sur les soins de santé pourpre-vert ⁽¹¹⁷⁾.

Depuis septembre 2000, nous n'en avons plus entendu parler, jusqu'à ce que nous trouvions le « cadastre » sous forme de loi, votée et approuvée, sur le site web du Parlement, prêt à être signé par le Roi pour publication électronique. Par chance, un nombre de monstruosité ont disparu du texte original.

« Pas formulé d'objections » est donc un énorme mensonge. Jef TAVERNIER, qui a dû, de manière inattendue, remplacer de Magda ALVOET, n'était peut-être pas au courant, mais le DG2 (directeur-général professions de santé, vigilance sanitaire et bien-être au travail), le Dr. Herman VAN LOON, qui s'est approprié les locaux, ainsi

¹¹⁶ Chambre des représentants de la Belgique. 08.11.2002. Doc. 50 **2022/002**.

¹¹⁷ "Artsenkadaster voorlopig van de baan." Artsenkrant n° 1334. 16.03.2001

que les secrétaires du Dr. J.P. DERCCQ, Conseiller-général de la Direction précédemment dénommée « de l'Art de guérir », et qui était présent le 26.07.2000, aurait dû, lui, savoir mieux...

V. LES MÉDECINS ET LES HÔPITAUX

V.I. Les suppléments d'honoraires...

L'article 4 de la loi du 14.01.2002 ⁽¹¹⁸⁾ a abrogé le fameux article 50bis de la loi SSI, loi dite Vermassen-Lenssens, avec effet à la date de publication, c.à.d. le 22.02.2002. Les articles 84, 85, 109 et 114 de la même loi introduisaient une nouvelle réglementation relative aux suppléments d'honoraires dans la loi sur les hôpitaux. Les importantes modifications apportées à l'article 138 de la loi sur les hôpitaux ont été commentées, bien avant leur publication au Moniteur, dans « Le Médecin Spécialiste » ⁽¹¹⁹⁾. A l'occasion de la date d'entrée en vigueur au 01.12.2002 de cet important article, nous avons fait la même chose avec un commentaire plus détaillé encore ⁽¹²⁰⁾ (voir également www.gbs-vbs.org).

Cette date d'entrée en vigueur, à elle seule, faisait déjà l'objet de toute une intrigue. Comme dans un bon « suspens », le ministre avait gardé le dénouement pour la fin. En effet, l'entrée en vigueur de l'art 138, ainsi que d'autres articles, dépendait encore d'un arrêté d'exécution dont la publication se faisait attendre. La disposition transitoire de l'article 114 de la Loi sur les soins de santé II prévoyait par contre d'emblée que les situations existantes en matière de suppléments d'honoraires pouvaient continuer à partir de la date de publication du 22.02.2002. Cette disposition transitoire a été assortie de deux conditions. D'une part elle ne s'applique qu'aussi longtemps que les tarifs maxima n'ont pas été fixés conformément à l'article 138, c.à.d. insérés dans le règlement général des rapports juridiques des médecins et communiqués à l'INAMI et à la Commission Paritaire Nationale Médecins-hôpitaux (CNPMH). Cependant, la publication de la Loi du 22.08.2002 ⁽¹²¹⁾ sortit le lapin du chapeau: l'art 48 de celle-ci prévoyait l'extinction pure et simple des dispositions transitoires de l'art 114 de la Loi sur les soins de santé II, après un délai de deux ans, c.à.d. au 22.02.2004.

Le dénouement final ne vint cependant qu'à la lecture du Moniteur du 29.10.2002, dans l'art.6 de l'AR du 29.09.2002 ⁽¹²²⁾ précisant que l'article 138 entre en vigueur au 01.12.2002. L'année 2003 aura donc une signification cruciale pour les médecins hospitaliers: les gestionnaires et conseils médicaux devront se mettre d'accord sur un règlement déterminant les tarifs d'honoraires (tarifs maxima) et, le cas échéant,

¹¹⁸ Loi du 14.01.2002 portant des mesures en matière de soins de santé (1). M.B. du 22.02.2002. Appelée "Loi sur les Soins de Santé II" dans la suite de ce chapitre. En effet, la "Loi du 10.08.2001 portant des mesures en matière de soins de santé" a été publiée antérieurement dans le Moniteur belge du 01.09.2001. Il s'agissait de la "Loi sur les Soins de Santé I" de la coalition pourpre-vert.

¹¹⁹ "Les futures règles concernant les tarifs d'application dans les hôpitaux". Le Médecin Spécialiste n° 1, janvier 2002

¹²⁰ "Tarifs des honoraires pour les patients hospitalisés." Le Médecin Spécialiste. N° spécial novembre 2002.

¹²¹ Loi du 22.08.2002 portant des mesures en matière de soins de santé. M.B. du 10.09.2002. Appelée "Loi sur les Soins de Santé III" dans la suite de ce chapitre.

¹²² A.R. du 29.09.2002 portant exécution de l'article 138 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

les situations auxquelles elles pourront s'appliquer pour les différentes activités médicales. Pour assurer une continuité il faudra que ces dispositions soient communiquées par le gestionnaire avant le 22.02.2004 à l'INAMI et la CNPMH. Cette dernière en a déjà reçu quelques unes. La responsabilité de la non-communication éventuelle des arrangements figurant dans le règlement général des rapports juridiques incombe au gestionnaire hospitalier.

Pour toute clarté, l'art 138 est également applicable pour les prestations en hospitalisation de jour dont la liste est annexée à l'AR du 29.09.2002 déjà redéfini par l'AR du 09.01.2003 ⁽¹²³⁾. Lorsqu'un accord est en vigueur les médecins ayant refusé d'y adhérer ne peuvent toutefois pas porter en compte de suppléments aux catégories « sociales » de patients définies à l'article 2 de cet AR et qui sont hospitalisés en chambre à deux lits ou en chambre commune. (cf. le Médecin Spécialiste n° spécial novembre 2002). S'il n'y a pas d'accord, les tarifs qui servent de base de calcul pour l'intervention de l'assurance-maladie constituent les tarifs maximum pouvant être portés en compte pour les catégories de patients et les conditions d'hospitalisation susmentionnées.

V.2. ...et la « déclaration d'hospitalisation »

Vers la fin de l'année, le Cabinet annonçait une suite pour le « suspense » des suppléments d'honoraires. Avant les élections du 18.05.2003, le ministre veut réaliser un « stunt » politique. Parcourant en diagonale les dispositions de la loi AELVOET sur les droits des patients, qui devrait faire le bonheur électoral d'AGALEV, Frank VANDENBROUCKE cherche lui aussi des arguments percutants à score suffisamment élevé pour convaincre les électeurs encore hésitants : d'où la « déclaration d'hospitalisation ». Sa trouvaille est on ne peut plus populiste : une espèce de « devis » que l'hôpital serait obligé à soumettre à la signature du patient au moment de son entrée à l'hôpital.

Comme si ce dernier est un garage et le corps humain une simple machine assortie d'une garantie de produit à durée limitée et composée d'une batterie de pièces susceptibles de faire l'objet d'échanges standards. Dans le monde commercial une obligation de devis n'existe pas. Une firme l'établira (dans certains cas) si le client le demande. Dès que les choses se compliquent un tant soit peu, on passe « en régie », les frais étant imprévisibles.

L'accueil du premier projet ministériel, tant à la CNPMH qu'au Conseil national des Etablissements hospitaliers (CNEH), fut particulièrement frileux. L'exigence d'une information complète relative aux prix et tarifs était tellement vaste et démesurée que tous les représentants du secteur, médecins tant que gestionnaires, étaient unanimes pour rejeter le projet comme irréalisable. Par ailleurs, le patient se verrait proposer un formulaire à remplir qui lui donnait la fausse impression de pouvoir fixer lui-même le prix ; bref, de préférence gratuit. Au choix du plus bas prix, le formulaire liait d'emblée la renonciation au libre choix du médecin par le patient.

Pour contenter un VANDENBROUCKE très pressé, le Président du CNEH, le Prof. Dr. Jan PEERS tentait désespérément de convaincre un groupe de travail mixte du

¹²³ Arrêté royal du 09.01.2003 modifiant l'arrêté royal du 29 septembre 2002 portant exécution de l'article 138 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 (M.B. du 03.02.2003).

CNEH et de la CNPMH à trouver en un temps record une solution pratique plausible. Fin 2002 il n'y avait pas encore de « déclaration d'hospitalisation ».

Se concertant avec les seuls organismes assureurs, le cabinet a alors développé lui-même un prototype de formulaire et un projet d'A.R. d'exécution des articles 91 (suppléments du prix de chambre) et 138 (suppléments d'honoraires) de la loi sur les hôpitaux. Ce projet est arrivé dans les boîtes aux lettres des membres du groupe de travail mixte, la veille d'une réunion ultime qui devait avoir lieu le 30.01.2003. Lors de discussions très serrées, en présence de la représentante du ministre, ceux des mutuelles et des hôpitaux, ainsi que quelques représentants des médecins, la structure initiale du document a été maintenue, malgré les longues listes de remarques et de corrections proposées par les gestionnaires hospitaliers ainsi qu'un contre-projet concret et très simple de notre part. Grâce à notre insistance soutenue, la formule du « devis » a finalement été modifiée dans les termes suivants : « *Je sais que j'ai le droit d'obtenir des informations concernant les conséquences financières personnelles de mon choix. Je sais que je peux recevoir du médecin de l'information concernant les coûts que je devrai supporter personnellement pour les actes prévisibles, sachant qu'il n'est pas possible de tout prévoir* ».

La question « je souhaite être soigné au tarif de l'engagement » (dans la formule initiale « je souhaite séjourner au tarif de l'engagement »), prévue comme première étape dans un arbre décisionnel conçu à l'envers, restait quasi indiscutable pour la représentante du ministre. Nous avons souligné qu'il fallait écarter toute information fallacieuse à l'égard du patient et que la première question à poser était la suivante : « *J'ai pris connaissance des conditions de revenus pour pouvoir bénéficier de l'application du tarif de l'engagement et je déclare y répondre / ne pas y répondre* ». Les limites de revenus prévus dans les accords seraient, malgré l'opposition (de quel droit ?) des organismes assureurs, mentionnés sur le formulaire d'hospitalisation. De même nous avons fait accepter la suppression de toute limitation du libre choix du médecin : en effet, chaque patient non seulement peut choisir librement parmi les médecins conventionnés, mais peut également convenir avec un médecin non-conventionné. Selon la logique ministérielle, le médecin non conventionné serait obligé de demander des suppléments.

La loi sur les droits des patients prévoit que c'est le médecin qui informe ceux-ci des charges possibles liées à ses actes médicaux, et non l'hôpital. Il ne peut fournir cette information que dans la mesure où elle est disponible. Il peut prendre des arrangements à ce sujet avec le patient d'une part et avec l'hôpital d'autre part. Le raisonnement du ministre est fondé sur l'article 138 de la loi sur les hôpitaux. Or, on ne peut en tirer aucune conclusion quant au montant d'honoraires que le médecin réclame, mais uniquement le montant maximum pouvant être demandé au patient. Dans bon nombre d'hôpitaux ces honoraires maxima varieront selon la nature des activités médicales. Il semble donc bien que le projet que le ministre s'appête à concrétiser repose sur un raisonnement erroné.

V.3. Une relation équilibrée entre médecins et gestionnaires, au sein de l'hôpital

Les négociations avec les gestionnaires dans le cadre de la Task Force Perl avaient pour but de définir un statut plus équitable et doté d'une meilleure sécurité financière

pour les médecins hospitaliers. Malgré l'arrêt des discussions dès le 18.12.2001, par l'attitude adoptée par les gestionnaires hospitaliers ⁽¹²⁴⁾, le souriant site web du Ministre des Affaires sociales continuait, début 2002, à émettre des messages positifs. Dans son « Agenda 2002 pour le changement dans les soins de santé », il écrivait sous le titre « Une relation équilibrée entre médecins et gestionnaires à l'hôpital » que les ministres avaient décidé « de ne pas encore trancher » en ce qui concerne la législation relative à la répartition des coûts (art. 140 de la loi sur les hôpitaux) dans les hôpitaux. Ils avaient cependant pris « immédiatement trois initiatives » positives.

En vue de réaliser un véritable partenariat entre l'hôpital et les médecins une première mesure avait déjà été prise par l'AR du 18.12.2001 ⁽¹²⁵⁾ donnant accès au Conseil médical à toutes les données financières et statistiques relatives à l'hôpital. Le ministre promettait que cette mesure serait complétée par la mise en place légale d'une « Commission financière » dans chaque hôpital ⁽¹²⁶⁾.

Point deux : le problème des 17 milliards de FB de sous-financement structurel du prix de journée, constaté par les gestionnaires hospitaliers, serait examiné objectivement. Ce trou est jugé provoquer « des tensions croissantes » entre médecins et gestionnaires en ce qui concerne « les réglementations relatives aux coûts » ; il voulait dire : les retenues démesurées sur les honoraires médicaux. Les ministres promettaient la création immédiate d'un groupe de travail composé de représentants de la section Financement du Conseil national des Etablissements hospitaliers et de « représentants des ministres et de l'administration ».

Et pour évaluer cette problématique dans sa globalité, les ministres annonçaient comme troisième mesure immédiate, que le Recteur honoraire DILLEMANS de la K.U.Leuven serait chargé d'une mission d'information afin de dresser un inventaire des points névralgiques et de proposer des solutions. Le but étant d'en tirer des conclusions pendant l'actuelle législature et de les convertir en un projet de loi.

Cependant...

L'AR du 18.12.2001 relatif à la communication obligatoire des informations comptables au Conseil médical ne manquait pas d'engendrer des controverses suite aux interprétations extrêmement restrictives du V.V.I. qui, à tort, estimait que cette obligation se limitait aux seuls hôpitaux ayant une perception centralisée par le gestionnaire pour tous les honoraires et d'autre part, que le Conseil médical serait tenu au secret le plus absolu, y compris vis à vis du staff médical de l'hôpital.

Malgré le semblant d'impartialité que voulait afficher le ministre, il ne pouvait pas s'empêcher de confirmer publiquement la très contestable position adoptée par le VVI, en réponse à une question parlementaire, ajoutant de la sorte un point névralgique supplémentaire à la longue liste du Recteur honoraire DILLEMANS.

¹²⁴ Cf. Rapport annuel 2001 du GBS. "III.6. Le dénouement : les gestionnaires d'hôpitaux reviennent sur leurs engagements". Dr M. Moens. 02.02.2002.

¹²⁵ A.R. du 18.12.2001 exécutant l'article 128bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987. (M.B. du 28.12.2001 Ed. 1).

¹²⁶ Cette promesse s'est en effet concrétisée sous la forme de l'article 129 bis de la Loi du 22.08.2002 portant des mesures en matière de soins de santé (M.B. du 10.09.2002) (appelée "Loi sur les Soins de Santé II" dans ce chapitre).

Quant au nouveau §5 de l'article 140 de la loi sur les hôpitaux, on n'en soufflait mot ⁽¹²⁷⁾.

Cette nouvelle disposition permet au gestionnaire d'augmenter, par l'accord d'un Conseil médical qu'il peut à tout moment mettre sous pression, les retenues d'honoraires fixées contractuellement. Il s'agit en fait d'une modification unilatérale de contrat puisque le Conseil médical n'est pas du tout le co-contractant du contrat individuel du médecin hospitalier. Malgré toutes nos tentatives auprès des politiques pour empêcher l'introduction de ce paragraphe, la loi sur les Soins de Santé II a été publiée tel quel au Moniteur belge du 22.02.2002.

Le Titre II de la loi sur les Soins de Santé III (22.08.2002 – MB 10.09.2002) introduit la « Commission Financière », en même temps que les « montants de référence au titre III ⁽¹²⁸⁾.

La deuxième annonce au sujet de l'objectivation des 17 milliards de BEF de sous-financement structurel des hôpitaux, n'a été exécuté que très partiellement. Peut-être le gouvernement a-t-il considéré que le remplacement du mot « prix de journée » par « budget des moyens financiers de l'hôpital », avec effet au 01.07.2002 ⁽¹²⁹⁾, constituait une substantielle façon de remplir sa promesse. La lecture du Moniteur belge du 30.05.2002 fut pour beaucoup une douche froide. Certains moyens financiers destinés aux hôpitaux universitaires, et que d'autres institutions qualifient pudiquement d' « inappropriés » puisqu'ils leur sont formellement interdits, deviennent à partir du 1.07.2002 un droit objectif et perpétuel par décision gouvernementale. Non pas la façon dont les moyens ont été obtenus, mais leur montant.

En guise de consolation, le budget des hôpitaux généraux pouvait bénéficier de quelques mesures ponctuelles qui entrent en vigueur à partir du 1.01.2003.

Ainsi la mesure d'économie dont souffraient les services des urgences (8.130.908€ pour l'ensemble du pays) fut abrogée. On se demandait d'ailleurs dans quelle logique elle avait été prise. Un financement complémentaire a été prévu pour les produits médicaux (29.596.000€ pour l'ensemble du pays). Ceci toutefois, moyennant une révision de la définition de cette notion, de manière à interdire de porter encore en compte des frais de produits au patient hospitalisé, sauf mention précise dans la nomenclature ou sur une liste approuvée par le ministre, et dont le contenu est actuellement encore activement débattu.

Un financement a été prévu pour les fonctions SMUR agréées (222.146 € par fonction). Restent, enfin, quelques mesures ou adaptations mineures en matière de rattrapage après ouverture ou fermeture de lits, le résumé clinique minimum, l'impact financier du SMUR à partir du 1.01.2000 et autres corrections matérielles.

Sur le terrain les tensions financières augmentent sans cesse. Suite à de graves problèmes de liquidités certains gestionnaires réclament des contributions phénoménales. Le bilan financier du nouveau système de financement ne pourra vraiment être établi en toute clarté qu'à partir de 2003, puisqu'il n'a été mis en route que depuis 6 mois. Mais les premiers échos semblent alarmants.

Le Recteur honoraire Dillemans a rencontré les partenaires de la médico-mut pour la première fois en début mars 2002. Le 05.03.2002 je l'ai rencontré avec Jacques de

¹²⁷ Cf. VI.1. Procédures juridiques.

¹²⁸ Cf. II.2. La responsabilisation individuelle et les montants de référence.

¹²⁹ A.R. du 25.04.2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux. (M.B. du 30.05.2002, Ed. 3).

Toeuf pour un premier « tour d'horizon ». La suivante rencontre, à l'occasion de laquelle il nous soumettait une note d'inventaire, eut lieu le 21.11.2002. Après avoir insisté, son collègue émérite et notre président, le Prof. Dr. Jacques GRUWEZ, a obtenu qu'une rencontre avec une délégation du GBS aura finalement lieu mi-février. Frank VANDENBROUCKE est le seul politicien qui réussit à faire chasser des projets de loi en moins de deux mois à travers du dédale parlementaire⁽¹³⁰⁾. Mais pour l'article 140 de la loi sur les hôpitaux, les choses ne peuvent que traîner. L'annonce qu'on allait redresser la « relation équilibrée entre médecins et gestionnaires d'hôpitaux » vient donc s'ajouter à la liste des « Paroles, paroles, paroles... » du gouvernement, comme l'épineux problème de la responsabilité professionnelle.

V.4. Le budget global hospitalier

En 1997, le gouvernement DEHAENE avait érigé les soubassements juridiques d'un budget global hospitalier comprenant le financement des activités médicales. Lors de l'élaboration du nouveau système de financement des hôpitaux, le gouvernement arc-en-ciel avait, quant à lui, envisagé de passer au stade de la concrétisation, pour les institutions universitaires dans un premier temps. Le ministre F. VANDENBROUCKE adapta l'art. 56bis de la loi SSI par un art 9 de la loi sur les Soins de Santé II (Loi du 14.01.2002 ; MB 22.02.2002), en permettant de déroger du système de remboursement A.M.I. normal. « *Par dérogation aux dispositions de la présente loi coordonnée et de ses arrêtés d'exécution, le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, après avis du Conseil général (de l'INAMI) et de la Commission de conventions ou d'accords concernée (la Commission nationale médico-mutualiste), fixer annuellement un budget global de moyens financiers pour les prestations de l'article 34 qu'il détermine et qui sont dispensées à des bénéficiaires admis dans les établissements hospitaliers qu'il désigne et qui sont visés à l'article 2 de la loi sur les hôpitaux coordonnée le 7 août 1987.* » C'est précisément une des dispositions qui permettent au ministre, via Le Conseil général de l'INAMI d'organiser des transferts de dépenses pour des prestations médicales ; telles que les honoraires de biologie clinique, imagerie médicale et dialyse rénale, à la sous-partie B7 du budget des moyens financiers des hôpitaux universitaires^(131, 132).

La Commission Nationale Médico-Mutualiste n'a plus droit qu'à un simple "avis" sur cette matière. En outre, puisque c'est un A.R. qui désigne les hôpitaux auxquels ces dispositions s'appliquent, on peut s'attendre à l'application de budgets globaux privilégiés, à certains hôpitaux privilégiés. A défalquer, bien entendu, du budget des soins médicaux des autres. Le Ministre VANDENBROUCKE est effectivement un homme très prévoyant.

Pour être complet, la loi sur les Soins de Santé II introduit un art. 64bis dans la loi SSI, stipulant que pour les prestations remboursées entièrement ou partiellement par le budget des moyens financiers visé à l'article 87 de la loi sur les hôpitaux, aucune

¹³⁰ Cf. II.2. L' "amendement" subtil comprenant la loi sur la responsabilité individuelle, inséré dans la "Loi sur les Soins de Santé III"

¹³¹ Article 79 §1 de l'A.R. du 25.04.2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux (M.B. du 30.05.2002).

¹³² Cf. VI.1.6. Procédure contre l'A.R. du 25.04.2002.

intervention de l'assurance ne peut être accordée, sauf pour la partie non remboursée par le budget. Les transferts mentionnés ci-dessus sont tout le contraire de ce qui est prévu à l'article 64bis. L'alinéa 2 de l'article 64bis stipule qu' un AR, après avis du Comité de l'assurance, peut modifier les honoraires, prix, tarifs de remboursement ou autres montants, fixés réglementairement qui sont remboursés par le budget. Cette disposition n'a pas été appliquée non plus lors des transferts de biologie clinique et imagerie médicale mentionnés ci-dessus dans les hôpitaux bénéficiant du B7.

Ce récit, fortement résumé, et forcément complexe, à propos d'un seul et unique article de la loi SSI, et à propos de ce qui est advenu de son exécution, nous apprend beaucoup quant à la moralité de la direction en démocratie parlementaire. Il nous en apprend encore plus quant à l'évolution arbitraire de notre système de soins de santé dès que les pouvoirs publics se mettront à répartir les budgets en usant d'un système de d'allocations forfaitaires encore plus hermétique.

Un des principaux défis, pour les médecins mais probablement pour tout le système des soins de santé, face à la prochaine législature, sera sans doute de réagir efficacement à la généralisation des systèmes de budget global, pas uniquement dans le milieu hospitalier mais peut-être également dans les soins dispensés par les médecins généralistes. Dans le cadre d'une série d'auditions des praticiens des professions de la santé organisées par le PS en janvier 2003, Mr Elio DI RUPO se déclare d'emblée (depuis le début, le 12.12.2002) partisan d'une plus grande forfaitarisation du financement de l'activité hospitalière, par un budget composé de trois sous-budgets : celui des actes médicaux et paramédicaux (80% sur base des données de pathologie et 20% à l'acte), celui des produits pharmaceutiques et enfin celui des frais d'exploitation.

D'après Di Rupo, trois conditions doivent être remplies :

Premièrement, un enregistrement rapide des données relatives à l'activité médicale, de sorte que le financement suive rapidement la réalité de l'octroi des soins. Ceci nous semble relever de l'utopie car les problèmes de liquidités structurels suivront inévitablement.

Deuxièmement, une simplification des normes d'agrément pour les services, compensée par un système d'accréditation pour les activités. Nous craignons surtout des normes additionnelles, compliquées et changeante et la possibilité d'attributions arbitraires.

Troisièmement, une révision du statut du médecin hospitalier dans le sens d'une plus grande intégration à l'hôpital. Nous supposons que ceci vise l'article 140 puisqu'il s'agit de financement.

Nous lui avons répondu que sa vision ressemblait comme deux gouttes d'eau à la logique absurde d'un National Health Service comme celui du Royaume-Uni, où les patients, après épuisement du budget en cours, doivent attendre l'amorce de celui de l'année qui suit. La seule grande particularité du système belge serait alors que, grâce aux 20% à l'acte, les médecins pourraient encore être considérés comme indépendants, de manière à ce qu'on puisse répercuter le coût des récidivants problèmes de liquidités sur les honoraires via l'article 140.

Mais ceci est encore une autre histoire, car sa ministre, Laurette ONCKELINX a entre temps décidé de combattre vigoureusement les « faux indépendants ». En 1997, la ministre des Affaires sociales, Magda DE GALAN, appartenant à la même famille idéologique (P.S.), avait ouvertement déclaré que notre système ne pourrait pas se payer une médecine hospitalière salariée.

VI. PROCÉDURES JURIDIQUES

VI.1. Procédures juridiques introduites en 2002 (en ordre chronologique)

(Décisions du Comité directeur du 04.04.2002 – 23.05.2002 - 04.07.2002-07.11.2002)

VI.1.1. Loi du 14 janvier 2002 portant des mesures en matière de soins de santé (M.B. du 22.02.2002) – Action commune du GBS et de l’AbsyM devant la Cour d'arbitrage

1. L'article 112 de la loi susmentionnée insère le paragraphe suivant dans l'article 140 de la loi sur les hôpitaux :

« § 5. L'accord entre le gestionnaire et le Conseil médical tel que visé aux §§ 3 et 4, est contraignant pour les médecins hospitaliers concernés, nonobstant toute stipulation contraire dans les conventions ou les actes de nomination individuels visés à l'article 131. »

Suite à cette nouvelle disposition, en cas d'accord entre le Conseil médical et le gestionnaire, les retenues sur les honoraires peuvent être adaptées indépendamment de ce qui est stipulé dans la convention individuelle des médecins. Dès lors, la convention individuelle du médecin ne lui offre plus la moindre sécurité financière.

2. L'article 28 de la loi du 14 juillet 2002 insère un article 173 bis dans la loi S.S.I. du 14 juillet 1994 :

« Art. 173bis. Si le Service du contrôle médical ou le service du contrôle administratif, de sa propre initiative ou après communication par un organisme assureur, constate qu'un dispensateur de soins, malgré un avertissement écrit, porte en compte indûment des prestations ou les fait porter en compte par des tiers, ce dispensateur de soins est redevable d'une indemnité compensatoire, conformément aux conditions et modalités à fixer par le Roi et sans préjudice des sanctions et récupérations mentionnées au titre VII de la présente loi.

Cette indemnité est due pour des constats de fautes qui ne concernent pas exclusivement le non-respect des instructions concernant la transmission des données de facturation sur support magnétique, arrêtées par le Comité de l'assurance en application des dispositions de l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Cette indemnité s'élève à 20 % du montant porté en compte erronément pour une première constatation et à 50 % du montant porté en compte erronément en cas de répétition au cours d'une période de deux ans.

Le Roi détermine la destination et le mode de comptabilisation des indemnités perçues, ainsi que la part éventuellement versée à l'organisme assureur. »

Selon l'Exposé des motifs, cette nouvelle disposition est nécessaire « car les sanctions pénales et les autres sanctions (Titre VII de la loi) prévues par la loi ne sont pas adaptées en raison de la lourdeur des procédures à suivre. La sanction est généralement limitée à une simple récupération des prestations facturées indûment. Cette situation est intolérable. Elle est source de frustrations au sein des services de contrôle. Cette disposition vise à obliger ceux qui ne facturent pas correctement, à supporter une partie des frais inhérents au contrôle et à la récupération. Le ministre entend de cette façon stimuler les services de contrôle. »

Ce système est tout simplement scandaleux. Surtout lorsque l'on sait que bon nombre de problèmes relatifs à l'application de la nomenclature trouvent leur origine dans des libellés parfois très confus des prestations de santé dans la nomenclature et dans les règles interprétatives encore plus confuses.

Le nouveau système doit être perçu comme une sorte de système de dissuasion. En effet, le médecin se sentira obligé d'accepter une proposition probablement insuffisamment motivée de règlement à l'amiable afin d'éviter pire encore.

3. Les articles 63 et suivants de la Loi du 14/01/2002 portant des mesures en matière de soins de santé stipulent entre autres que :

"L'article 40 de la même loi (lire : la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7.8.1987) est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 40. Les appareils et équipements qui, en application de l'article 38, sont désignés par le Roi comme étant de l'appareillage médical lourd, ne peuvent pas être installés ni exploités sans l'autorisation préalable de l'autorité visée aux articles 128, 130 ou 135 de la Constitution. Cette autorisation est requise même lorsque l'initiateur ne fait pas appel à l'intervention visée à l'article 46 et même lorsque l'investissement a lieu en dehors d'un hôpital ou d'une institution médico-sociale. »

"L'article 41 de la même loi est remplacé par la disposition suivante :

« Le Roi peut préciser, par appareil figurant sur la liste de l'appareillage médical lourd visée à l'article 38, des règles concernant le nombre maximum d'appareils être mis en service et exploités. »

La terminologie utilisée est très vague. L'appareillage médical lourd peut porter tant sur de simples appareils d'échographie ou des appareils laser que, d'une manière plus large, sur un laboratoire.

Il est inadmissible que la loi confère au Ministre la compétence de dresser la liste des appareils, et donc des prestations qui ne peuvent plus être exécutées en dehors de l'hôpital. Dans ces circonstances, les prestations visées ne peuvent pas davantage être facturées au patient en dehors de l'assurance-maladie.

VI.1.2. Appui financier de l'action introduite contre la direction d'un hôpital afin d'obtenir l'organisation d'élection intermédiaire.

En raison des relations tendues avec la direction et d'une série d'incidents graves, tous les membres d'un Conseil médical, à l'exception de deux membres parmi lesquels le président, ont remis leur démission en juin 2001. Depuis lors, plusieurs médecins travaillant dans cet hôpital ont été mis à la porte sans que l'avis du Conseil médical n'ait été sollicité. Le dossier a été soumis à la Commission nationale médecins-hôpitaux qui a d'abord rempli un rôle de médiation. Etant donné l'attitude rigide permanente de la direction en ce qui concerne l'organisation d'élections partielles pour le Conseil médical, le dossier a été transmis au Parquet. Malgré cette procédure, la direction de l'hôpital restait sur sa position et refusait d'organiser des élections partielles argumentant que de toute façon des élections devraient être organisées dans quelques mois.

Le Comité Directeur du GBS a décidé à l'unanimité d'appuyer financièrement l'action introduite contre la direction afin de l'obliger à organiser des élections partielles. Il s'agit en effet d'une question de principe. L'attitude de la direction revient à une négation des pouvoirs élémentaires du Conseil Médical.

VI.1.3. Arrêté Ministériel fixant les critères d'agrément des médecins spécialistes en psychiatrie, particulièrement en psychiatrie de l'adulte et des médecins spécialistes en psychiatrie, particulièrement en psychiatrie infanto-juvénile (M.B. 21.02.2002)

Dans le cadre des dispositions finales de cet Arrêté ministériel, l'A.M. du 29 juillet 1987 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage pour les spécialités de psychiatrie et de neurologie, est abrogé à l'exception des dispositions visant la neurologie. Cette disposition a pour conséquence que toutes les dispositions transitoires concernant les neuropsychiatres disparaissent également, et ce alors que ceux-ci constituent toujours le groupe le plus important. Sur un total de 1.953 spécialistes qui pratiquent la psychiatrie, il y a 1.358 neuropsychiatres (69,5 %) et 595 (30,5 %) psychiatres.

VI.1.4. Une action en recouvrement des cotisations dues par l'Union professionnelle des dermatologues pour l'année 2001 a été introduite devant le tribunal de première instance de Bruxelles.

VI.1.5. Action au fond contre le premier train de mesures d'économies entré en vigueur le 1 mars 2002 (AR du 27.02.2002)

Un premier train de mesures d'économies est entré en vigueur le 1er mars 2002. Les médecins conventionnés ayant manifesté leur volonté contraire par lettre recommandée adressée à l'INAMI dans les 30 jours, pouvaient échapper à ces mesures jusqu'au 31.12.2002. Le GBS et l'ABSyM, après une analyse juridique approfondie ont encouragé leurs membres à profiter de cette possibilité étant donné que cela ne porterait pas préjudice à leur statut social. M. PERL, sur ordre de son ministre de tutelle F. VANDENBROUCKE, a averti les médecins que dans ce cas, ils

perdront le droit à leur statut social et qu'ils seront considérés comme étant déconventionnés pour l'ensemble de leur activité. Le Dr *J. DE TOEUF*, Président de l'ABSyM, a introduit un recours un référé, en son nom personnel, contre l'INAMI afin de faire reconnaître son droit au statut social. Le 2 mai 2002, le juge des référés a donné tort à l'INAMI. Le Dr *J. DE TOEUF* conserve son statut social car il a, en application du point C 6 de l'accord médico-mutualiste du 18.12.2000, manifesté, dans les trente jours suivant la publication de l'A.R sur les économies, sa "volonté contraire" à l'INAMI. Cette décision a cependant été cassée par le juge des référés siégeant en appel.

Le juge du fond doit encore se prononcer, ce dernier est nullement lié par les décisions du juge des référés. Dans le cadre de la nouvelle convention conclue le 19 décembre 2002, publiée au Moniteur Belge du 20 janvier 2003, il est prévu expressément que, au cas où le Ministre en 2003 impose unilatéralement des mesures d'économies, les numéros de la nomenclatures concernés quittent l'accord et que par conséquent, les médecins conventionnés peuvent déterminer librement leurs honoraires sans perte de leur statut social. Ce point de l'accord est juridiquement justifié par l'article 225 de la loi-programme du 24.12.2002 (MB du 31.12.2002)

VI.1.6. L'A.R. du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux a été publié au Moniteur belge du 30.5.2002, 3e édition.

Dans le cadre du nouveau financement des hôpitaux, les hôpitaux universitaires sont à notre avis injustement avantagés par rapport aux autres hôpitaux. La partie B7 du « prix de journée » (A et B) est financée entre autres par le prélèvement d'un montant déterminé du budget global des honoraires de la biologie clinique.

La partie B7B est destinée aux hôpitaux non universitaires bénéficiant d'un financement pour le développement, l'évaluation et l'application de nouvelles technologies médicales et/ou formation. Les conditions à remplir pour pouvoir bénéficier de ce financement supplémentaire ont toutefois été fixées de telle manière que, dans la pratique, aucun hôpital n'est en mesure de remplir les conditions exigées (par exemple perception centrale de tous les honoraires, un équivalent plein temps médecin hospitalier par 3 lits agréés, plus de 70 % de l'activité hospitalière doit être réalisée par des médecins à temps plein, les tarifs de la convention doivent être respectés pour toutes les activités, etc.).

Avec ces nouvelles mesures de financement le Ministre *F. VANDENBROUCKE* va à l'encontre de ses promesses faites à l'occasion de l'inauguration officielle de la nouvelle aile de l'hôpital O.L.Vrouw d' Alost le 20.09.2000. Dans son discours il a tenu un plaidoyer pour que tous les hôpitaux soient financés de manière identique pour des activités identiques.

VI.1.7. A.M. du 1er octobre 2002 modifiant l'arrêté ministériel du 3 mai 1999 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes

En vertu de l'arrêté ministériel susvisé, pris en exécution d'une directive européenne, les candidats médecins généralistes peuvent désormais entamer leur formation de

médecin généraliste après la 6^e année études de médecine. Les médecins spécialistes ne peuvent entamer leur formation de spécialiste qu'après la 7^e année. Une discrimination est ainsi instaurée entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes.

VI.2 Arrêt

Le 11 décembre 2002, la Chambre restreinte a prononcé un arrêt dans la procédure engagée par l'INAMI contre certains médecins spécialistes et notamment des ophtalmologues et un dermatologue, pour obtenir le remboursement des consultations au domicile du malade (prestation 103014). Dans la mesure où il s'agissait d'une question de principe, le comité directeur a décidé de soutenir financièrement cette procédure. L'action de l'INAMI était fondée sur le non-respect des dispositions contenues dans la règle interprétative 200-3/5 stipulant que cette consultation doit être effectuée en présence du généraliste.

La Chambre restreinte a déclaré l'action de l'INAMI non fondée sur la base du principe fondamental qu'une règle d'interprétation ne peut pas imposer de conditions supplémentaires. La présence simultanée du médecin-spécialiste et du généraliste n'était en effet pas prévue dans la nomenclature. Les médecins ont donc agi conformément à la nomenclature. Cette matière a été réglée définitivement par l'A.R. du 15.01.2002 (M.B. du 03.07.2002) qui est entré en vigueur le 01.09.2002. A dater de ce jour, la nomenclature prévoit expressément que la présence simultanée n'est requise que si elle est demandée expressément par le médecin demandeur. Dans tous les autres cas, la transmission d'un rapport écrit par le médecin spécialiste au médecin demandeur est suffisante.

VII. SOINS D'URGENCES

VII.1. Coup dur financier pour les hôpitaux

Les soins urgents spécialisés, l'aide médicale urgente et les services mobiles d'urgence sont victimes d'une législation nébuleuse et d'une profusion d'arrêtés. Un héritage avec des séquelles de l' "empereur-sacristain Marcel COLLA". En 2002, pas moins de 8 arrêtés royaux ont été publiés concernant les SMUR (¹³³).

Le 31.01.2003, le Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement publie la liste des SMUR agréés dans le Moniteur belge (¹³⁴).

L'article 10 de l'arrêté ministériel du 5 mars 2002 (¹³⁵) jette la consternation : pour réaliser "une nouvelle diminution du nombre de journées d'hospitalisation par

¹³³ Trois A.R. du 15.07.2002 (M.B. du 13.08.2002, Ed. 1), deux A.R. du 18.07.2002 (M.B. du 13.08.2002, Ed. 1), un A.R. du 20.09.2002 (M.B. du 26.09.2002) et deux A.R. du 25.11.2002 (M.B. du 21.12.2002, Ed. 2).

¹³⁴ Arrêté ministériel du 29.01.2003 intégrant des fonctions "service mobile d'urgence" agréées dans le fonctionnement de l'aide médicale urgente (M.B. du 31.01.2003).

¹³⁵ Arrêté ministériel du 05.03.2002 fixant, pour l'exercice 2002, les conditions et les règles spécifiques qui régissent la fixation du prix de la journée d'hospitalisation, le budget des moyens financiers et le quota de journées d'hospitalisation des hôpitaux et services hospitaliers (M.B. du 29.03.2002).

l'encouragement de l'hôpital de jour et une meilleure utilisation des services d'urgence", les sous-parties B1 et B2 pour les services aigus sont diminuées respectivement de 0,28 % et 0,70 %. Conséquence : les services d'urgence doivent économiser 10 millions d'euros alors qu'ils sont déjà déficitaires. Cette mesure provisoire a été levée à partir du 01.01.2003.

Ce nouveau coup dur financier est également à l'origine de la discussion sur l'instauration d'une forme de "droit d'entrée" au service d'urgence. Le mot d'ordre lancé par le VVI (¹³⁶) à ses hôpitaux, les invitant à facturer 25 euros au patient à partir du 01.06.2002 afin de couvrir le financement totalement insuffisant des coûts liés au matériel et aux personnes, a été qualifié de "déclaration de guerre" par le ministre VANDENBROUCKE. Pratiquement tout le monde s'est dressé contre cette "taxe" sur les soins d'urgence (¹³⁷). Le BeCEP (Belgian College of Emergency Physicians), union professionnelle associée au GBS, a profité de l'occasion pour jeter un nouveau coup de projecteur sur ses problèmes (¹³⁸), notamment suite à plusieurs drames survenus dans des SMUR.

Dans une affaire engagée par les Mutualités socialistes, le juge de paix de Lierre a donné raison, en août 2002, au H. Hartziekenhuis qui a facturé un forfait de 500 FB (12,39 euros) lors du passage par les urgences. Le juge a considéré que ce montant était une "indemnisation équitable".

Depuis, le ministre VANDENBROUCKE a inscrit cette possibilité dans la loi (¹³⁹). Il a vendu cette idée à ses collègues récalcitrants du SP comme une forme de "responsabilisation" du patient. De nombreux hôpitaux ne tireront pas avantage de cette possibilité. Par exemple, Yvan MAYEUR, vice-président du Conseil d'administration de l'Hôpital Saint-Pierre à Bruxelles, a déclaré qu' "*Imposer ces 12,5 euros, c'est établir une relation commerciale avec le patient*" et que, par conséquent, ils ne réclameront pas ce montant (¹⁴⁰).

Les arrêtés d'exécution se font encore attendre et, dans l'intervalle, le ministre fait savoir que la perception de ce nouveau ticket modérateur n'est pas (encore) autorisée.

VII.2. Le vrai urgentiste veut-il bien se lever?

Comme nous l'avions signalé l'année dernière (¹⁴¹), le Conseil d'Etat s'est prononcé en faveur de l'annulation de deux arrêtés royaux (¹⁴²) à la demande du BeCEP. De ce fait, de nouveaux arrêtés transitoires ont été adoptés via les A.R. susvisés.

¹³⁶ Verbondsnota VVI, 2002/68 du 14.05.2002.

¹³⁷ "Caritas-ziekenhuizen willen patiënten 25 euro aanrekenen. Iedereen tegen heffing spoedgevallen". De Morgen. 30.05.2002.

¹³⁸ "Urgences : afflux des patients, exil des médecins". Le Soir. 21.06.2002.

¹³⁹ Service public fédéral Chancellerie du Premier ministre. Loi-programme (I) (1) du 24.12.2002. Articles 32 et 44. (M.B. du 31.12.2002.)

¹⁴⁰ "La décision de l'hôpital du centre-ville devrait influencer les autres établissements publics bruxellois. Saint-Pierre refuse les 12,5 euro". Le Soir. 29.11.2002.

¹⁴¹ Rapport annuel 2001 du GBS. VIII. Soins d'urgences. Dr M. Moens. 02.02.2002.

¹⁴² Décisions du Conseil d'Etat n° 96.289 du 11 juin 2001 et 96.285 du 8 juin 2001 annulant 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

Nous avons transmis une série de propositions de modifications au cabinet AELVOET, devenu entre-temps TAVERNIER, dont nous avons également discuté avec deux collaborateurs du cabinet, le Prof. Dr Walter BUYLAERT et le Dr Koen VAN DE WOUDE. Le 22.11.2002, nous avons reçu du cabinet un projet d'arrêté ministériel "fixant les critères d'agrément du médecin spécialiste porteur du titre professionnel particulier pour la permanence des admissions d'urgence et du médecin spécialiste porteur du titre professionnel particulier de médecine d'urgence". Le comité directeur du GBS a rejeté catégoriquement cette proposition et a fait une contre-proposition. Il convient également de tenir compte des médecins 001 et 002 ayant obtenu le brevet de médecine aiguë. En effet, ils ne devraient en principe plus avoir la possibilité, à partir du 01.01.2003, de facturer des prestations dans le cadre de l'AMI. Ils ne devraient plus pouvoir que prescrire des médicaments.

Par le biais de la nomenclature, la médico-mut a prévu une modification instituant une période transitoire durant laquelle une solution définitive doit être trouvée pour ces médecins qui ne sont ni des généralistes ni des spécialistes et qui ne souhaitent d'ailleurs pas le devenir. Une sorte de "médecin d'institution", à l'image de ce qui existe aux Pays-Bas. Une solution définitive n'est pas encore pour demain.

Entre-temps, les urgentistes restent sur leur faim pour ce qui est de l'amélioration de leurs honoraires. Dans une lettre datée du 17.01.2003 adressée au ministre VANDENBROUCKE, le président du BeCEP Jan STROOBANTS a fait part des objections de son association concernant l'accord médico-mutualiste du 19.12.2002 et a demandé des éclaircissements concernant l'absence de moyens supplémentaires ou d'un réaménagement du financement.

VIII. SURVOL DE QUELQUES UNIONS PROFESSIONNELLES

VIII.1. Radiologie

VIII.1.1. Régime du Tiers Payant (T.P.) et imagerie médicale

Conséquence des économies sans fin réalisées en imagerie médicale depuis la conclusion de l'accord médico-mutualiste du 18.12.2000, le pourcentage des radiologues déconventionnés a progressé de 10,64 % au début de l'année 2001 à 51,67 % au début de l'année 2002.

Durant quelque sept mois, les mutuelles laissent faire mais, à la mi-septembre, le collège intermutualiste estime apparemment que cela commence à bien faire et envoie aux radiologues non conventionnés une lettre leur indiquant que pour utiliser le régime du tiers payant (T.P.), ils doivent s'en tenir aux tarifs de l'AMI et signer un engagement en ce sens. Peu de temps après, les biologistes cliniques, les cardiologues et les physiothérapeutes reçoivent eux aussi une lettre similaire les menaçant de la suspension du régime du tiers payant. La raison de cette réaction des mutuelles s'explique par le fait que de nombreux collègues continuent à facturer l'ancien tarif, le montant de la réduction du remboursement étant désormais porté en compte comme supplément.

mars 1999 modifiant l'arrêté de base du 10 août 1998 fixant les normes auxquelles une fonction " service mobile d'urgence " (SMUR) doit répondre pour être agréée.

Le 03.10.2002, le GBS et l'ABSyM écrivent conjointement une lettre ouverte à Madame N. BADIE, secrétaire de la Commission Tiers payant du Collège intermutualiste national, pour lui signaler plusieurs erreurs importantes dans sa lettre de menace, en se référant à la législation en vigueur (¹⁴³).

Entre-temps, le 19.12.2002, un nouvel accord médico-mutualiste a été conclu avec cette fois encore une clause concernant le tiers payant : Le point 4.2. stipule : *"L'accès au système du tiers payant facultatif est ouvert à leur demande aux médecins qui n'ont pas adhéré à l'accord dans la mesure où ils notifient au Collège intermutualiste national qu'ils respecteront les tarifs de l'accord pour les prestations couvertes par le système du tiers payant dans les mêmes conditions que les médecins engagés."*

Une telle disposition est insérée dans l'accord depuis 1993. Il a été porté à notre connaissance qu'un groupe de dispensateurs ont eu maille à partir avec une mutuelle locale à la fin du mois de décembre 2002.

Les mutuelles ne peuvent rien faire jusqu'au 6 mars 2003, date à laquelle l'accord peut légalement entrer en vigueur au plus tôt. Pour le moment, conformément au point 10.1 (¹⁴⁴) de l'accord du 19.12.2002, il n'y a pas de tarifs en vigueur aux termes de l'accord. Il existe juste une recommandation prônant le respect des tarifs dès le 01.01.2003. Le seul remède efficace pour contrecarrer ces chicaneries des mutuelles est de recourir le moins souvent possible au régime du tiers payant. Le retour au traitement manuel des attestations de soins donnés classiques en lieu et place du traitement centralisé de la facturation sur bande magnétique représente un tel supplément de travail, et donc des coûts supplémentaires en moyens et en personnel, pour les O.A. que nous pouvons nous en servir comme d'une arme efficace.

Nous avons donné des explications techniques détaillées en janvier 2003 (¹⁴⁵).

VIII.1.2. Les guidelines en imagerie médicale

Dans le cadre de la Task Force Perl, les radiologues avaient proposé que, en échange d'une nouvelle forfaitarisation de leur nomenclature qui est actuellement payée à hauteur de $\pm 31\%$ via des honoraires forfaitaires, des guidelines soient élaborées dans leur discipline. Des représentants de l'UNR et de l'ABSyM ont, conjointement avec la Société royale belge de radiologie, consacré énormément de temps et d'énergie au sein du Consilium Radiologicum à l'élaboration de ces guidelines.

Les propositions ont été soumises le 07.01.2003 au groupe de travail général du Conseil technique médical. De nombreuses critiques ont été émises par les différentes disciplines, notamment par les pneumologues. Par ailleurs, l'attitude du

¹⁴³ A.R. du 10.10.1986 portant exécution de l'article 53, alinéa 8, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. M.B. du 28.10.1986. Article 4bis.

¹⁴⁴ Accord Médico-Mutualiste du 19.12.2002. Point 10.1. "La Commission nationale médico-mutualiste prend acte avec plaisir de la décision des organisations représentatives du Corps médical de recommander aux médecins concernés le respect, à partir du 1er janvier 2003, des honoraires prévus par l'accord avant même la mise en vigueur de ce dernier".

¹⁴⁵ "Tiers-Payant : La coupe déborde !" Le Médecin-Spécialiste n° spécial janvier 2003

Service de l'évaluation et de contrôle médicaux a également été surprenante. La coresponsabilité du prescripteur et du radiologue n'en est apparemment encore qu'aux balbutiements. Le Service sera probablement amené à s'adapter à sa nouvelle mission (¹⁴⁶), à savoir l'évaluation et donc l'abandon d'une forme de contrôle trop facile qui se limitait à vérifier si les nom, prénom, sexe, date, etc. figuraient bien sur la prescription et ensuite, au cas où une des nombreuses données administratives faisait défaut, à exiger le remboursement aux radiologues.

Le GBS est l'organe par excellence pour réunir les unions professionnelles concernées afin d'examiner avec les radiologues les projets de guidelines en tenant compte de l'évidence médicale ainsi que des possibilités pratiques sur le terrain. En effet, tous les médecins jusqu'au fin fond du pays ne sont pas en mesure de suivre l'arbre décisionnel idéal dans l'utilisation de l'appareillage d'imagerie médicale, pour la simple et bonne raison que l'appareillage idéal n'est pas disponible partout dans le pays.

VIII.2. Ophtalmologie

VIII.2.1. La nouvelle nomenclature est bloquée

Il est particulièrement frustrant de constater que la réalisation d'une nouvelle nomenclature élaborée avec expertise pour l'ophtalmologie est bloquée pour des raisons strictement budgétaires. Le Dr Christa VAN DEN NESTE a assuré la coordination des travaux des différentes sous-spécialités, tant aux niveaux universitaire que non universitaire, elle y a associé tous les présidents de GLEM, l'union professionnelle ainsi que le SOOS, le syndicat d'ophtalmologues, et a fourni entre autres au président du CTM, à savoir le Dr J. DE TOEUF, et à moi-même, le 29.03.2002, une proposition incluant l'impact budgétaire.

Même l'opération de la cataracte par phaco-émulsification, qui permet de réaliser des économies substantielles car elle peut très souvent être réalisée en ambulatoire ou raccourcir la durée de l'hospitalisation d'une manière significative et qui, de plus, peut être effectuée sous anesthésie locale, ce qui permet d'éviter l'anesthésie générale plus risquée, ne passe pas le cap des chicaneries budgétaires. Les mutuelles et l'ASGB, par l'entremise des anciens membres de leurs conseils d'administration qui sont entre-temps devenus conseillers au sein du cabinet de VANDENBROUCKE, luttent activement contre toute nouvelle revalorisation de l'ophtalmologie prévue dans le cadre des phases deux et trois de la modernisation de la nomenclature d'ophtalmologie.

Durant la réunion du Comité de l'Assurance de l'INAMI du 27.01.2003, le chef de cabinet adjoint le Dr Ri DERIDDER a encore lancé une remarque budgétaire négative concernant le dossier phaco dont j'avais notamment souligné l'importance sociale.

Les mutuelles refusent d'"investir" dans l'ophtalmologie car elles savent que l'investissement réalisé en 1999 a à peine fait augmenter le nombre d'ophtalmologues conventionnés (¹⁴⁷). Ce qui les intéresse avant tout, c'est que leurs

¹⁴⁶ Service Public Fédéral Chancellerie du Premier Ministre. Loi-programme (II) (1) du 24.12.2002, articles 13 à 49 (M.B. du 31.12.2002)

¹⁴⁷ Le nombre d'ophtalmologues ayant refusé d'adhérer aux accords se situe en moyenne aux alentours de 50 %. 52,46 % ont refusé d'adhérer à l'accord du 13.12.1993, 49,94 % à celui du

membres soient traités aux tarifs de remboursement. C'est pourquoi elles refusent d'évaluer la nouvelle nomenclature quant à ses aspects qualitatifs et sociaux.

VIII.2.2. Ophthalmologues contre opticiens

Après pas quelque 11 années de bataille juridique contre la chaîne d'optique internationale Vision Express et après la réponse de la Cour européenne de justice le 01.02.2001 à une demande préjudicielle du 27.03.1996 de l'Union professionnelle belge des médecins spécialistes en ophtalmologie et chirurgie oculaire, Vision Express a été condamné pour exercice illégale de la médecine, au début du mois de novembre 2002, par la 55^e chambre du Tribunal correctionnel de Bruxelles. Il s'agit d'une condamnation de principe. Les dommages-intérêts ont été fixés symboliquement à 2 eurocents.

Le 09.09.2002, le ministre VANDENBROUCKE et la ministre AELVOET ont mis fin à une autre discussion engagée lors de la réunion du Comité de l'Assurance du 25.06.2001 concernant les critères relatifs à la compétence et à l'exercice de la profession d'opticien (¹⁴⁸).

Il n'y aura aucune mention du terme "optométrie" dans la législation. Le ministre VANDENBROUCKE dit très clairement que le ministère des Affaires sociales ne peut pas être détourné au profit de certaines structures de l'Enseignement supérieur qui, pour des raisons opportunistes, créent de nouvelles orientations débouchant sur des professions qui ne sont pas reconnues par l'INAMI. Il est rare que MOENS et VANDENBROUCKE soient ainsi à l'unisson. Retrait de la note de l'ordre du jour du Comité de l'Assurance. Rideau.

VIII.3. Oncologie et hématologie

La nomenclature de l'INAMI relative à la consultation oncologique pluridisciplinaire est finalement entrée en vigueur le 01.02.2003. (¹⁴⁹). Par contre, les querelles autour du titre professionnel ne sont pas encore réglées.

Pour connaître le début de l'affaire, je vous renvoie à mes précédents rapports annuels (¹⁵⁰).

A l'exception des "véritables oncologues (internistes)", pratiquement personne n'était d'accord avec les projets d'arrêté ministériel. La proposition relative à l'agrément de l'interniste-oncologue et du pédiatre-oncologue a été rejetée majoritairement en opposition lors d'une réunion émaillée d'incidents du Conseil supérieur des médecins généralistes et des médecins spécialistes du 17.09.2002. Cette réunion avait été

11.12.1995, 54,27 % à celui du 03.11.1997, 55,10 % à celui du 15.12.1998, 51,48 % à celui du 18.12.2000 et 56,54 % à celui du 15.12.2001. Seuls les dermatologues et les chirurgiens plastiques se déconventionnent encore plus.

¹⁴⁸ Note C.S.S. 2001/134 bis du 14.06.2001. Projet d'A.R. modifiant l'article 96 de l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

¹⁴⁹ A.R. du 25.11.2002 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (M.B. du 13.12.2002).

¹⁵⁰ Notamment rapport annuel 2001 du GBS. VII. L'oncologie et les programmes de soins oncologiques. Dr M. Moens. 02.02.2002.

précédée par une lettre recommandée du 15.04.2002 adressée au Dr J.-P. DERCQ, président, et signée par 18 membres du Conseil supérieur, déclarant qu'ils ne pouvaient pas accepter que le Conseil supérieur soit manipulé par les ministres AELVOET et – bien qu'il ne soit pas directement compétent en la matière mais il a au moins autant de poids – VANDENBROUCKE. Aucun consensus n'a pu être dégagé malgré les efforts considérables déployés par notre président et le projet d'arrêté ministériel est toujours en suspens.

Tout comme le projet d'arrêté relatif aux programmes de soins en oncologie. Nous suivons le dossier de près.

L'agrément du nouveau titre professionnel d'hématologue a avancé plus rapidement. Nous avons certes dû intervenir fermement auprès du Conseil supérieur car, dans le texte initial, le président de la Belgian Haematological Society, à savoir Marc BOOGAERTS, professeur d'hématologie à la K.U.Leuven, s'était – "sans en avoir aucunement l'intention bien entendu" – approprié la totalité du laboratoire d'hématologie et l'avait placé sous la direction de l'interniste-hématologue.

Sa version très sérieusement remaniée, qui précise notamment qu'il s'agit d'hématologie "clinique" (et donc pas de laboratoire), étant également devenue acceptable pour les biologistes cliniques, elle a pu être approuvée.

Le titre professionnel particulier "... et en hématologie clinique" a été publié au Moniteur belge du 23.10.2002 ⁽¹⁵¹⁾. L'arrêté ministériel fixant les critères a été publié le 27.11.2002 ⁽¹⁵²⁾.

Entre-temps, les hématologues avaient déjà soumis une longue liste de desiderata au Conseil technique médical concernant des prestations pour lesquelles ils s'estiment compétents, notamment en ce qui concerne les transfusions. Après examen par le groupe de travail médecine interne, qui a éliminé certains dossiers comme l'exsanguino-transfusion chez les nouveau-nés réalisée par des hématologues (!), la liste ainsi réduite a été approuvée en séance plénière du Conseil technique médicale le 28.01.2002 et poursuit son chemin dans les échelons suivants de l'INAMI.

VIII.4. L'unification des gynécologues

En cette année 2002, l'équipe actuelle de la direction de l'Association professionnelle des Obstétriciens et Gynécologues belges (APOGB/BBVG) a réussi l'exploit de s'unifier avec les sociétés scientifiques francophone et néerlandophone. Grâce à cette opération le nombre de membres de association professionnelle a presque doublé : de 404 en 2001 à 767 en 2002.

Un nouveau Comité Directeur sur présentation d'une part de la « Cellule de défense professionnelle » du Groupement des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique (GGOLFB) et de la « Beroepsbelangencommissie » de la Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (VVOG) d'autre part, sera soumis prochainement à l'approbation de l'Assemblée générale de l'association

¹⁵¹ A.R. du 30.09.2002 modifiant l'arrêté royal du 25 novembre 1991 établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire (M.B. du 23.10.2002).

¹⁵² Arrêté ministériel du 18.10.2002 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en hématologie clinique, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en hématologie clinique.

professionnelle. Nous félicitons de tout cœur les architectes de cet édifice, d'autant plus que par ailleurs, tout au long de l'année, ils ont travaillé sans relâche à la défense des intérêts de leur discipline.

IX. CONCLUSION

2002 a été une année agitée. Une armée de "cabinetards" a permis à son général Frank VANDENBROUCKE d'organiser quasiment quotidiennement un show annonceur de bonnes nouvelles à l'intention du monde extérieur. L' "inner circle" sait mieux à quoi s'en tenir. L'acharnement du ministre des Affaires sociales ne plaît pas davantage au ministre de la Santé publique.

Les effets de l'attitude arrogante de VANDENBROUCKE sont perceptibles. Il n'a pas son pareil pour dresser différents groupes les uns contre les autres. Faut-il attribuer le faible taux de participation aux élections médicales de juin 2002 à l'apathie ou faut-il déjà y voir la naissance de l'insatisfaction que VANDENBROUCKE a allègrement favorisée par son comportement autoritaire?

Le paysage médical pourrait changer radicalement à l'issue des élections fédérales du 18 mai 2003. Rien de nouveau sous le soleil dans le fait que les généralistes entendent poursuivre leur chemin de leur côté. Par contre, la volonté des généralistes de négocier directement avec les politiques constitue une évolution politiquement explosive, surtout dans la mesure où le réflexe de défédéralisation flamand qui y est indissociablement lié, est, aux yeux de la Belgique francophone, initié et entretenu par le ministre fédéral des Affaires sociales Frank VANDENBROUCKE.

Le premier ministre VERHOFSTADT a reçu une délégation nationale de dispensateurs de soins de première ligne le 31.01.2003 et le Dr Yolande AVONDROODT, VLD et présidente de la Commission Santé publique, a encouragé les généralistes à former un front uni.

Cela sonne-t-il le glas des syndicats mixtes ? "Le splitsing" généraliste-spécialiste précédant "le splitsing" Nord-Sud ?

Si le premier ministre a l'intention de revoir les règles de représentativité pour les syndicats de médecins, que ce soit en totalité – tant concernant le rôle linguistique que par une prise en compte distincte des généralistes et des spécialistes – ou partiellement – uniquement les généralistes et les spécialistes pris à part –, le GBS constitue de facto un acteur important qui devra trouver une nouvelle voie pour devenir un partenaire incontournable dans la politique de la santé.

Mener en permanence une concertation et des consultations avec toutes les unions professionnelles est essentiel, tout en sachant que le fonctionnement volontariste actuel des unions professionnelles constitue parfois un frein pour travailler vraiment efficacement.

Nous regardons vers l'avenir avec confiance et intérêt.

Je vous remercie pour votre attention.

Dr M. MOENS
Secrétaire général
08.02.2003