
Le Médecin Spécialiste

Organe du Groupement des Unions
Professionnelles Belges
de Médecins Spécialistes

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

ISSN 0770-8181 - MENSUEL

N° 8 / NOVEMBRE 2003

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

SOINS DE SANTE ET QUALITE **Symposium à l'occasion de l'éméritat du Prof. Dr Luc BAERT** **(Urologie, KULeuven)**

Samedi 27 septembre 2003, le Prof. Dr L. BAERT a organisé, à l'occasion de sa cérémonie d'adieu, un symposium particulièrement intéressant sur les thèmes de la qualité et de l'abordabilité des soins de santé. Une thématique tout à fait d'actualité qui a été traitée dans un contexte large, dépassant les frontières nationales, et à travers les différentes facettes des soins médicaux, avec la claire intention de la part des organisateurs de confronter les responsables de la politique en matière de soins de santé à un certain nombre de problèmes et de dilemmes incontournables.

Sur le plan du contenu, une initiative particulièrement réussie si ce n'est que les ténors de la politique belge en matière de soins de santé étaient absents. L'ex-ministre des Affaires sociales, F. Vandebroucke, qui avait initialement donné son accord pour conclure la journée d'étude en s'exprimant sur le système belge des soins de santé, s'est fait excuser in extremis en raison de la redistribution des compétences au sein du gouvernement. Dommage, car cela aurait permis une auto-évaluation de la politique du gouvernement qui était encore récemment au pouvoir.

Le nouveau cabinet de la Santé publique et des Affaires sociales avait également décliné l'offre en raison de la mise en route des "Dialogues de la Santé" qui doivent conduire d'ici quelques mois à la définition d'une nouvelle politique de la santé pour les années à venir. Encore une fois dommage, car le ministre R. Demotte aurait certainement pu exposer des vues instructives qui risquent de s'égarer dans les "Dialogues de la Santé" organisés sur une grande échelle et qui, semble-t-il, pourraient se révéler chaotiques.

Le mérite des organisateurs réside précisément dans le fait que, à partir des prémisses de problèmes médicaux spécifiques, dans le cas présent le traitement du cancer génito-urinaire, une série d'idées instructives a été donnée concernant les "best choices" et leur évolution possible en fonction de développements scientifiques et technologiques précis, pour ensuite examiner les questions essentielles dans le contexte plus global et inévitablement macro-économique d'une politique de santé.

Point de départ : le patient dans sa position centrale et sous l'approche holistique du dispensateur de soins.

Premier thème : les soins de santé, un droit, abordable et comment ?

Abordable? Concernant cette question essentielle, le Prof. Z. PETROVICH (Univ. of Southern Carolina School of Medicine, L.A., California, USA), a parlé d'entrée de jeu du "CyberKnife"

extrêmement onéreux mis au point en 1995 aux Etats-Unis, durant son exposé consacré aux technologies radiochirurgicales les plus récentes.

Ce développement technologique performant peut pour l'instant être qualifié de futuriste, notamment en raison du coût de l'investissement qui avoisine les 3 millions de dollars. Malgré tout, quelque 14 installations sont disponibles aux Etats-Unis, 22 au Japon et 2 en Italie. De sorte que l'on est en droit de penser que les choix en matière de politique de santé sont ou peuvent être largement influencés par la présence sur le territoire national d'intérêts industriels, mais également que les possibilités technologiques évoluent beaucoup plus rapidement que la politique depuis ces vingt dernières années. Et enfin la question : la politique doit-elle laisser libre cours aux innovations technologiques ou les limiter?

Lorsqu'il y a une vingtaine d'années, les autorités belges ont décidé de soumettre le CT-scan à une programmation, elles se sont alignées sur des positions françaises qui étaient en fait conditionnées par des manœuvres d'atermoiement de la part de l'industrie française qui n'était pas encore en mesure de mettre sur le marché sa propre production.

Présentant tous deux des conceptions étonnamment parallèles dans le cadre d'un exposé sur la "cost-effectiveness" des traitements chirurgicaux des carcinomes génito-urinaires, le Prof. L. BOCCON-GIBOD (Bichat, Paris) et, de l'autre côté de l'océan Atlantique, le Prof. R. WILLIAMS (Etats-Unis) ont démontré que l'"evidence based" était loin d'être aussi évidente que l'utilisation sous forme de slogan que les managers de soins et les économistes sanitaires en font volontiers. Partant d'une approche holistique du patient dans toute son individualité et avec comme seul objectif de qualité l'intérêt de sa santé et de sa qualité de vie optimale, l'"evidence" exige une connaissance et une expérience médicale approfondie et très spécialisée de manière à permettre l'évaluation et l'estimation précise de chaque cas isolé dans un large éventail d'"opportunités" diagnostiques et thérapeutiques. Ainsi, la formulation de "best choices" doit s'effectuer en fonction de critères spécifiques qui sont délimités sous forme de consensus scientifico-professionnel sur base d'approches stochastiques, bien que cette "délimitation" s'accompagne inévitablement de zones marginales difficiles à définir et que l'évaluation du "cost" par rapport à l'"effectiveness" ne peut échapper à la possible rencontre de dilemmes individuels.

Si des consensus scientifico-professionnels sur l'"effectiveness" peuvent déjà acquérir une certaine universalité – certes toujours évolutive – il en va malheureusement autrement avec l'aspect "cost" qui est dans une large mesure influencé par et dépendant de l'efficacité des systèmes organisationnels et de financement mis en place par les autorités et par le management.

Les deux auteurs ont en fait mis l'accent sur l'imbrication étroite de la gestion des soins et de la science de la décision au sens large du terme en médecine spécialisée, ou mieux sur l'intégration des deux concepts autour du patient, pour arriver en quelque sorte à une définition actuelle de l'acte médical.

Lorsque le Prof. Dr A. VLEUGELS, comme quatrième orateur ("Minimally invasive techniques: Hope for the patient – Ambition for the medical team – Dilemmas for the hospital management"), s'est avancé de la "sphère urologique", en faisant remarquer qu'il ne fallait pas perdre de vue le thème principal "Health care: a right – affordable and how?", chacun a bien compris qu'il s'agissait là d'une nouvelle confirmation de l'accent mis. Répondant à la question "Comment?", il a pris comme point de départ le besoin de soins, la demande de soins et les attentes du patient, pour ensuite s'efforcer de décrire la réponse politique correspondante, d'une part, des dispensateurs de soins (les "providers") et, d'autre part, du management hospitalier. Nous comprenons que les besoins du patient en termes d'accessibilité, de disponibilité, de compréhension, de continuité, d'abordabilité, d'efficacité financière et clinique, de qualité, de sécurité, d'information, de communication, de transparence, de droit à l'autonomie, de respect de la vie privée, etc. sont traduits par le dispensateur de soins en termes d'EBM, de guidelines, de pistes de soins cliniques, de collaboration et de travail d'équipe, de pluridisciplinarité, de flexibilité, d'*appropriate care* au lieu de sous-utilisation, surutilisation ou de mauvaise utilisation des soins, d'indicateurs de qualité et de promotion de la qualité, de gestion de risque clinique, d'information, de communication, de consentement éclairé, d'éducation du patient, de respect et de confiance. Cela remonte le moral

d'apprendre que l'ancienne formule universelle "quolloquium singulare" reste une valeur établie au XXI^e siècle.

Cependant, nous ne voyons pas sur base de quelles prémisses soucieuses des intérêts du patient, la notion "hôpital", au nom d'une (selon nous) prétendue "flexibilité" du management, devrait pouvoir sortir de ses murs en faveur d'un concept tout puissant d'hôpital "virtuel", de réseau et de chemins de soins préétablis pour le patient. Quelle place cette vision réserve-t-elle au droit à l'autonomie du patient? Que reste-t-il de la "flexibilité"? Ne nous dirigeons-nous pas tout droit vers des chemins de soins s'appuyant sur des rapports de forces et d'intérêts et qui sont de plus en plus verrouillés?

Avec le glissement naturel des accents en matière de soins vers le secteur extra-hospitalier, l'hôpital doit axer plus que jamais son développement sur la gestion des infrastructures et des moyens disponibles ainsi que des services offerts aux patients et aux dispensateurs de soins, dès que son besoin de soins soustrait le patient à l'offre de soins dans sa sphère de vie normale, et non pas sur le management de l'offre de soins proprement dite, "out of limits", en fonction et au profit de ces mêmes structures et moyens. Selon nous, le défi pour l'avenir réside en d'autres termes dans l'intégration d'une manière adaptée du management médical, par les dispensateurs de soins concernés, dans la gestion des hôpitaux et non pas l'inverse, à savoir la subordination de l'offre de soins aux besoins managériaux des structures.

Pour expliquer un autre aspect de la complexité de l'acte médical, le Prof. Dr H. VAN AKEN (Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Westfälische Wilhelms-Universität, Münster) a fait un brillant exposé sur les problèmes éthiques lors de la prise de décisions aux Soins intensifs ("Ethical problems in intensive care: decision making"). Celui qui doit prendre des décisions médicales aux soins intensifs est constamment confronté à de nouvelles questions éthiques, étant donné la présence toujours imminente de la vie et la mort, d'une part, et l'engagement important aussi bien dans la souffrance humaine et la charge émotionnelle que dans les moyens humains et techniques. Il a surtout mis l'accent sur les dilemmes éthiques qui surgissent lorsque deux ou plusieurs principes éthiques entrent en conflit les uns avec les autres ou se heurtent à un cadre culturel, moralo-philosophique ou religieux; sur la difficulté de mettre en application le droit à l'autonomie du patient lorsque celui-ci n'est plus en mesure d'exprimer sa préférence; sur les réponses pourtant rares (seulement 20 %) apportées par les patients lorsqu'ils sont interrogés en temps opportun concernant les choix de soins dans des situations potentiellement fatales; sur la constatation qu'il n'existe pas de solutions standard applicables dans chaque situation; sur les différences subtiles que le professionnel reconnaît entre le "refus" (withholding) et le "retrait" (withdrawing) de traitements d'assistance vitale quand les normes éthiques n'établissent pas de distinction; sur la variabilité interpersonnelle considérable dans la prise de décisions à l'approche de la fin de vie. Si l'on accepte les prémisses qu'une demande croissante de soins intensifs amène également à s'interroger sur l'abordabilité, il faut également oser relever le défi du dilemme le plus difficile : comment allouer les moyens de la façon la plus juste et définir les priorités ? Des problèmes extrêmement complexes pour lesquels le Prof. Van Aken renvoie à des positions de principe adoptées en la matière par l'American Thoracic Society (1997). Et à ce propos, nous nous faisons la réflexion que cette thématique décisionnelle complexe contraste singulièrement avec certaines dispositions peu nuancées de notre toute nouvelle loi relative aux droits du patient et de notre loi relative à l'euthanasie.

Deuxième thème, soins de qualité au macroniveau : "Maintenance and improvement of Quality Health Care"

Cette séance a été ouverte par le recteur honoraire, le Prof. R. DILLEMANS. Il a constaté qu'à l'exception de la notion d' "Etat-providence", la convergence en Europe occidentale a été très faible dans le domaine des systèmes de soins de santé. Ensuite, il a donné un aperçu historique du système de santé belge en décrivant ses composantes spécifiques, ses "pierres angulaires", et en insistant surtout sur le rôle particulier des mutuelles en Belgique. Enfin, il est d'avis que la longue tradition de financement "dual" de l'acte médical (paiement à l'acte), d'une part, et du coût hospitalier, d'autre part, devrait être revue dans le sens d'une scission de la rémunération du

médecin en honoraires "purs" à l'acte, d'une part, et en une partie pour la couverture des frais de fonctionnement, d'autre part, et ce afin d'éviter les zones de friction entre les médecins et les hôpitaux. Nous pensons que cette piste de réflexion est dépassée par la réalité et qu'elle sera à l'origine de nouvelles zones de friction indésirables dans le processus de soins proprement dit, au niveau des moyens de l'acte médical en tant que tels. La seule voie possible pour le futur réside, selon nous, non pas dans le système de financement des activités médicales, mais dans la nécessité d'une médicalisation croissante du management.

Dans son exposé "The Belgian health model revisited", le Dr Marc MOENS, secrétaire général du GBS et vice-président de l'ABSyM, a examiné plus en profondeur le jeu d'équilibre difficile du système belge qui repose depuis près de 40 ans sur la concertation entre les dispensateurs de soins et les mutuelles, dans un cadre qui est imposé par les pouvoirs publics. L'emprise des autorités sur l'organisation des soins s'est considérablement renforcée au cours de ces 15 dernières années, et ce principalement pour des raisons d'ordre budgétaire et idéologique. L'exercice autonome de la profession par les dispensateurs de soins et l'esprit d'entreprise des établissements de soins sont entravés par une réglementation excessive des autorités. Les conséquences sont l'explosion budgétaire à la suite de l'imposition de normes excessives en matière d'encadrement infrastructurel et en personnel, sans plus-value qualitative pour l'offre de soins. La satisfaction du patient reste élevée pour l'instant mais, chez les dispensateurs de soins, on observe un mécontentement massif.

Pourtant, avec quelque 285.000 personnes travaillant dans le secteur de la santé, avec un budget de 8,7 % du PIB et avec des professionnels bien formés et – jusqu'il y a peu – très motivés, on pourrait s'attendre à ce que les besoins croissants d'une population vieillissante puissent être satisfaits.

L'idée des pouvoirs publics était d'exiger de toutes les personnes concernées qu'elles assument davantage de responsabilités. La traduction légale de ce principe vise surtout une catégorie professionnelle, à savoir les médecins.

Bien que les honoraires médicaux constituent le secteur de dépenses où la croissance a été la plus faible, c'est principalement au corps médical que l'augmentation des coûts est reprochée : les médecins sont trop accessibles, ils prescrivent trop et maintiennent les patients (trop?) longtemps en vie.

Pour pouvoir continuer à garantir les soins de santé belges bien cotés sur le plan international, un certain nombre d'interventions sont nécessaires à différents niveaux.

Les médecins souhaitent y participer d'une manière constructive avec les autres dispensateurs de soins et les patients. Le Dr MOENS formule des propositions concrètes.

Le patient doit savoir que les soins sont onéreux. A l'exception d'un groupe limité de patients nécessiteux, un ticket modérateur limité doit être payé pour tous les soins.

La médecine générale doit conserver son autonomie, indépendamment des structures étatiques. Une revalorisation majeure des honoraires par prestation est nécessaire d'urgence pour permettre aux généralistes de choisir et de développer par eux-mêmes leurs propres modalités de pratique. La place des médecins spécialistes exerçant en dehors des hôpitaux doit être reconnue. Leurs soins sont très accessibles et meilleur marché que les soins hospitaliers pour les autorités.

Les médecins hospitaliers doivent participer à la gestion de l'hôpital sur une base paritaire. Les gestionnaires et les médecins doivent redevenir des entrepreneurs. Pour pouvoir rester dans les limites des moyens mis à la disposition par la société, les médecins donnent la préférence aux guidelines de la profession plutôt qu'à des systèmes de financement statistiques.

Dans la mesure où aucun pays n'a la possibilité et la volonté de prendre en charge tous les soins de tous les patients, il convient de développer, à côté de l'assurance maladie-invalidité obligatoire, les assurances privées complémentaires qui existent déjà, en respectant un certain nombre de principes de solidarité.

Au cours de la formation du médecin, il convient d'être plus attentif au prix de l'examen médico-technique clinique. Pour ce faire, les centres académiques doivent établir des distinctions plus strictes entre les soins aux malades classiques à charge de la sécurité sociale et leur recherche médico-scientifique appliquée.

De tels changements ne pourront être réalisés que s'il y a une concertation permanente avec toutes les parties concernées.

Sous le titre "Budgettering in het Nederlands Gezondheidssysteem", le Dr Iuris Ans ANKONE a ensuite dressé un tableau quasi désespéré de la politique de la santé chez nos voisins néerlandais. Après un aperçu historique approfondi, elle est arrivée à la conclusion que les Pays-Bas ne sont pas en mesure de faire bénéficier leurs citoyens des progrès de la science médicale à des prix abordables. Le gouvernement néerlandais s'efforce d'y remédier avec de nouvelles sources de financement pour le macro-budget : cotisations plus élevées, augmentation des primes pour le paquet de soins, introduction de "co-payments" et de nouveaux tickets modérateurs, comme par exemple de 1,50 € pour chaque prescription de médicaments. Ou grâce à l'introduction d'éléments du marché dans les contrats entre patients et assureurs de soins et entre ces derniers et les fournisseurs de soins et par la suppression de soins, qui ne sont pas jugés médicalement nécessaires, du paquet de soins de sorte que ces soins supprimés doivent être couverts par une couverture d'assurance additionnelle.

Le macro-budget néerlandais pour les soins de santé se monte actuellement à 41,2 milliards d'euros, dont 17,7 milliards d'euros pour les soins médicaux et 23,5 milliards d'euros pour les soins de l'AWBZ (*Wet Buitengewone zorgen = Loi relative aux soins extraordinaires* : maladies chroniques, patients psychiatriques, handicapés mentaux, maisons de repos et de soins). A titre de comparaison : le budget global belge de l'INAMI pour 2004 a été fixé à 16,256 milliards d'euros par le Conseil général de l'INAMI le 13.10.2003. Le budget des soins néerlandais se monte à 9,75% du PNB et table sur un dépassement budgétaire de 7 à 9 % et sur une croissance annuelle de la consommation de médicaments de 10%. Le gouvernement néerlandais vient juste de décider de pratiquer des coupes sombres à hauteur de 11,1 milliards d'euros avec une augmentation des "co-payments" par le bénéficiaire des soins, une plus grande couverture individuelle des risques, une limitation du paquet de soins social et une plus grande couverture d'assurance privée des soins. Dans le même temps, le système de soins exige une augmentation significative de l'efficacité et de l'accessibilité.

Après avoir constaté que, pour ce qui est des soins spécialisés, les systèmes budgétaires successifs étaient intenable, on s'est efforcé à partir de 1995 de conduire l'expérience des "Diagnose Behandel Combinaties" (DBC), une sorte de programmes de soins ou de combinaisons d'activités médicales, de la pose du diagnostic à la fin du traitement, développés de manière empirique par la *Nederlandse Vereniging van Geneesheren-specialisten*. Ces DBC seraient liés suivant une structure uniforme à un prix de revient (coût hospitalier tout intégré et honoraires). Selon Mme Ankoné, les résultats de l'expérience se sont révélés décevants dans la mesure où l'enregistrement prend trop de temps et débouche sur des résultats très divergents. Le système a également conduit à des conflits sérieux entre les autorités et les médecins concernant la rémunération de leur activité médicale. Malgré tout, les premiers contrats avec des hôpitaux ont été conclus en 2003 pour quelque 17 DBC. L'objectif est d'étendre à l'échelle nationale cette expérience avec les 17 DBC. Dans l'optique d'une prochaine phase, des négociations sont menées en vue de la modification du système avec le remplacement des DBC individuels par une formation de "cluster". Le système ne serait pas non plus obligatoirement applicable et resterait en dehors de la correction budgétaire centrale. La phase suivante a entre-temps été reportée à juillet 2004. On travaille à un règlement constitué de deux segments, d'une part un budget avec des tarifs DBC fixes comprenant un montant d'honoraires fixe et, d'autre part, un segment avec des prix et paramètres DBC libres. Les Pays-Bas sont devant une situation pour le moins paradoxale : ils veulent introduire un système intégrant des éléments du libre marché dans un système de marché très réglementé jusqu'à présent et ils sont simultanément confrontés à la nouvelle nécessité d'un contrôle strict des dépenses. Ce qui nous permet de conclure qu'un système fondé sur une offre de soins échelonnée finit par déboucher sur des impasses organisationnelles et que les systèmes de financement forfaitaires ont pour conséquence une détérioration continue de l'accessibilité et une augmentation de la dualité.

* * *

Sur le thème "De Europese Gezondheidszorg en het Medisch beroep", le Dr C.C. LEIBBRANDT, ancien secrétaire général de l'Union européenne des médecins spécialistes (UEMS), a prononcé un exposé clair sur la façon dont le Traité de Rome doit assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine dans l'U.E. (art. 152) et l'Europe Unie contribuera à la protection de la santé, de la sécurité et des intérêts économiques des consommateurs (art. 153). En outre, le Traité (art. 47, §3) prévoit la libération progressive des restrictions réglementaires en ce qui concerne le droit à la liberté d'établissement des praticiens des professions médicales. Ces dispositions ont donné lieu à l'élaboration de directives européennes relatives à la reconnaissance mutuelle des titres professionnels, dans le cadre desquelles l'UEMS s'est engagée à harmoniser la qualité des formations dans les différentes disciplines et à intervenir pour la promotion de la qualité (European Boards, Charte relative à l'organisation de la formation continue, visitations européennes, carnet de formation, Quality Assurance Charter...).

Le Major-Général M.K. WYRICK ("Health Care in the United States – Need for a National Strategy") a ensuite procédé, au travers du système américain, à une description de la stratégie pour remplir aussi bien les besoins de santé individuels que publics, en examinant pour ce faire les problèmes qui doivent être résolus dans toutes les nations. Bien qu'aux Etats-Unis, les dépenses par habitant pour les soins de santé sont plus élevées que dans n'importe quel autre pays du monde, le bilan de santé du citoyen américain présente des résultats en termes de morbidité et de mortalité qui se situent au-dessous des attentes. Selon WYRICK, un système de santé doit être axé sur le niveau de santé de la communauté avec une gestion centralisée et une responsabilisation des bénéficiaires, des standards de performance et un contrôle des dépenses. Dans cette optique de modèle potentiel, on s'est intéressé non seulement au *private health care system* mais également au règlement de santé spécifique de la *Military and Veterans Administration*.

En guise de clôture du symposium, le Dr Rob VAN DEN OEVER (ANMC, Bruxelles) a présenté un exposé sur "The Future of the Belgian Health System". Il s'est livré à une analyse approfondie, souvent comparative, du système actuel : les principes de base, la proportion relative des dépenses privées/publiques, les points forts (output élevé, compétition, technologie moderne, accessibilité élevée, satisfaction du consommateur et du dispensateur de soins, qualité convenable et coût raisonnable) et points faibles (morcellement des compétences et des moyens, frais administratifs résultant de la structure fédérale de l'Etat) et ses défis pour l'avenir. D'une façon relativement provocante, il a fait remarquer que selon des études américaines, un nombre important de décès pourraient être évités en milieu hospitalier et qu'en Belgique, la prescription de tests de laboratoire et d'antibiotiques ne s'effectue pas toujours de manière consciencieuse.

Enfin, en guise de conclusion, il fait remarquer que chaque individu ou organisation, qu'elle soit professionnelle ou politique, concerné par le système de santé belge, est en mesure d'effectuer une analyse critique des éléments positifs et négatifs dans nos soins de santé. Il est cependant beaucoup plus difficile de définir les meilleures pistes de réflexion pour résoudre les différents problèmes identifiés.

Il est étonnant de constater que dans tous les pays occidentaux industrialisés, des causes similaires sont à l'origine de lacunes dans la politique de santé. La classification des priorités de ces causes et des solutions possibles diffère de pays à pays.

Des études comparatives internationales portant sur les systèmes de santé et l'augmentation des échanges mutuels d'informations avec une volonté politique d'harmonisation de la sécurité sociale dans l'UE montrent que les nations cherchent à ce que leur politique de santé s'inspire des expériences positives dans d'autres pays.

Assez ironiquement, ces corrections et mesures sont généralement appliquées au moment où les pays ayant servi d'exemple renoncent précisément à ces corrections et mesures car ces dernières n'ont pas donné les résultats escomptés.

Ainsi, dans tous les pays, le contrôle des coûts trône en haut de l'agenda de la politique de la santé, mais les solutions proposées ou adoptées sont très divergentes. Les nations où les soins de

santé sont davantage privatisés tendent vers une politique plus nationalisée et, inversement, les pays avec une réglementation publique stricte s'orientent vers une organisation plus décentralisée et libérale, alors que les pays où la population paie énormément de sa poche tendent vers une meilleure couverture d'assurance.

Dans certains pays, la prévention constitue une priorité importante tandis qu'ailleurs, elle disparaît de la liste des priorités car on considère qu'elle engendre des coûts sans qu'une preuve claire de ses bénéfices en termes de santé publique n'ait été apportée.

La rétribution du service rendu (*fee for service*) comme rémunération anti burn-out pour le professionnel de la santé a été réinventée dans des pays ayant connu un système d'enveloppe fermée avec rémunérations forfaitaires pendant plusieurs décennies.

Le contrôle des coûts, une nécessité pour le maintien de tout système de soins de santé, risque cependant de devenir illusoire en l'absence de contrôle et de limitation stricte des dispositifs de santé actuels en constante augmentation qui sont financés avec les fonds publics.

L'analyse de la croissance des dépenses nationales pour les soins de santé durant la dernière décennie montre que celle-ci est principalement due à des éléments incontrôlables. L'augmentation du niveau de vie, les innovations technologiques et les nouveaux médicaments, les attentes plus élevées des patients et le vieillissement de la population constituent tous des facteurs de croissance sur lesquels les managers et les responsables politiques n'ont pratiquement pas d'impact. La nature hétérogène de la pratique médicale, souvent présentée comme un gaspillage de moyens, résulte en partie de la nature proprement dite de la médecine : la médecine est encore toujours plus un art qu'une science exacte. Même si toutes les formes d'abus et de fraude, qu'il convient absolument de combattre, étaient totalement éradiquées, le secteur ne serait pas en mesure de respecter la norme de croissance des dépenses de santé définie par la loi en 1995.

Si la société refuse au secteur le financement dont il a besoin, ce qui irait à l'encontre de tous les sondages d'opinion qui indiquent que la santé constitue la première priorité des Belges, il faudra inmanquablement limiter les dépenses.

Dans la mesure où l'augmentation inévitable des coûts et des dépenses causée par la main-d'œuvre (effet Baumol), le vieillissement de la population et les besoins objectifs qui y sont associés, les innovations de la technologie de la santé et l'inflation ne sont pas des éléments contrôlables et étant donné que le rythme de croissance annuelle des dépenses de santé ne devrait pas être supérieur au rythme de croissance du PNB, et ce pour des raisons évidentes, il ne reste plus qu'une possibilité, à savoir autoriser, à des conditions adaptées et limitées, des modes de financement alternatifs, comme les assurances de santé privées.

Tout comme dans la plupart des autres pays, notre système de santé qui nous est cher et dont on fait l'éloge ne peut, selon VAN DEN OEVER, survivre que si l'on accepte qu'il faut apprendre à opérer des choix entre les dispositifs de santé assurés par les pouvoirs publics, sur base de principes sains d'evidence based medicine, de besoins essentiels et objectivés et de décisions médicales, éthiques, économiques et politiques combinées.

Avec cette vision d'un éminent médecin d'un organisme assureur belge tout aussi éminent, nous pensons dès lors que le symposium du Prof. Luc BAERT a trouvé une conclusion particulièrement significative avec un message limpide à destination des autorités. Nous sommes particulièrement reconnaissants à l'organisateur.

Jos Van den Nieuwenhof

Dans le cadre du symposium "Health care : a right - affordable and how ?", de la Chaire du Dr Paul TUYTENS, qui s'est tenu à Bruxelles le 27 septembre 2003, à l'occasion de l'éméritat du Dr Luc BAERT, Professeur d'Urologie à la KULeuven, le secrétaire général du GBS, le Dr M. MOENS, a tenu un exposé intitulé "Maintenance and improvement of quality health care. The Belgian health system model revisited."

La version anglaise originale avec la présentation Powerpoint y afférente figure sur notre website www.gbs-vbs.org depuis le 30.09.2003. En voici la traduction française.

MAINTIEN ET AMELIORATION DE SOINS DE SANTE DE QUALITE

LES SOINS DE SANTE BELGES REVISITES

Dr Marc MOENS, Secrétaire général du GBS
Conrad, Bruxelles, le 27.09.2003

1. INTRODUCTION

Je remercie le Prof. Luc BAERT de m'avoir invité à ce symposium et de m'offrir la possibilité de livrer plusieurs réflexions sur "the maintenance and improvement of quality health care in Belgium" du point de vue d'une association professionnelle de médecins pratiquants.

Comme partout ailleurs dans le monde industrialisé, le système de santé belge fait lui aussi l'objet de pressions. Les pierres angulaires que le Prof. DILLEMANS vient de décrire sont-elles appelées à être remplacées ou l'application de quelques touches de modernité sera-t-elle suffisante?

Les médecins belges ont toujours éprouvé de la méfiance à l'égard de l'immixtion des autorités dans leur pratique médicale. Depuis presque 40 ans, pour être précis depuis le 25.06.1964, il existe un système d'accords entre les médecins et les organismes assureurs concernant l'incorporation de certaines prestations dans le paquet de soins financé par les autorités et les honoraires pour les soins dispensés.

Jusqu'en 1993, les médecins ont pu exercer de manière quasiment autonome en concertation avec les organismes assureurs. Le système a été modifié par la loi du 15.02.1993 sous le ministère de Philippe MOUREAUX (Parti Socialiste). Le pouvoir des deux groupements d'intérêts a été considérablement réduit. Chaque accord conclu entre les médecins et les organismes assureurs doit obtenir l'assentiment du ministre responsable, une fois qu'il a été constaté que l'accord est conforme au budget approuvé par le gouvernement.

La concertation entre les autorités et les partenaires anciens du système, à savoir les mutuelles et les dispensateurs de soins (dans le cas présent les médecins) jouit d'une haute considération. Sous le gouvernement au pouvoir entre 1999 et 2003, avec Frank VANDENBROUCKE au poste de ministre des Affaires sociales, alors qu'il est aujourd'hui ministre de l'Emploi et des Pensions, la concertation n'a que rarement débouché sur des résultats ayant le support des groupements professionnels ou des établissements de soins concernés.

Bien que d'importants investissements aient été réalisés dans le système des soins de santé, la quasi-totalité des groupements professionnels se sont sentis tenus à l'écart par les autorités, et ce qu'il s'agisse des kinésithérapeutes, des pharmaciens, des médecins, des gestionnaires d'hôpitaux, de l'industrie pharmaceutique, etc.

En résumé, tous ceux qui souhaitaient faire preuve d'un certain esprit d'entreprise dans leur pratique privée ou dans leur établissement de soins se sont retrouvés sur une voie de garage avec le précédent gouvernement. Le mécontentement est important parmi la majorité des dispensateurs de soins. Où réside le problème ? Comment y remédier ?

2. EFFECTIFS ET MOYENS

Quelque 285.000 personnes travaillent dans le secteur des soins de santé en Belgique. D'une part, on compte ± 227.000 employés dans les hôpitaux et autres établissements de soins, dans les cabinets des dispensateurs de soins, dans l'industrie pharmaceutique et le commerce des médicaments et dans les mutuelles.

D'autre part, quelque 58.000 indépendants exercent en qualité de médecin, dentiste, infirmier, kinésithérapeute, etc. (cf. tableau 1).

Emploi dans les soins de santé (année 1999)

Employés dans	
• hôpitaux et établissements de soins	146.275
• secteur pharmaceutique	30.716
• cabinets de dispensateurs de soins	25.499
• mutuelles	13.458
• pharmacies	11.044
Sous-total	226.992
Indépendants	
• médecins	23.846
• infirmiers, kinésithérapeutes, sages-femmes, paramédicaux	22.628
• dentistes	6.817
• pharmaciens	4.514
Sous-total	57.805
Emploi total dans les soins de santé	
• chiffre absolu	284.797
• en % de la population active	6,5

Tableau 1

Source : IBES Compendium de statistiques de la Santé 2001.

Parmi les ± 285.000 personnes exerçant dans le secteur de la santé, on compte, pour l'année 2002, pas moins de 169.000 dispensateurs de soins inscrits à l'Institut national d'assurance maladie invalidité (INAMI) (cf. tableau 2), dont 40.763 médecins pour l'année 2002.

Dispensateurs de soins inscrits à l'INAMI

	1994	1998	2002
Infirmiers et sages-femmes	50.965	56.708	63.040
Médecins	35.081	38.109	40.763
Kinésithérapeutes	22.438	25.009	27.475
Paramédicaux	14.865	15.282	14.385
Pharmaciens	9.824	10.656	11.775
Dentistes	7.727	8.240	8.553
Opticiens	2.992	3.200	3.333
Total	143.892	157.204	169.324

Tableau 2

Source : Rapports annuels 1998 et 2002 de l'INAMI

La Belgique connaît une densité de médecins très élevée : on compte 46.268 médecins pour 10,3 millions d'habitants, soit un médecin pour 223 habitants. Depuis 1980, le nombre de médecins a augmenté en moyenne de plus de 1000 unités par an (cf. tableau 3).

Evolution du nombre de médecins belges

	Généralistes	Spécialistes	Spécialistes en formation	Tous médecins confondus
1950				8.685
1960				11.730
1970				14.887
1980	10.968	9.617	2.084	22.669
1984	12.985	11.034	3.077	27.096
1988	14.371	12.969	2.972	30.312
1992	14.897	14.691	3.579	33.167
1996	15.378	16.364	3.460	35.202
2000	19.443	19.166	3.427	42.036
2001	19.444	20.045	3.489	42.978
2002	18.367	23.978	3.923	46.268

Tableau 3

Source : Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement.

C'est principalement le nombre de spécialistes qui continue à augmenter fortement tandis que le nombre de généralistes stagne depuis 2000 et qu'il est même en recul en 2002 (cf. tableau 4).

Evolution du nombre de médecins en Belgique depuis 1980 (1980 = 100)

	Médecins généralistes	Spécialistes	Spécialistes en formation	Tous médecins confondus
1980	100	100	100	100
1984	118	115	148	120
1988	131	135	143	134
1992	136	153	172	146
1996	140	170	166	155
2000	177	199	164	185
2001	177	208	167	190
2002	167	249	188	204

Tableau 4

Source : Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement.

Tous les médecins n'ont pas une pratique médicale. Le nombre de médecins belges pratiquants est toutefois élevé par rapport aux autres pays européens : 40.299 soit un médecin actif pour 256 habitants, dont 14.541 généralistes (1 pour 709 habitants) et 25.758 spécialistes (1 pour 400 habitants) (cf. tableaux 5 et 6).

Nombre de médecins, par catégorie, avec ou sans pratique clinique (31.12.2002)

Catégorie	Avec pratique	Sans pratique	Total
Généralistes	13.718	3.825	17.543
Généralistes en formation	823	1	824
Sous-total	14.541	3.826	18.367
Spécialistes	21.897	2.081	23.978
Spécialistes en formation	3.861	62	3.923
Sous-total	25.758	2.143	27.901
TOTAL	40.299	5.969	46.268

Tableau 5

Source : Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement.

*Densité des médecins avec pratique en Belgique au 31.12.2002
(exprimé en unité par nombre d'habitants)*

Généraliste	709
Spécialiste	400
Tous les médecins	256

Tableau 6

Source : Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement.

En termes de moyens budgétaires, en 2000, la Belgique a dépensé plus que la moyenne de l'OCDE et de l'Union européenne : 8,7% du produit intérieur brut (PIB) contre 8% pour la moyenne de l'OCDE et de l'UE. En 1990, les dépenses belges étaient encore juste au même niveau que la moyenne européenne, à savoir 7,4% du PIB (cf. tableau 7). Durant la dernière décennie, la Belgique a donc connu une très forte croissance de ses dépenses de santé.

Augmentation des dépenses de santé (1990-2000)

	Dépenses de santé % PIB	
	1990	2000
Belgique	7,4	8,7
Allemagne	8,7	10,6
Pologne	5,3	6,2
Irlande	6,6	6,7
Finlande	7,9	6,6
Royaume-Uni	6,0	7,3
Pays-Bas	8,0	8,1
OCDE	7,2	8,0
UE	7,4	8,0

Tableau 7

Source : J. DE COCK; INAMI; symposium de l'INSEAD du 23.05.2003, Bruxelles.

Les honoraires médicaux constituent une part importante des dépenses de l'INAMI en matière de soins de santé. En 2002, 30,3 %. La tendance en pourcentage est à la baisse : 32,6 % en 1997 et 42 % en 1970 (cf. tableau 8). De nouvelles professions de santé et de nouveaux secteurs revendiquent leur place et leur part du budget.

Pourcentage des dépenses de l'INAMI selon les différentes catégories de prestations et/ou de dispensateurs de soins

	1997	2002
Médecins*	32,6	30,3
Hospitalisation	25,7	24,2
Médicaments	18,3	19,3
Autres dispensateurs de soins **	11,6	11,4
Autres	11,8	14,8
Total	100,0	100,0

Tableau 8

* La part des médecins était de 42% en 1970.

** Part des honoraires payés à la prestation aux dentistes, infirmiers, kinésithérapeutes et paramédicaux

Source : rapports annuels 2000 et 2002 de l'INAMI

Malgré la croissance rapide du nombre de médecins, leurs honoraires augmentent moins rapidement que tous les autres secteurs des soins de santé. Alors que, sur la période de 1992 à 2002, la croissance annuelle moyenne de l'ensemble du secteur s'est élevée à 4,8 %, elle n'a été que de 2,5 % pour les honoraires médicaux. L'inflation annuelle moyenne sur cette période s'est montée à 1,85 % (cf. tableau 9). Durant la période 1992-1997, on a observé une croissance négative des honoraires médicaux, étant donné que l'augmentation moyenne de l'index a atteint 2,0 % tandis que l'augmentation moyenne du budget n'a pas dépassé 0,8 %.

*Croissance annuelle moyenne (%) des dépenses d'assurance maladie en Belgique**

	1992-1997	1997-2002	1992-2002
Médecins	0,8	4,3	2,5
Médicaments	5,7	7,0	6,4
Hôpitaux	4,5	4,6	4,5
Autres	6,7	8,4	7,6
Total	3,8	5,9	4,8

Tableau 9

Source : J. DE COCK; INAMI; symposium de l'INSEAD du 23.05.2003

* Sans prise en compte de l'inflation.

Sur base de 1988, l'index 12.1992 s'est monté à 113,46, l'index 12.1997 : 125,21 et l'index 12.2002 : 136,30.

Inflation annuelle moyenne : 1992-1997 : 2,0 %
1997-2002 : 1,7 %
1992-2002 : 1,85 %

Egalement sur une plus longue période – entre 1986 et 2002 – l'augmentation des honoraires médicaux est modeste avec une augmentation annuelle moyenne de + 3,63 % (cf. tableau 10). Par comparaison, l'augmentation annuelle moyenne des frais d'administration des mutuelles se situe juste en dessous, avec 3,12 %. L'inflation annuelle moyenne durant la même période était de 2,67 %. Il est à remarquer que les frais d'administration des mutuelles ont toujours connu une croissance positive modérée alors que les dépenses pour les honoraires médicaux ont enregistré des hauts et des bas à la suite des vagues d'économies successives.

*Augmentation des frais d'administration des mutuelles par rapport aux dépenses pour les honoraires médicaux * (montants en millions d'euros)*

	Frais d'administration des mutuelles		Honoraires médicaux	
	Montant (1)	Augmentation annuelle (%)	Montant (2)	Augmentation annuelle (%)
1986	445,628		2.426,7	
1987	460,958	+ 1,17	2.644,4	+ 8,97
1988	460,958	+ 0,00	2.626,0	- 0,69
1989	475,956	+ 3,25	2.800,2	+ 6,63
1990	494,002	+3,79	2.944,6	+ 5,15
1991	511,900	+ 3,62	3.194,1	+ 8,48
1992	528,782	+ 3,30	3.379,0	+ 5,79
1993	554,513	+ 4,86	3.298,3	- 2,39
1994	571,023	+ 2,98	3.235,5	- 1,90
1995	585,574	+ 2,55	3.362,2	+ 3,92
1996	602,480	+ 2,89	3.685,1	+ 9,60
1997	624,593	+ 3,67	3.500,8	- 5,00
1998	639,664	+ 2,42	3.722,0	+ 6,32
1999	647,572	+ 1,24	3.923,4	+ 5,41
2000	670,279	+ 3,51	4.128,8	+ 5,24
2001	696,878	+ 3,97	4.344,0	+ 5,21
2002	744,672	+ 6,86	4.291,5	- 1,21
Augmentation annuelle moyenne 1986-2002		+ 3,12		+ 3,63
2003	779,675	+ 4,70	4.747,0 **	+ 10,6 **

Tableau 10

* Sans prise en compte de l'inflation

** Objectif budgétaire 2003

Avec l'index de base 1981, l'index 12.1986 s'est monté à 131,88 et l'index 12.2002 : 184,39. L'inflation annuelle moyenne 1986-2002 atteint 2,67 %.

Source : (1) Moniteur belge
(2) INAMI

Le tableau 11 montre les différents rythmes de croissance des secteurs en chiffres absolus. Seuls les frais pour les honoraires médicaux et pour les hospitalisations augmentent durant la période 1997-2002 avec une moyenne qui avoisine le pourcentage de croissance de 4,5 %, hors inflation, sur lequel le gouvernement table pour la législature 2003-2007. Les autres dispensateurs de soins et les dépenses pour les médicaments augmentent beaucoup plus vite.

Le groupe "autres" augmente plus que deux fois plus vite (10,8 %) que la norme de croissance autorisée.

Comparaison dépenses 1997 – 2002 suivant les différentes catégories de prestations et/ou de dispensateurs de soins

	1997	2002		Augmentation annuelle moyenne %
	En millions d' €	En millions d' €	1997 = 100	
Médecins	3.477,473	4.291,476	123,4	4,3
Hospitalisation	2.743,153	3.429,255	125,0	4,6
Médicaments	1.945,473	2.724,349	140,0	7,0
Autres dispens. de soins*	1.233,808	1.616,824	131,0	5,6
Autres	1.255,786	2.095,057	166,8	10,8
Total	10.655,693	14.156,961	132,9	5,9

Tableau 11

* Honoraires payés à la prestation aux dentistes, infirmiers, kinésithérapeutes et paramédicaux.

Source : rapports annuels 2000 et 2002 de l'INAMI

Parmi les secteurs de soins connaissant une augmentation rapide, notons surtout les soins aux personnes âgées et la réadaptation, avec une croissance annuelle moyenne de respectivement 11,7 et 10,7 % (cf. tableau 12).

Comparaison des dépenses 1997-2002 de quelques-unes des fortes hausses de la catégorie "autres" du tableau 11.

	1997	2002		Augmentation annuelle moyenne
	En millions d' €	En millions d' €	1997 = 100	
Soins aux personnes âgées	640,767	1.113,344	173,8	11,7
Réadaptation	181,721	302,073	166,2	10,7

Tableau 12

Source : Rapports annuels 2000 et 2002 de l'INAMI

De nouveaux besoins de soins sont maintenant aussi financés. Leurs dépenses augmentent rapidement, comme par exemple le soutien justifié des soins palliatifs. En 1999, un petit budget modeste de 4,34 millions d'€ a été prévu pour un premier remboursement prudent de soins spécifiques aux patients palliatifs. L'objectif budgétaire 2003 prévoit d'ores et déjà 4,6 fois plus, soit 19,96 millions d'€ (cf. tableau 13), mais, sur le terrain, il est clair que les besoins sont encore beaucoup plus importants.

Dépenses INAMI pour les soins palliatifs

	En millions d' €	1999 = 100
1998	0,00	0
1999	4,34	100
2000	9,08	209
2001	11,45	264
2002	13,57	313
2003	19,96*	460

Tableau 13

Source : Rapport annuel 2002 de l'INAMI

* Objectif budgétaire de l'INAMI

Le rapport annuel 2002 de l'INAMI (p. 189) estime que trois quarts des dépenses totales de l'INAMI concernent 10 % de la population et que la moitié de la totalité des dépenses de l'INAMI bénéficient à 4 % de la population.

Comparons l'estimation du groupe de 4 % nécessitant le plus de soins à l'objectif budgétaire 2003 (cf. tableau 14).

Ventilation de l'objectif budgétaire 2003 suivant les différentes catégories de prestations et/ou dispensateurs de soins

	En millions d' €	%
Médecins	4.746,977	30,9
Hospitalisation	3.626,082	23,6
Médicaments	2.696,693	17,6
Autres dispens. de soins *	2.054,624	13,4
Autres	2.217,446	14,5
Total	15.341,822	100,0

Tableau 14

Source : Rapport annuel 2002 de l'INAMI

* Honoraires payés à la prestation aux dentistes, infirmiers, kinésithérapeutes et paramédicaux

Quelque 410.000 Belges utilisent ainsi 7.670,911 millions d'€ du budget de l'INAMI ou chaque patient de ce groupe consomme approximativement 18.710 €.

A cela s'ajoutent les frais que le patient doit supporter lui-même. Il s'agit des tickets modérateurs officiels, totalisant 1.363,148 millions d'€ en 2001, des médicaments non remboursables ainsi que d'éventuels honoraires supérieurs aux honoraires officiels, en d'autres termes des suppléments.

A partir de 1995, une partie des tickets modérateurs était remboursé aux moins favorisés par un système de franchise sociale et fiscale. Depuis 2002, ce système relativement complexe est remplacé par le maximum à facturer. Dès que le patient a atteint une certaine somme de tickets modérateurs payés, sa mutuelle règle le montant intégral des prestations au dispensateur de soins. Cette somme de tickets modérateurs à payer soi-même est fixée en fonction du revenu.

3. CHOIX DANS LES SOINS : VOIE A SUIVRE?

Il ressort clairement des chiffres qui précèdent que la prudence s'impose quand il s'agit d'opérer des choix dans les soins. D'une part, le groupe médico-social le plus faible doit évidemment bénéficier d'un accès aisé à toutes les formes de soins mais, d'autre part, il faut veiller à ce que le système du maximum à facturer ne conduise pas à une désolidarisation du groupe de la population ayant des revenus plus élevés.

3.1. Ticket modérateur et régime du tiers payant

Sauf pour un groupe très limité de véritables patients indigents, la perception du ticket modérateur doit être obligatoire.

Le gouvernement précédent a considérablement facilité la possibilité d'avoir accès au régime du tiers payant et l'a ouvert à un très large groupe de la population.

Nous sommes d'avis qu'il convient de revenir à une plus grande sélectivité en ce qui concerne le recours au régime du tiers payant. En outre, il est recommandé d'examiner quels ont été éventuellement les effets sur le type de soins dispensés et quelles modifications il y a eu dans les dépenses chez les catégories de patients qui ont pu avoir systématiquement accès à ce système pseudo-gratuit à la suite de l'élargissement à un plus grand groupe.

3.2. Médecine générale

Nous sommes et restons convaincus que le généraliste doit rester le premier interlocuteur du patient dans sa recherche d'une aide médicale. Toutefois, le patient ne doit en aucun cas y être contraint. Il ressort de plusieurs enquêtes que 80 à 90 % des Belges ont un médecin généraliste et qu'ils ont beaucoup de considération pour lui/elle.

Pourtant, on constate qu'un nombre moins élevé de médecins optent pour le métier de généraliste (cf. tableaux 2 et 3). Les causes en sont multiples. Sont-ils effrayés par les exigences des patients? Leurs maîtres leur donneraient-ils une vision irréaliste d'un job "de neuf à cinq" si bien qu'ils abandonnent après quelques années? Les honoraires sont-ils trop bas de sorte que le généraliste ne peut pas asseoir (suffisamment) sa pratique médicale en disposant d'un personnel et d'une infrastructure. Les généralistes souffrent-ils de "burn out" du fait des accusations continuelles dont ils sont la cible dans les médias où on leur reproche de prescrire des médicaments à tort sous la pression de l'industrie pharmaceutique et de prescrire trop de biologie clinique et d'imagerie médicale ainsi que trop de soins infirmiers et de kinésithérapie?

A chacune de ces questions, on peut répondre par l'affirmative dans une plus ou moins large mesure. Certains universitaires estiment que l'avenir de la profession de généraliste réside dans l'augmentation d'échelle, avec une infrastructure de pratique subsidiée par les autorités et avec une inscription obligatoire du patient, financée en grande partie forfaitairement, avec de préférence une partie en "target payment".

Des exemples étrangers nous apprennent que ces systèmes ne fonctionnent certainement pas mieux que le système belge du "fee for service", à savoir du paiement par prestation. Le généraliste et sa pratique médicale seront alors livrés aux caprices budgétaires des gouvernements au pouvoir. Un sous-financement chronique en termes de personnel et d'infrastructure, comme dans les hôpitaux, est le sort qui les guettera.

Le coût de la généralisation des pratiques de groupe subsidiées par les autorités est estimé entre 400 et 700 millions d'euros. Sans garantie que le patient belge bénéficiera

d'une meilleure médecine générale. Par contre, des listes d'attente et un rationnement risquent de faire leur apparition avec une quasi-certitude.

Le médecin individuel qui ne souhaite pas entrer dans l'une ou l'autre structure publique, risque d'être victime de discrimination. Dans les maisons médicales où un montant forfaitaire par patient inscrit est fixé pour le généraliste (et l'infirmier et parfois le kinésithérapeute), l'INAMI fixe le montant à un niveau 30 % supérieur au coût moyen par patient traité dans le système classique. En outre, ces Maisons médicales bénéficient également souvent, en plus de leur budget INAMI, d'un soutien financier de la part de la commune, de la province, de la région.

Nous ne souhaitons pas faire table rase en médecine générale. Bien au contraire. Nous souhaitons plus de la même chose, mais en mieux. Une version du 21^e siècle de la médecine générale requiert une revalorisation considérable des honoraires par prestation de manière à permettre de faire fonctionner une pratique médicale d'une manière autonome avec un ou plusieurs collègues. Collaboration sur base volontaire entre généralistes et avec liberté de choix du médecin par le patient.

La collaboration entre les généralistes et les spécialistes peut être améliorée en créant un système de briefing/débriefing entre les deux groupes. Le contenu du dossier médical global que le généraliste gère pour son patient doit, à l'avenir, être consultable électroniquement par le spécialiste et le dossier du spécialiste doit être consultable électroniquement par le généraliste.

Dans la mesure du possible, des guidelines doivent être définies en dehors de tout cadre sanctionnel. Ceci doit permettre de limiter les variations dans la prescription de médication, en particulier en ce qui concerne les antibiotiques, de biologie clinique, d'imagerie médicale et d'autres prestations médico-techniques.

A titre d'illustration, nous présentons dans le tableau 15 la ventilation des montants moyens prescrits en biologie clinique par médecin généraliste agréé en 2001. Le généraliste belge a prescrit en moyenne pour 16.273 €. Entre le montant le plus bas enregistré à Bruxelles Capitale (10.897 €) et le montant le plus élevé en Flandre occidentale (21.044 €), le facteur est de 1,92.

*Montants moyens prescrits en biologie clinique par généraliste agréé * en 2001*

	EURO	INDEX **
Bruxelles Capitale	10.897	67
Brabant Wallon	14.204	87
Liège	15.453	95
Luxembourg	15.739	97
Brabant flamand	16.044	99
BELGIQUE	16.273	100
Anvers	16.361	101
Hainaut	16.724	103
Flandre orientale	17.326	106
Namur	17.667	109
Limbourg	17.706	109
Flandre occidentale	21.044	129

Tableau 15

* Généralistes agréés 003 – 004 et 007 - 008

** Chaque moyenne provinciale est située par rapport au Royaume.

Source : INAMI, note C.S.S. n° 2003/251 du 28.08.2003.

Le tableau 16 indique le montant moyen prescrit par généraliste en biologie clinique en 2001. En 2001, le Belge moyen s'est vu prescrire pour 22,26 € en biologie clinique par son généraliste. A l'exception de la province de Namur (31,22 € par habitant), la dispersion est relativement limitée : de 18,98 € à 25,49 €.

Montants moyens prescrits en biologie clinique par habitant et par province par les généralistes en 2001*

	EURO	INDEX
Anvers	18,98	85
Bruxelles Capitale	19,86	89
Limbourg	19,89	89
Brabant flamand	21,36	96
Flandre orientale	21,45	96
BELGIQUE	22,26	100
Hainaut	22,91	103
Luxembourg	23,35	105
Flandre occidentale	24,35	109
Brabant Wallon	24,68	111
Liège	25,49	115
Namur	31,22	140

Tableau 16

* Médecins généralistes avec ou sans droits acquis, généralistes en formation et généralistes agréés.

Source : INAMI, note C.S.S. n° 2003/251 du 28.08.2003.

Le tableau 17 fournit la distribution des montants moyens prescrits en imagerie médicale par généraliste agréé en 2001. Le généraliste belge a prescrit en moyenne 10.890 € en imagerie médicale en 2001. Entre le montant le moins élevé enregistré à Bruxelles Capitale (10.897 €) et le montant le plus élevé dans le Hainaut, le facteur est de 1,73.

*Montants moyens prescrits en imagerie médicale par généraliste agréé * en 2001*

	EURO	INDEX
Bruxelles Capitale	8.273	76
Flandre occidentale	8.993	83
Brabant flamand	9.212	85
Brabant Wallon	10.409	96
Flandre orientale	10.466	96
Anvers	10.805	99
Belgique	10.890	100
Liège	11.810	108
Limbourg	11.863	109
Namur	12.340	113
Luxembourg	12.376	114
Hainaut	14.336	132

Tableau 17

* Généralistes agréés 003 – 004 et 007 - 008.

Source : INAMI, note C.S.S. n° 2003/250 du 28.08.2003.

Le tableau 18 fournit le montant moyen prescrit par tous les généralistes en imagerie médicale en 2001. Une moyenne de 15,60 € par Belge avec une dispersion de 10,83 € en Flandre occidentale à 22,62 € en province de Namur, soit un facteur de 2,1. Avec ce mode de présentation, toutes les moyennes flamandes se situent au-dessous de la moyenne belge et toutes les moyennes francophones sont au-dessus.

*Montants moyens prescrits en imagerie médicale par habitant et par province par les généralistes * en 2001*

	EURO	INDEX
Flandre occidentale	10,83	69
Brabant flamand	12,66	81
Anvers	13,02	83
Flandre orientale	13,16	84
Limbourg	13,56	87
BELGIQUE	15,60	100
Bruxelles Capitale	16,95	109
Luxembourg	18,77	120
Brabant Wallon	19,00	122
Hainaut	20,00	128
Liège	21,01	135
Namur	22,62	145

Tableau 18

* Médecins généralistes avec ou sans droits acquis, généralistes en formation et généralistes agréés.

Source : INAMI, note C.S.S. n° 2003/250 du 28.08.2003.

Le meilleur endroit pour discuter des différences dans le comportement de prescription et apporter des adaptations, c'est entre pairs, via le "peer-review". Des groupes locaux d'évaluation de la qualité appelés "GLEM" ont été créés dans ce but dans le cadre du système de l'accréditation qui a été mis en place par l'Institut national d'assurance maladie invalidité en fin 1992 et auquel on collabore sur base volontaire.

La participation volontaire à ce système de l'accréditation entraîne une augmentation relativement modeste des honoraires.

3.3. Médecine spécialisée

3.3.1. Spécialistes extra-hospitaliers

En Belgique, pas moins de 7.000 médecins spécialistes exercent dans les murs d'un hôpital. Un certain nombre d'entre eux travaillent en première ligne, tout comme le généraliste.

Ils dispensent des soins spécialisés avec un seuil d'accès bas, sont aussi bien au sens propre qu'au sens figuré proches du patient et de son médecin généraliste traitant et fournissent souvent un traitement qui est plus avantageux pour les autorités que l'équivalent dans une structure hospitalière.

Leur position est devenue très pénible. Le législateur les ignore tandis que les généralistes et les hôpitaux considèrent les spécialistes extra-hospitaliers comme des concurrents.

Tout comme les généralistes, ils doivent tenir compte des limitations des soins extra-hospitaliers. Le généraliste doit référer un patient à temps vers un spécialiste. Le spécialiste extra-hospitalier doit référer son patient à temps vers ses confrères plus spécialisés lorsqu'un risque trop grand existe ou que l'infrastructure hospitalière est nécessaire pour des raisons médicales.

Les gestionnaires d'hôpitaux sont très sceptiques à l'égard de cette approche. A tort. Il n'est économiquement pas justifié de réaliser des prestations diagnostiques et thérapeutiques relativement banales dans une structure prévue pour des interventions très spécialisées. Le système des montants forfaitaires pour les gestionnaires hospitaliers pour toute une série d'interventions en hôpital de jour n'incite pas toujours les médecins et les collaborateurs de l'hôpital à l'utilisation la plus judicieuse des moyens.

3.3.2. Spécialistes intra-muros

Les hôpitaux sont accablés par les frais résultant des normes excessives imposées par les autorités. L'introduction de programmes de soins et de toutes sortes d'obligations d'enregistrement au niveau fédéral, communautaire et/ou régional s'accompagne toujours d'exigences élevées en matière de personnel et d'infrastructure pour lesquelles les autorités ne prévoient pas de financement ou alors un financement beaucoup trop bas. Leur utilité a été remise en cause plus d'une fois.

Les médecins spécialistes exerçant comme indépendants doivent payer la facture alors qu'ils ne sont que peu ou pas consultés concernant la gestion de l'hôpital. Tant les gestionnaires que les médecins doivent pouvoir développer un plus grand esprit d'entreprise dans leurs hôpitaux, et ce ensemble dans une gestion paritaire. Les autorités doivent se contenter de créer un cadre général. Les hôpitaux doivent collaborer davantage ensemble et passer des accords de tâches au lieu de fusionner pour créer des mastodontes de plus de 600 lits. Dans les établissements de ce type, le coût de la logistique pour faire tourner l' "entreprise" augmente de manière exponentielle avec le nombre de lits. Ils absorbent des moyens et des personnes qui pourraient être mieux utilisés pour les soins aux patients.

A partir de 2003, un système de montants de référence est instauré dans les hôpitaux pour 28 pathologies standard. L'analyse des données de 1997 et 2000 montre que, pour une même pathologie de base, d'énormes variations peuvent survenir dans l'utilisation de l'imagerie médicale, du diagnostic de laboratoire et d'autres prestations médico-techniques. La loi du 22.08.2002 prévoit que l'hôpital devra rembourser les montants dépassant un maximum fixé sur une base strictement statistique.

Les médecins prescripteurs et les médecins-exécutant des prestations médicales donnent leur préférence à des guidelines et à des règles de diagnostic plutôt qu'à une approche purement statistique. Ici aussi, le peer review est essentiel, tant dans l'hôpital qu'avec les confrères à l'extérieur, que ce soit au niveau national ou international.

3.4. Organismes assureurs et compagnies d'assurances

En marge de l'assurance maladie invalidité obligatoire légale, les compagnies d'assurance privées et les assurances complémentaires organisées par les sept organismes assureurs reconnus par la loi – les mutuelles – ont du succès.

Les employeurs proposent à leurs employés des assurances hospitalisation en plus du régime d'assurance maladie obligatoire. Tant les mutuelles que les assureurs privés proposent à leurs membres, ou à leurs clients, des assurances pour le remboursement des médecines alternatives et d'avantages qui ne font pas partie des besoins médicaux de base.

Il est clair qu'aucune société occidentale n'est disposée à ou en mesure de prendre à sa charge tous les soins possibles pour tous les citoyens possibles. Une utilisation inadéquate des finances de la communauté n'est pas acceptable, ni dans les soins de santé ni dans d'autres segments de la société. Dans leur domaine, les médecins sont disposés à collaborer sur une base médicalement justifiée et constructive entre les pairs.

Ensuite, il revient aux autorités de prendre les décisions politiques concernant les soins qu'elles entendent ou non (continuer à) rembourser. La médecine à deux vitesses est déjà une réalité. Nous ne l'encourageons pas, mais le budget des soins de santé nous oblige à plaider pour que des choix soient faits et pour qu'une gamme plus limitée de soins soit remboursée de manière à ce que la qualité des soins puisse être assurée par un personnel et une infrastructure appropriés, plutôt qu'à vouloir offrir tout, tout le temps et à tout le monde, avec trop peu de moyens et une perte de qualité dans les soins au patient et en suscitant des frustrations chez les dispensateurs de soins.

Tant les patients, les médecins et autres dispensateurs de soins que les assureurs sont associés au débat parlementaire qui doit accompagner ces choix.

L'assurabilité des soins qui seront jugés moins essentiels et qui ne figurent pas dans le paquet de base, doit être garantie à l'aide d'assurances libres. Dans la mesure où la loi relative aux droits du patient n'offre aucunement la garantie que tous les soins seront (partiellement) financés par les autorités, il faut prévoir des assurances privées complémentaires pour les soins que les autorités ne peuvent pas ou ne veulent pas payer, en respectant un certain nombre de principes de solidarité.

Enfin, il convient de s'attaquer d'urgence à l'adaptation de la loi relative à l'assurance responsabilité professionnelle. La situation actuelle conduit à une médecine défensive onéreuse.

3.5. Formation

Dans le cadre de la formation de médecin et la formation de généraliste ou de spécialiste, les milieux académiques ne consacrent pas beaucoup d'attention à la prise de conscience des frais qui sont induits par l'acte médical. L'approche critique conduisant à une evidence based medicine n'est pas acceptée partout. Il est fait davantage de reproches à un étudiant en médecine ou à un assistant en formation qui oublie de prescrire un test ou un examen pour parvenir à un diagnostic, qu'à celui qui en demande dix fois trop alors qu'on ne peut en attendre aucune information utile.

Cela semble évident mais, dans la pratique, il en va parfois autrement : il faut d'abord réaliser un examen clinique correct et ensuite éventuellement passer à des examens complémentaires, également en médecine spécialisée. Des études ont montré que la prescription d'examens médico-techniques est à mettre en rapport avec l' "école médicale" où le médecin a été formé. Certaines écoles ont une orientation plutôt clinique et d'autres plutôt technique. Ces différences dans la formation doivent être analysées et éliminées de toute urgence.

4. CONCLUSION

La Belgique a des soins de santé présentant des caractéristiques spécifiques, peut-être en raison de sa situation géographique à la frontière de l'Europe septentrionale et de l'Europe méridionale, ce qui conduit à une culture médicale mixte. La satisfaction des patients est en moyenne élevée et les soins sont accessibles et financièrement abordables.

Par ailleurs, la satisfaction dans le chef des dispensateurs de soins est en recul. Les propositions prévoyant des réformes radicales dans l'organisation des soins comme des pratiques de groupe de généralistes subsidiées par l'Etat et un régime salarié pour tous les médecins hospitaliers ne trouvent pas d'écho chez bon nombre de médecins.

En outre, elles entraîneraient une augmentation exponentielle des dépenses pour les soins de santé ainsi que des tracasseries administratives et de la bureaucratie.

Nous avons énuméré plusieurs points concrets susceptibles d'être améliorés dans le système actuel.

Pour y remédier, une concertation avec toutes les parties prenantes, y compris les patients, est nécessaire.

Les patients accordent généralement une grande confiance aux généralistes, aux spécialistes et aux dispensateurs de soins. Les autorités et le secteur marchand par contre font preuve d'une méfiance bien ancrée à l'égard des dispensateurs de soins en général et des médecins en particulier.

Pour pouvoir rester dignes de la confiance de nos patients, nous demandons le respect de l'autonomie de la profession et moins de chicaneries de la part des nombreuses autorités dont notre petit pays regorge. Si les interventions projetées sont insuffisantes pour maintenir le budget en équilibre, la loi doit autoriser un deuxième niveau d'assurance sur base privée.

Je vous remercie pour votre attention.

REGLES INTERPRETATIVES ART 35BIS

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 35bis , § 1er, de la nomenclature des prestations de santé (M.B. du 31.10.2003):

REGLE INTERPRETATIVE 9 (en vigueur depuis le 1.4.2003)

Question

La prestation 688413-688424 de l'article 35bis peut-elle être attestée à l'occasion de la prestation 432736-432740 « Hystérectomie totale, par voie laparoscopique, avec confirmation anatomopathologique » ?

Réponse

La prestation 688413-688424 peut être attestée à l'occasion de la prestation 432736-432740.

Elle ne peut cependant plus être attestée à l'occasion de la prestation 431270-431281.

REGLE INTERPRETATIVE 10 (en vigueur depuis le 1.7.2003)

Question

La prestation 689651-689662 de l'article 35bis peut-elle être attestée à l'occasion de la prestation 473830-473841 « Cholangiowirsungographie rétrograde avec extraction de calculs cholédociens » ?

Réponse

La prestation 689651-689662 peut être attestée à l'occasion de la prestation 473830-473841.

Elle ne peut cependant plus être attestée à l'occasion de la prestation 473690-473701.

PRIX "ASSOCIATION LUPUS ERYTHEMATEUX" – REGLEMENT

- Art. 1.** Le Prix " Association Lupus Erythémateux", d'un montant de **1.500 EUR**, est destiné, en 2004, à couronner un travail de recherche fondamentale ou clinique sur le lupus érythémateux.
- Art. 2.** Peut être candidat à ce Prix tout chercheur, titulaire d'un diplôme universitaire, exerçant ses activités dans une Université de la Communauté française de Belgique.
- Art. 3.** Les candidatures doivent être introduites en un exemplaire, auprès de la Secrétaire générale du Fonds National de la Recherche Scientifique **pour le 2 février 2004**, au moyen du formulaire adéquat. Le dossier, rédigé en français, comprendra également:
- un curriculum vitae,
 - une liste complète des publications,
 - une synthèse (maximum 3 pages) du travail pour lequel le Prix est sollicité.
- Art. 4.** Le Prix sera accordé par le Fonds National de la Recherche Scientifique sur proposition du Jury constitué par le F.N.R.S. suivant les règlement et jurisprudence en vigueur au Fonds National.
- Art. 5.** Toutes questions éventuelles concernant la recevabilité des candidatures, ainsi que l'octroi du Prix, seront tranchées, sans recours, par le F.N.R.S.
- Art. 6.** Si le Jury décide de ne pas attribuer le Prix, celui-ci est reporté à une année ultérieure.

COMMISSION DE SURVEILLANCE INSTITUTEE AUPRES DE L'ETABLISSEMENT DE DEFENSE SOCIALE DE PAIFVE : APPEL AUX CANDIDATS A LA FONCTION DE MEMBRE MEDECIN

L'arrêté royal du 4 avril 2003 (M.B. 16.05.2003) institue, au sein du Service public fédéral Justice, un Conseil central de Surveillance pour l'administration pénitentiaire ainsi qu'une Commission de Surveillance auprès de chaque établissement pénitentiaire du pays. Ces organes ont pour mission d'exercer de manière professionnelle et indépendante une surveillance sur tout ce qui concerne le traitement réservé aux détenus et le respect des prescriptions en vigueur en la matière. Ils sont chargés de faire rapport au Ministre de la Justice de leurs observations et de conseiller ce dernier en matière pénitentiaire.

Le Conseil central de Surveillance Pénitentiaire est entré en fonction le 26 mai 2003. La mise en place de la structure locale des Commissions de surveillance sera finalisée dans les meilleurs délais.

Le Conseil central de surveillance pénitentiaire est actuellement toujours à la recherche de candidats pour la Commission de surveillance instituée près de l'Etablissement de Défense Sociale de Paifve, chargée spécialement de la surveillance du traitement réservé aux internés et le respect des prescriptions en vigueur en la matière.

Conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 4 avril 2003, chaque Commission de surveillance se compose de 6 membres au moins (avec un maximum de 10 membres). Parmi ces membres, la Commission doit compter au moins un médecin, un magistrat et un avocat.

Les membres seront nommés par le Ministre de la Justice sur base de ses compétences en rapport avec les missions confiées à la Commission de Surveillance. Ils ne peuvent être âgés de plus de 60 ans au début de leur mandat. Pendant la durée du mandat (4 ans), l'appartenance à la Commission de Surveillance est incompatible avec :

- l'appartenance au Conseil central de Surveillance Pénitentiaire ;
- l'exercice d'une fonction auprès de la Direction générale Exécution des Peines et Mesures du Service Public Fédéral Justice ou l'exécution d'une mission pour cette Direction générale.

Les candidatures doivent être adressées au secrétariat du Conseil central de Surveillance Pénitentiaire, à l'attention de Mme Astrid Brûls (par courrier : rue Evers 2-8, à 1000 Bruxelles, par fax : 02/542.64.15 ou par email : astrid.bruls@just.fgov.be) dans les meilleurs délais.

ANNONCES

03040 **TOURNAI** : Centre médical spécialisé recherche, en vue d'une location de cabinet, **GÉNÉRALISTE, INTERNISTE, RHUMATOLOGUE, DERMATOLOGUE, CHIRURGIEN PLASTIQUE, CHIRURGIEN VASCULAIRE**. Pour renseignements et conditions, téléphoner au 0475/61.44.94 ou au 069/68.66.01.

03045 **BRUXELLES** : **CABINET** d'ophtalmologie réputé **A CEDER** à confrère expérimenté pour 61.973 Eur. Tél. 0495/57.40.65.

- 03052 **IXELLES** : cherche **OCULISTE** pour cause de cessation d'activité professionnelle. Tél. : 0475.70.78.59.
- 03075 **BRUXELLES** : Polyclinique de Bruxelles Midi, grande affluence, cherche deuxième **RHUMATO-PHYSIOTHERAPEUTE** pour développer service existant. Tél. : 02.523.25.00 après midi sauf mardi. Ecrire : Polycl. du Midi, 43 bd Jamar, 1060 Bruxelles.
- 03076 **BRUXELLES** : Polyclinique de Bruxelles Midi, grande affluence, cherche **DENTISTE** et **ORTHODONTISTE**. Pour 2^e cabinet libre. Tél. : 02.523.25.00 après midi sauf mardi.
- 03077 **CHERCHE A ACHETER** "Névroses et maladies psychosomatiques" de Dongier. Tél. 063/57.03.00 ou 063/57.60.17.
- 03078 **FRANCE** : Le Centre hospitalier de Mende (Lozère – Région Languedoc Roussillon) recherche **CARDIOLOGUE** temps plein. Astreinte une semaine sur trois. Facilités d'installation. Renseignements : Direction : 00.33.4.66.49.49.00.
- 03079 **BRUXELLES** : **CABINET D'OPHTALMO** réputé, **A CEDER** cse. retraite, conditions intéressantes pour candidat sérieux et compétent. Tél. 0495 / 57.40.65.
- 03080 **FRANCE** : Cabinet radiologique à Roubaix (Nord de la France) situé à proximité de la frontière recherche médecin **RADIOLOGISTE** pour remplacements fixes ou occasionnels. Activité : radiologie, échographie avec possibilité de tomodynamométrie et IRM. Téléphone : 00.33.3.20.73.62.32.
- 03081 **IXELLES** : cherche **OPHTALMOLOGUE** pour cause de cessation d'activité professionnelle. Tél. : 0475.70.78.59.
- 03082 **BRUXELLES** : hôpital cherche jeune **OPHTALMOLOGUE** pour assistances chirurgicales, fluoangiographies, laser et consultation. 2 prestations par semaine. Tél. : 02.660.84.60 et 0473.53.81.28.
- 03083 **REGION MONTOISE** : **CHIRURGIEN DE LA MAIN** cherche associé, temps plein. Profil souhaité : max. 35 ans, agréé en chir. plastique ou ortho ou générale, formation acquise en Chirurgie de la Main. S'adresser 065/359136 aux heures ouvrables, sinon 065/848895.
- 03084 **CHAPPELLE-LEZ-HERLAIMONT** : Le Centre spécialisé d'Herlaimont recherche, en vue d'une location de cabinet, **RHUMATOLOGUE**, **CHIRURGIEN PLASTIQUE**, **OPHTALMOLOGUE**, **GYNECOLOGUE** femme, **DERMATOLOGUE**, **CHIRURGIEN VASCULAIRE**. Pour renseignements et conditions, téléphoner au 064/43.22.00.
- 03085 **LIEGE** : Polycliniques universitaires d'Ougrée recherche, pour cause de départ à la retraite, un **NEUROPSYCHIATRE**. Horaire à déterminer. Renseignements et conditions au 04/336.66.66. E-mail : ulg.ougrée@belgacom.net
- 03086 **WAVRE** : **A LOUER** rez 3 cab méd ou para, sauf dermato. Possibilité de partage de secrétariat. Parking privé. Contact Dr Stenuit 010/22.78.43 ou 0477/72.22.24. E-mail : martine.stenuit@skynet.be
- 03087 **MOUSCRON** : le service de neurologie du centre hospitalier mouscronnois recherche un médecin **SPECIALISTE EN NEUROLOGIE** ½ temps ou temps plein pour compléter son équipe. Pour renseignements contacter le Dr Jacob au 056/85.89.72 ou après 20 h au 069/45.55.80.
- 03088 **RADIOLOGUE POLYVALENT** assure votre remplacement à BRU, BRAB. W, HAINAUT. Tél. : 0486/06.59.73
- 03089 **BRUXELLES** : Clinique Sainte-Anne-Saint-Remi-Saint-Etienne recherche pour son site de Ste-Anne-St-Remi, Bd Graindor 66 à 1070 Bruxelles **SPECIALISTE URGENTISTE** pour prise en charge et gestion médicale service d'urgence, y compris training résidents et nursing. Entrée en fonction 1.1.2004. Renseignements et contacts Dr VAN WETTERE, méd. directeur (secr. 02.556.57.06) ou Dr Th. DE GROOTE, chef de service ff 0475.28.69.35.

Table des matières

• Soins de santé et qualité – Symposium à l'occasion de l'éméritat du Prof. Dr Luc BAERT (Urologie, KULeuven).....	1
• Maintien et amélioration de soins de santé de qualité – Les soins de santé belges revisités – Dr Marc MOENS, Secrétaire général du GBS.....	8
• Règles interprétatives art. 35bis	22
• Prix "Association Lupus Erythémateux" – Règlement	23
• Commission de surveillance instituée auprès de l'établissement de défense sociale de Paifve : appel aux candidats à la fonction de membre médecin	23
• Annonces.....	23