

Rapport annuel G.B.S.
1998

Dr Marc MOENS

Secrétaire général
06/02/1999



**YIN BUDGETAIRE
ET**

YANG

REGLLEMENTAIRE

SOMMAIRE

	Page
I. LA NOUVELLE CULTURE POLITIQUE	1
II. LES PREMIERES ELECTIONS MEDICO-SYNDICALES	2
1. L'organisation	2
2. Les résultats	4
III. L'ACCORD MEDICO-MUTUALISTE 1999-2000 : l'ultime résurrection	4
1. Un accord du 1.1.1998 au 31.3.1998	4
2. Evaluation des besoins et budget	6
3. La nouvelle médico-mut et le départ du Dr Jérôme DEJARDIN	8
4. L'accord : un accouchement difficile	9
5. La loi VERMASSEN-LENSSSENS amendée	11
IV. AUTRES NOUVELLES DE L'INAMI	13
1. ACCREDITATION : situation au 01/02/99	13
2. SIS-SAM ouvre-toi!	14
3. Interprétations de nomenclature	15
V. LE MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE : hyperdynamique ou hyperkinésique ?	16
1. Les péripéties de Marcel COLLA	16
2. Pratiques non conventionnelles	18
3. Les droits du patient ou (plutôt) les devoirs du médecin ?	20
4. Une nouvelle loi sur la vie privée	22
5. La directive CE n° 93/42 relative aux "dispositifs médicaux"	23
6. Fonctions soins urgents, soins intensifs et SMUR	25
1. Antécédents	25
2. Les arrêtés royaux des 27.4.1998 et 10.08.1998	27
3. En marge	30
7. Les programmes de soins cardiaques	30
8. Projet relatif aux programmes de soins oncologiques	32
9. F.I.V.	33
10. Reconnaissance des médecins spécialistes	33
11. Article 139bis et la promesse du premier ministre DEHAENE	35
VI. AFFAIRES IMPORTANTES ENGAGEES EN 1998	37
VII. PROJET DE PROTOCOLE DE COLLABORATION ENTRE LE GBS	

ET L'ABSYM	38
VIII. QUELQUES AUTRES DOSSIERS A SUIVRE	38
IX. CONCLUSION	39

I. LA NOUVELLE CULTURE POLITIQUE

L'expression « nouvelle culture politique » a fait son apparition en 1997. Pour ce qui a été de 1998, il nous faut constater que ce sont pratiquement toujours les séquelles de l'« ancienne culture politique » qui se sont retrouvés dans les médias. Le point d'orgue a évidemment été l'« arrêt de Noël » dans l'affaire Agusta, par lequel des hauts dirigeants du parti socialiste belge ont été condamnés à de lourdes peines (23.12.1998).

Sur une période de cinq mois, la Belgique a connu trois ministres SP différents à l'Intérieur. Après l'évasion de l'assassin d'enfants Marc DUTROUX, le 23.4.1998, Johan VANDE LANOTTE a été contraint de démissionner. Bien que le ministre démissionnaire ait suggéré que Marcel COLLA devienne ministre de l'Intérieur faisant fonction et vice-premier ministre, le président du SP, Louis TOBBACK, a jugé qu'il était plus sage d'occuper lui-même la place vacante et de confier son poste de président à l'éminence grise anversoise du SP, le juriste Fred ERDMAN. Lorsque, le 22.9.1998, la demandeuse d'asile nigériane de 20 ans, Semira ADAMU, est décédée durant une procédure d'extradition forcée et musclée, TOBBACK a donné sa démission pour être remplacé par Luc VAN DEN BOSSCHE, qui était alors le ministre flamand de l'Education.

Avec les élections de juin 1999 en ligne de mire, bon nombre d'hommes politiques ont tenu à se profiler. Les libéraux surtout, qui après 10 ans d'opposition, trouvent que cela « commence à bien faire », se sont glissés au premier plan. En Wallonie, le président du PRL Louis MICHEL adopte un ton sarcastique à l'égard du PSC et de son nouveau président et ex-ministre des Finances Philippe MAYSTADT tandis qu'il est tout sucre tout miel avec le PS de Philippe BUSQUIN. En Flandre, le VLD, qui est tourmenté par des divisions internes opposant le président Guy VERHOFSTADT et le n° 2, Marc VERWILGHEN, ex-président de la Commission DUTROUX, a du mal à se rallier à l'opinion d'éventuels partenaires de coalition.

Hériterons-nous, en 1999, d'un gouvernement fédéral asymétrique avec une coalition socialiste-catholique côté flamand et une coalition pourpre côté francophone? Dans le secteur des soins de santé, il a été annoncé il y a longtemps que le prochain gouvernement prendrait des mesures drastiques. Pour notre secteur, le choix de celui qui obtiendra le portefeuille du ministère à nouveau uni des Affaires sociales et de la Santé publique revêt une importance capitale. La dernière personne à avoir réussi ce tour de force est notre premier ministre actuel.

Dans le courant de l'été, Jean-Luc DEHAENE a chargé son ex-collaborateur de cabinet et ex-grand patron des Cliniques universitaires de Louvain, le Prof. Dr Jan PEERS, d'une étude visant à esquisser l'avenir des soins de santé en Belgique. Les autres « piliers » ont immédiatement protesté. Le groupe d'étude s'est élargi jusqu'à obtenir le quatuor classique avec équilibre idéologique et linguistique. Le Flamand Jan PEERS (CVP) a été rejoint par le professeur de l'ULB THIJS-CLEMENT (PS) et, pour les mutualités, par Jean HERMESSE (MC) et C. POLUS (MS).

Ce même conseil des ministres du 24.7.1998 a également tout de suite resserré le budget de l'étude de 20 à 7 millions de francs.

La personne du Prof. PEERS a fait l'objet de nombreuses critiques car, selon la presse, J.-L. DEHAENE a fait un « geste » envers son ami. PEERS avait dû quitter l'UZ Gasthuisberg en raison du gouffre financier de ± 1 milliard qui lui est imputé. Nombre de commentateurs n'ont pas jugé très judicieux de confier précisément à cet homme une

étude qui aura sans aucun doute une rôle important dans le financement des soins de santé.

Tout bien considéré, 1998 ne peut être qualifiée que d'une année fertile sur le plan politique. Tout au moins si le droit innovateur était directement proportionnel au nombre de pages imprimées du Moniteur belge. Avec les quelque 42.444 pages imprimés serrés, il semble que nous ayons atteint un nouveau record!

II. LES PREMIERES ELECTIONS MEDICO-SYNDICALES

II.1. L'organisation

Au point IV de mon rapport annuel de 1997, du 7.2.1998, j'ai expliqué comment les élections syndicales ont été organisées.

Après que les A.R. originaux eurent fait l'objet de nombreuses modifications, l'ABSyM a décidé, le 18.3.1998, à l'issue d'une discussion particulièrement houleuse, de participer malgré tout aux élections. Les Flamands étaient en majorité opposés à une telle participation tandis que les francophones y étaient majoritairement favorables. Le scrutin à deux tours a donné 30 pour et 22 contre.

Le 5.5.1998, à la VRT Radio 1, le président du *WVVH (Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen)*, le Dr Jos DE SMEDT, a donné la consigne aux généralistes de soutenir le Cartel. Une telle initiative est quelque peu surprenante de la part d'une association scientifique qui bénéficie officiellement d'un soutien financier du ministre flamand de la Santé publique, Mme Wivina DEMEESTER. Le journaliste de la radio a alors comparé la démarche avec l'appel lancé jadis par le curé du haut de la chaire. Alors que, au départ, le GBS restait dans le vague du fait que la loi lui interdisait toute participation aux élections, il a quand même décidé d'envoyer une lettre, le 14.5.1998, à tous les médecins spécialistes pour les appeler à voter. Plusieurs Unions affiliées ont fait de même auprès de tous les praticiens de la spécialité. En fin de compte, le GBS a fait un effort considérable d'information.

Une motion du G.B.M.E.H. émanant de son président le Dr Jacques DEBOIS ne laissait subsister aucune équivoque, sans pour autant donner d'instructions. Et à juste titre car, comme il ressort des discussions budgétaires menées au sein de la CNMM, le Cartel ne fait pas beaucoup de cas des spécialistes extra-hospitaliers.

Le 28 mai 1998, l'INAMI a envoyé 37.383 bulletins de vote aux médecins belges. A la date du 30 juin, 26.671 enveloppes, soit 71,4 %, avaient été renvoyées, dont 315 (80 généralistes et 235 spécialistes) avec un cachet de la poste postérieur au 12 juin, date limite du renvoi. L'ABSyM a d'ailleurs, dès le début, fait remarquer qu'une période de 15 jours n'était pas suffisante pour permettre aux médecins de renvoyer leurs bulletins de vote, et plus spécialement pour les spécialistes qui, pour des raisons d'organisation, ont parfois des difficultés pour se rendre à un bureau de poste durant les heures d'ouverture.

Puisque le gouvernement voulait organiser démocratiquement les élections des institutions médico-syndicales au niveau des organes dirigeants de l'INAMI, il a également tenu à ce que les 80 % des médecins belges qui n'ont jamais été syndiqués votent. De la même optique, l'ABSyM a insisté auprès de l'INAMI pour qu'il soit tenu compte d'un maximum de voix et que soit évité tout rigorisme excessif.

Les membres du bureau principal de dépouillement, le Dr Jérôme DEJARDIN, Président de la Commission nationale médico-mutualiste, M. François PRAET, Fonctionnaire dirigeant du service soins de santé et M. Raymond DELAHAYE, secrétaire de la Commission nationale médico-mutualiste, ont bien tenu compte de cette demande. Le Dr. Michel VRAYENNE, Président de la Confédération des médecins belges (faisant partie du Cartel) s'est joint à la demande du Dr M. MOENS, en sa qualité de Président de l'ABSyM. Tous deux étaient témoins lors du dépouillement au bureau principal.

Nous remarquons que les chiffres de l'INAMI sont en discordance avec le nombre de médecins enregistrés par le ministère de la Santé publique : 39.240 (dont 37.383, soit 95,3 %, ayant reçu un courrier de l'INAMI) avec 18.339 généralistes (INAMI 16.919, soit 92,3 %) et 20.901 spécialistes et spécialistes en formation (INAMI 20.464, soit 97,9 %).

Selon les chiffres du ministère de la Santé publique, 68 % des médecins ont voté (26.655 sur 39.240) : 64 % des généralistes (11.887 sur 18.339) et 70,7 % des spécialistes (14.778 sur 20.901). Tenant compte des chiffres de l'INAMI, cela devient respectivement 71,4 % (26.671 sur 37.383) au total, 70,2 % des généralistes (11.890 sur 16.919) et 72,2 % des spécialistes (14.781 sur 20.464) (tableau 1). Le taux élevé de participation chez les spécialistes principalement est sans aucun doute à attribuer partiellement à la consigne de vote du GBS.

L'administration de l'INAMI a organisé impeccablement ces premières élections médicales dans les 20 bureaux de dépouillement et le bureau principal.

Alors que Madame le ministre Miet SMET a reporté jusqu'en mai 2000 les élections sociales pour les syndicats d'employés et d'ouvriers, les élections médicales ont quand même eu lieu.

La Cour d'arbitrage s'était d'ailleurs prononcée à la suite de la plainte de l'ABSyM selon laquelle les autres interlocuteurs de l'INAMI ont eu droit à une représentation en fonction du nombre de leurs membres tandis que dans le cas des médecins, des élections ont dû être organisées.

Selon le verdict, l'ABSyM n'a pas été discriminée puisque la loi autorise que dans le futur, un certain nombre de sièges soient également attribués, par la voie d'élections, à d'autres groupes professionnels.

II.2. Les résultats

L'ABSyM obtient une majorité absolue large : 17.737 voix sur 26.414 bulletins de vote valides, soit $\pm 67,15$ % (tableau 2), et ceci alors que la situation semblait perdue au départ, notamment en raison de la dénonciation de l'accord médico-mutualiste.

En Flandre, ± 35 % des médecins généralistes ont voté pour l'ABSyM, du côté francophone, pas moins de 45 %. En d'autres termes, ± 40 % des généralistes belges ont choisi l'ABSyM. 89,2 % des spécialistes ont voté pour l'ABSyM : ± 87 % des néerlandophones et ± 90 % des francophones (tableau 3).

Il n'y a quasiment pas de changement au niveau des organes dirigeants de l'INAMI, sauf dans la Commission médico-mutualiste symbolique : de 8/3 à 7/5.

Il faut bien entendu relativiser : si l'ABSyM avait obtenu 157 voix supplémentaires de généralistes, le résultat aurait été de 3/6 au lieu de 2/6 actuellement.

Si l'ABSyM avait obtenu 294 voix de plus de la part des spécialistes, elle aurait 6/6 sièges au lieu de 5/6 actuellement. En d'autres termes, si l'ABSyM avait obtenu 451 voix supplémentaires, c'est-à-dire 1,7 % des votes valides, le résultat au niveau de la Commission nationale médico-mutualiste aurait été de 9 sièges sur 12 (tableau 4).

En comparaison : pour obtenir 1 siège de plus au niveau des médecins généralistes, le Cartel aurait dû compter 1.803 voix supplémentaires. Et pour 1 siège de plus chez les spécialistes pas moins de 2.150 voix!

Les règles du jeu devraient être changées pour les prochaines élections. Car il est illogique que 1.934 voix suffisent pour obtenir 1 siège chez les généralistes, alors qu'il en faut 2.419, soit 485 de plus, pour obtenir un siège chez les spécialistes.

III. L'ACCORD MEDICO-MUTUALISTE 1999-2000 : l'ultime résurrection

III.1. Un accord du 1.1.1998 au 31.3.1998

L'accord conclu péniblement le 3 novembre 1997 n'a pas survécu longtemps.

Il y a d'abord eu le refus du Conseil général du 22.12.1997 d'octroyer le statut social prévu dans cet accord (à l'instigation des socialistes flamands par l'entremise du syndicat socialiste).

Les deux clauses de dénonciation ont également joué un rôle. La loi « Pax Medica » du 10.12.1997 (M.B. du 29.1.1998) présentait un « oubli » très important concernant la concertation obligatoire entre la Santé publique, les Affaires sociales, les médecins et les mutuelles. Comme prévu dans l'accord, l'ABSyM a envoyé une lettre au président de la Commission nationale médico-mutualiste, le Dr Jérôme DEJARDIN, pour convoquer la Commission. La lettre laissait clairement entrevoir que l'accord serait dénoncé.

Le deuxième « élément d'autodestruction » concernait la loi VERMASSEN-LENSSENS à propos des suppléments d'honoraires pour les patients hospitalisés. La loi a été adoptée par la Chambre le 10.11.1997 mais elle a été évoquée par le Sénat.

Malgré le lobbying soutenu exercé par les médecins, la sénatrice du SP Lydia MAXIMUS a bâclé le dossier en douze minutes au niveau de la commission sénatoriale des Affaires sociales le 12 février 1998. Elle avait pourtant eu deux mois, jusqu'au 13 mars 1998, pour examiner la problématique d'une manière objective, sans parti pris doctrinaire. La loi est votée le 22 février 1998 et est publiée au Moniteur belge le 3 mars 1998. La date d'entrée en vigueur est le 1er décembre 1998. Il en résulte que, en l'absence d'accord, l'Etat impose les tarifs pour les prestations hospitalières pour les patients hospitalisés, sauf pour les patients hospitalisés dans une chambre privée. En cas d'accord, les tarifs sont imposés aux mêmes conditions aux médecins non conventionnés. Ceci signifiait sans plus la fin du régime des accords.

Par lettre recommandée du 12.2.1998, l'ABSyM a signifié que l'accord serait dénoncé le premier jour du mois suivant la date de publication de la loi Vermassen. La réunion de la CNMM du 23.2.1998 n'a pas fait changer d'avis l'ABSyM. L'accord 1998 a cessé d'exister le 1.4.1998. Avec les élections médicales en ligne de mire, le conseil d'administration de l'ABSyM réuni le 18 mars 1998 n'a pas pris cette décision à la légère.

Durant le mois de mars 1998, le corps médical, en particulier l'ABSyM, a été arrosé d'épithètes. Selon Guy PEETERS, secrétaire général des Mutualités socialistes, l'ABSyM était l'orchestre du Titanic. Le parlementaire SP Ghislain VERMASSEN, qui, en collaboration avec le sénateur CVP Jan LENSSENS, a traduit en textes de loi les diktats des mutualités socialistes et chrétiennes, a publiquement déclaré que les hommes politiques avaient perdu 34 ans en confiant les soins de santé aux médecins et aux mutuelles. D'un trait, il a suggéré que le Dr J. DEJARDIN, président depuis 1964 et qui a maintenant 79 ans, en était responsable. Guy TEGENBOS, dans le *Standaard* du 27.2.1998, a comparé le président de l'ABSyM de l'époque, Jacques DE TOEUF, à Bernie ECCLESTONE, car ils sont tous les deux aux prises avec le Parlement fédéral belge.

Le Dr DEJARDIN a désigné Marcel COLLA comme le principal responsable du dynamitage de l'accord conclu entre les médecins et les mutuelles : « Ah ça, le chercheur de misère en chef, c'est lui! » (Le Soir du 28.2.1998). Tandis que Guy PEETERS déclarait que le modèle de concertation est dépassé (*De Standaard* du 14.3.1998), plaidant en faveur d'une autorité sanitaire ayant des pouvoirs, son homologue francophone des Mutualités socialistes, Bernard DE BACKER, a déclaré que les hommes politiques sont responsables de la rupture.

Ghislain VERMASSEN a apparemment tenté de surpasser son camarade de parti Marcel COLLA au jeu de société des socialistes flamands « Embêter les médecins ».

A l'annonce de l'imminence de la dénonciation de l'accord 1998, il a à nouveau voulu modifier la loi relative à la représentativité au sein de la Commission nationale médico-mutualiste. Il a fait une proposition selon laquelle, avant de pouvoir dénoncer un accord, il faudrait que lors d'une enquête menée auprès des médecins, 50 % d'entre eux se soient prononcés dans ce sens. Ceci représente, d'une part, un travail administratif gigantesque mais, d'autre part, c'est une caricature du principe des élections médicales « démocratiques » pour lequel il avait été un de ceux à s'être battus. Ainsi, il voulait donc déjà changer les règles du jeu qui venaient à peine d'être édictées, avant même que le premier match (des élections) ait eu lieu.

Début avril, le ministre COLLA a fait savoir qu'il comptait bien faire passer un règlement pour son « Dossier médical général » par la voie gouvernementale. Le dossier médical « global » constituait déjà un thème de discussion lors de la mise au point de l'accord du 3.11.1997. De l'avis de COLLA, la médico-mut a été complètement superflue et n'a rien été d'autre qu'un boulet entravant les plans du SP.

III.2. Evaluation des besoins et budget

Conformément à l'article 38 de la loi sur l'AMI, la CNMM doit, chaque année au moins de juin, procéder à une estimation des moyens indispensables pour le financement des besoins du secteur des soins de santé. La CNMM s'est réunie les 8 et 22 juin 1998 pour évaluer les besoins pour 1999.

Un calcul sommaire de l'ABSyM arrivait à un total de quelque 25,7 milliards en supplément du budget indexé de 1998 :

- 1) Décisions prises ou à prendre au niveau du Conseil technique médical (en millions de FB)

- PET SCAN	77
- RMN	1.550
- médecine nucléaire	350
- ophtalmologie	570
- consultations dans homes pendant la nuit	35
- honoraires de surveillance en psychiatrie	317
- dermatologie	250
- doublement honoraires accouchements	750
- biologie moléculaire	200
- radiologie 1% arriérés index 1997	200

TOTAL 4,3 milliards

2) Financement du dossier médical global

- dossier médical général	500
- réduction du ticket modérateur chez le généraliste	750

TOTAL 1.250 milliards

3) Compensation pour

- augmentation des primes d'assurance de responsabilité civile pour les médecins des catégories V et VI : 900 millions
- interdiction des honoraires supplémentaires à partir du 1er décembre (chambre commune - chambre particulière) : 2.500 millions
- règlement des conventions collectives pour le personnel non financé par la journée d'hospitalisation : 2.000 millions

TOTAL 6,06 milliards

4) Evaluation des nouvelles technologies médicales : 1 milliard

5) Compensation pour le projet COLLA-BROUNS relatif aux droits des patients :

- secteur ambulatoire : 50 FB par visite et consultation : 3 milliards
- secteur hospitalier : 8 milliards

5.000 FB par admission par opérateur
2.000 FB pour l'anesthésiste
5.000 FB pour l'interniste

TOTAL 11 milliards

6) Frais de fonctionnement accréditation :

Frais de présentation, de déplacement, frais administratifs : minimum 100 millions

7) Impact financier des directives européennes portant sur les dispositifs médicaux : minimum 2 milliards

TOTAL GENERAL : 25,71 milliards

En fin de compte, le président de la CNMM, le Dr J. DEJARDIN, a envoyé deux avis au Comité de l'assurance. Les représentants des médecins ont réclamé un objectif budgétaire de 156,85 milliards de FB, enterrant ainsi les sommes estimées pour la réalisation des droits des patients, les primes pour l'assurance de responsabilité civile, la compensation pour la perte des suppléments et les moyens pour l'impact financier de la directive européenne relative aux dispositifs médicaux.

Le budget 1998 devait dès lors, pour les médecins, être augmenté d'au minimum 8,259 milliards. Les mutuelles ont estimé leurs besoins à 153,7 milliards, c'est-à-dire le budget 1998 augmenté de la norme de croissance légale de 1,5 %, plus 3 milliards supplémentaires pour les adaptations de nomenclature et la prise en charge des honoraires de conventions collectives du personnel infirmier et paramédical non financé par le prix de la journée d'hospitalisation.

Le Comité de l'assurance et le Conseil général de l'INAMI ont marqué leur accord pour un budget 1999 de 158.044,5 millions en honoraires médicaux, en ce compris une indexation de 1,84 %. Par après, dans le cadre de la réunion du Comité de l'assurance du 26.10.1998, l'ABSyM a encore pu obtenir 125 millions supplémentaires pour réduire le ticket modérateur pour les consultations chez le généraliste dans le cadre du dossier médical global.

La masse des honoraires est ventilée comme suit (en millions de FB) :

biologie clinique	28.825,1
imagerie médicale	26.515,7
consultations et visites	35.853,5
prestations spéciales	31.518,0
chirurgie	24.878,2
gynécologie	2.158,6
surveillance	7.122,9
forfait accréditation	480,0
dossier médical	634,0
montant non ventilé	183,5
TOTAL	158.169,5

L'objectif budgétaire global de l'INAMI, qui a été approuvé par le Conseil général, pour les soins de santé s'élève à 477,817 milliards. Sur la base des estimations techniques de l'administration, le Comité de l'assurance avait estimé les dépenses entre 485,4 et 488,1 milliards. Ceci veut dire que, pour 1999 aussi, des économies devront être trouvées. Il est à remarquer que l'adoption par le Conseil général a été obtenue de justesse : 6 pour (les 5 représentants du gouvernement + le président Michel JADOT), 4 contre (employeurs) et 10 abstentions (syndicats et mutuelles). Les dispensateurs n'ont pas le droit de vote au Conseil général.

III.3. La nouvelle médico-mut et le départ du Dr Jérôme DEJARDIN

L'A.R. du 17.7.1998 portant nomination des membres représentant les médecins au sein de la Commission nationale médico-mutualiste a été publié au Moniteur belge le 23.7.1998. Cette publication est probablement un record absolu en Belgique : le résultat des élections médicales n'a été connu que le 30 juin 1998. Le Cartel et l'ABSyM ont ensuite présenté leurs candidats à l'INAMI qui a mitonné le texte, après quoi le ministre DE GALAN est personnellement parvenue à obtenir du Roi Albert II qu'il signe l'A.R., juste avant le départ en vacances de celui-ci.

Madame le Ministre a installé la nouvelle médico-mut le lundi 27 juillet 1998 à l'occasion d'une séance quasi académique. Du fait du résultat des élections, l'ABSyM conserve sa majorité absolue avec 7 sièges sur 12 mais sa position n'est plus aussi confortable que quand elle avait 9 sièges sur 11.

Le 14 septembre 1998, à 20 h 30, le président sortant le Dr Jérôme DEJARDIN a convoqué une réunion commune de la dento-mut et de la médico-mut. Le seul point à l'ordre du jour consistait dans le profil à définir pour son successeur. Cinq critères ont été retenus à l'issue de la discussion :

- il doit de préférence être un médecin
- la présidence des deux commissions doit être assurée par une seule et même personne
- il doit être bilingue actif
- il doit être indépendant et bénéficiaire de la confiance des parties concernées
- il doit connaître la législation relative à la réglementation de l'INAMI, être à l'écoute et être un bon négociateur.

Avant sa dernière séance officielle, le Dr DEJARDIN a été fêté solennellement à 18 heures. Les louanges prononcées en son honneur mettaient surtout l'accent sur sa diplomatie, son honnêteté intellectuelle et son souci de veiller à l'accessibilité des soins de santé. Il a lui-même conclu en disant que l'assurance-maladie ne peut être efficace que si elle est gérée avec le cœur.

Après avoir reçu un ordinateur en guise de cadeau d'adieu après 34 ans de présidence à la CNMM et 53 ans au service de l'INAMI, il a, lors des remerciements, laissé échapper, en pensant au Monicagate de Bill CLINTON, qu'il était heureux que ce ne soit pas des cigares. Pour une personne de 79 ans qui a été ouvertement qualifiée de « sénile » dans la presse par certains agitateurs du SP, c'est quand même faire preuve d'un certain esprit d'à-propos.

Plusieurs noms de candidats-successeurs circulaient. François PRAET, fonctionnaire dirigeant du service soins de santé de l'INAMI, était inacceptable pour le SP du fait de son étiquette CVP.

Le Dr Pierre GILLET, ex-membre de la direction médicale des mutualités socialistes, est un francophone unilingue. Le conseiller général du ministère de la Santé publique, direction Art de guérir, le Dr Jean-Paul DERCQ, n'était pas envisageable pour le PS du fait de son étiquette PSC.

Le Cartel a avancé le nom de l'inspecteur général de l'INAMI, le Dr Georges VEREECKE, et l'ABSyM, celui du Dr Michel VERMEYLEN, vice-président de la Chambre syndicale de Bruxelles. Un Jacques DE TOEUF moqueur a évoqué le nom de Ghislain VERMASSEN dans la presse tandis que le patron des MC, Marc JUSTAERT, fâché, était d'avis que le ministre DE GALAN devait occuper en personne la fonction de président.

Sur proposition de celle-ci, c'est finalement Gabriel PERL, son ex-chef de cabinet et actuel administrateur général de l'Office national des pensions, qui a été désigné par A.R. du 28.9.1998. L'avis du ministre COLLA, qui est pourtant ministre des Pensions, n'a pas été sollicité.

III.4. L'accord : un accouchement difficile

La médico-mut s'est également réunie les 19 et 26 octobre, les 9, 16 et 30 novembre et le 15 décembre 1998. Une réunion fixée au 8.12.1998 a été annulée et remplacée par une réunion du groupe de travail. Le nouveau président Gabriel PERL a manifestement préféré préparer les textes « en petit comité ». Le grand désavantage d'une telle méthode de travail est que, comme les réunions se suivent à un rythme soutenu, la base ne peut pas être informée de manière satisfaisante. Le Conseil d'administration de l'ABSyM du 9.12.1998 a dès lors décidé de ne plus participer aux discussions que dans le cadre d'une réunion plénière de la médico-mut.

Sur le plan budgétaire, les honoraires ont fait l'objet d'une indexation linéaire de 1,84 % et une ventilation a été appliquée comme indiqué au point (III, 2, 1). Bien que le Cartel ne soit pas satisfait de cette ventilation, il a malgré tout également adopté l'accord le 15.12.1998. Dans une circulaire datée du 12 janvier 1999 et adressée aux présidents et aux membres des conseils médicaux concernant la problématique des urgences (voir point V.6.), la direction de l'ASGB écrit, entre autres choses, à propos de l'attribution des moyens financiers : « Malheureusement, l'ABSyM a octroyé une très grande partie de ces moyens aux ophtalmologues et dermatologues (travaillant principalement dans le secteur non hospitalier) ».

Tout comme le gouvernement, le Cartel attend davantage d'un investissement dans l'encadrement et les structures que dans les soins proprement dits. Il est certainement souhaitable d'améliorer le financement des médecins dans les soins urgents, s'il s'agit d'investissements judicieux dans des activités pertinentes. La réalisation concrète de l'accord du 15.12.1998 enregistrera un certain retard du fait que le Conseil technique médical n'avait plus de constitution formelle depuis le 1.1.1999. Les téméraires, qui, le 12 janvier 1999, ont bravé la neige et le verglas, pour transposer en A.R. tous les dossiers visés dans l'accord au CTM, en ont été pour leurs frais. Comme tous les autres organes de l'INAMI, la composition du CTM devait également être modifiée, en fonction des résultats des élections médicales, à dater du 1.1.1999. L'arrêté royal relatif au CTM a été publié le 2.2.1999. Les décisions du 12.1.1999 devront être formalisées le 9.2.1999.

La pierre d'achoppement du Dossier médical global a été soulevée l'espace d'un instant à la conclusion de l'accord. Le libellé du nouveau numéro de nomenclature pour cette prestation sera peut-être encore à l'origine de quelques discussions. Un rôle plus important sera accordé au groupe de travail permanent chargé du DMG, lequel est constitué logiquement de spécialistes et de généralistes.

En ce qui concerne ce DMG, le ministre COLLA n'est absolument pas disposé à s'exprimer sur les résultats obtenus, qu'il a déjà rejetés par avance en conseil des ministres du 4.12.1998. Un de ses idéologues, le professeur en médecine générale gantois Jan DE MAESENEER, avait en effet déclaré dans la presse le 2.12.1998 qu'avec ce dossier, la Belgique se couvrirait de ridicule.

L'assuré âgé de plus de 60 ans qui se rend chez son généraliste, qui gère son dossier activement par une consultation spéciale par an, bénéficiera d'une réduction de 30 % sur le ticket modérateur de ses consultations chez un généraliste. Il n'y a pas d'autres conditions en ce qui concerne l'utilisation du régime du tiers payant ou d'une augmentation différenciée du ticket modérateur si le patient venait à consulter directement un spécialiste.

Selon le calendrier, le règlement devrait entrer en vigueur le 1.4.1999, mais cela nous semble peu probable, notamment en raison du retard au niveau du CTM.

L'accord conclu pour deux ans recommande au gouvernement de fixer le statut social pour 1999 et 2000 à 150 % du dernier montant fixé pour 1996. Le syndicat socialiste s'y est vivement opposé au niveau du Conseil général de l'INAMI. Le Conseil a malgré tout décidé de l'accorder à condition que les dépenses résultant des prescriptions de médicaments puissent être maîtrisées.

III.5. La loi VERMASSEN-LENSSSENS amendée

La loi VERMASSEN-LENSSSENS du 22.2.1998 (M.B. du 3.3.1998) a été la cause directe de la dénonciation de l'accord médico-mutualiste du 3 novembre 1997. Il était clair que l'ABSyM ne conclurait plus d'accord avant que des modifications ne soient apportées au contenu de cette loi.

Au terme d'un lobbying très long et soutenu et après un nombre incalculable de lettres et d'entretiens, deux amendements à la loi initiale ont été introduits, le mardi 27.10.1998, par les membres des parties de la majorité : Jan LENSSSENS, Greta D'HONDT et Luc GOUTRY (CVP), Ghislain VERMASSEN et Hans BONTE (SP), Marceau MAIRESSE (PSC), Michel DIGHNEEF et Colette BURGEON (PS).

La presse a annoncé une trêve dans le conflit opposant le parlement aux médecins hospitaliers. L'apport de madame le ministre DE GALAN, qui a réuni en son cabinet les parlementaires concernés dans la matinée du 27.10.1998, et du nouveau président de la médico-mut Gabriel PERL, qui a assumé le rôle de navette diplomatique, est essentiel. Dans une interview avec Le Soir du 13.11.1998, le Dr Jacques DE TOEUF, actuel vice-président de l'ABSyM, a calculé que l'affaire VERMASSEN lui avait coûté 270 heures de lobby, temps de déplacement non compris. Converti en semaines de 38 heures, cela reviendrait à plus de 7 semaines.

L'invitation que monsieur VERMASSEN avait faxée à la presse dans l'après-midi avait été un exemple pervers de désinformation. Le chéri des médecins écrit ainsi : « L'accord entre les médecins et les mutuelles a vu le jour sous l'impulsion du groupe parlementaire du SP ». Les initiés interprètent cela comme « Le SP a tout mis en oeuvre pour envoyer au diable le système des conventions, mais le PS nous en a empêchés ». Il poursuit en disant que la situation des malades chroniques s'est améliorée, ce qui, à notre avis, a surtout été l'oeuvre du CVP. Je suis prêt à reconnaître que l'extension du statut de VIPO aux chômeurs de longue durée peut être attribuée en toute petite partie à notre député limbourgeois.

L'amendement comprend les éléments suivants. En l'absence de convention, rien ne change dans l'ancienne loi. Dans la pratique, cela signifie que durant la période allant du

1.12.1998 au 31.12.1998, aucun supplément ne peut être exigé aux termes de la loi puisque la loi entrera en vigueur avec effet rétroactif le 1.12.1998 et qu'il n'y avait pas d'accord médico-mutualiste en décembre 1998.

A partir du 1.1.1999, il y aura un accord, du moins si, à la date du 8.2.1999 au plus tard, il s'est avéré que moins de 40 % des médecins ont refusé de signer la convention. La disposition finale de l'accord conclu le 15.12.1998 recommande aux mutuelles de ne modifier en rien le régime de suppléments existant tant que la nouvelle loi n'est pas entrée en vigueur.

La principale modification apportée à la loi réside dans le fait qu'elle n'entre pas en vigueur automatiquement, mais que le Roi doit d'abord signer un arrêté après consultation de la CNMM concernant les suppléments.

De multiples interprétations circulent. Selon le point de vue des juristes, des directeurs et gestionnaires des hôpitaux et des hommes politiques, d'une part, et des médecins, d'autre part, les uns estiment que, pour le moment, aucun supplément ne peut être perçu tandis que les autres sont de l'avis contraire. Espérons que le « flou artistique » se dissipera après le 22.2.1999, date d'entrée en vigueur officielle de l'accord, à condition que la Loi-programme ait été publiée, avec l'amendement Vermassen, à cette date. La même incertitude plane toujours autour de la question de savoir si les prestations en hôpital de jour doivent être considérées comme effectuées en ambulatoire ou à des patients hospitalisés. Il existe de solides arguments tendant à faire penser qu'il s'agit de véritables prestations ambulatoires. Cette vision est d'ailleurs confortée par un autre article de la loi-programme visée, notamment en ce qui concerne la remboursabilité des médicaments délivrés à des indépendants traités en hôpital de jour. D'autres pensent qu'il s'agit bien d'« hospitalisés », notamment parce que ces prestations sont obligatoirement facturées dans le régime du tiers payant. Ce régime ne découle pas de la loi mais de l'accord conclu par les organismes d'assurances et les hôpitaux, lequel permet que, pour une série de prestations médicales, les hôpitaux peuvent facturer une indemnisation établie sur la base du prix de la journée d'hospitalisation.

La loi-programme incluant les amendements VERMASSEN-LENSSSENS a été votée à la Chambre le 3.12.1998. Le Sénat l'a évoquée mais l'a quand même adoptée intégralement le 14.1.1999. La loi amendée VERMASSEN-LENSSSENS a été publiée au Moniteur belge du 6.2.1999 aux articles 121 et 122 de la loi du 25.1.1999 portant des dispositions sociales.

Nous suivons de près tout nouveau développement dans ce dossier.

IV. AUTRES NOUVELLES DE L'INAMI

IV.1. ACCREDITATION : situation au 01/02/99 **ACCREDITERING : stand op 01/02/99**

HUISARTSEN/GENERALISTES	Nombre total	Nombre accrédités	%
-------------------------	--------------	-------------------	---

Huisartsen/Généralistes 001/002/005/006	4.324	0	0,00
Huisartsen/Généralistes 003/004/007/009	13.025	9.769	75,00
TOTAAL HUISARTSEN/TOTAL GENERALISTES	17.349	9.769	56,31
SPECIALISTEN/SPECIALISTES			
Dermato-venereologie	577	478	82,84
Radiodiagnose/Radiodiagnostic	1.369	1.115	81,45
Kerngeneeskunde/Médecine nucléaire	289	235	81,31
NKO/ORL	540	437	80,93
Gastro-enterologie	333	269	80,78
Oogheelkunde/Ophthalmologie	922	735	79,72
Pathologische anatomie/Anatomie pathologique	241	192	79,67
Neurologie	122	95	77,87
Fys. geneesk.-Fysioth./ Médecine Phy.-Physioth.	399	304	76,19
Cardiologie	673	509	75,63
Urologie	308	232	75,32
Orthopedie	799	600	75,09
Radiotherapie	132	99	75,00
Reumatologie/Rhumatologie	222	162	72,97
Anesthesie/Anesthésiologie	1.374	999	72,71
Pneumologie	256	185	72,27
Gynecologie-verloskunde/Gynécologie-obstétr.	1.186	857	72,26
Inwendige geneeskunde/Médecine Interne	1.924	1.368	71,10
Psychiatrie	370	257	69,46
Kindergeneeskunde/Pédiatrie	1.204	830	68,94
Neurochirurgie	117	78	66,67
Neuropsychiatrie	1.419	931	66,61
Klinische Biologie/Biologie Clinique	687	457	66,52
Plastische chirurgie/Chirurgie plastique	160	104	65,00
Chirurgie	1.354	811	59,90
Stomatologie	296	152	51,35
TOTAAL SPECIALISTEN/TOTAL SPECIALISTES	17.273	12.491	72,32
GSO/MACS	3.450	6	0,17
TOTAAL SPECIALISTEN + GSO	20.723	12.497	60,30
TOTAL SPECIALISTES + MACS			
ALGEMEEN TOTAAL/TOTAL GENERAL	38.072	22.266	58,48

IV.2. SIS-SAM ouvre-toi!

A partir du 1er octobre 1998, et ensuite à partir du 1er janvier 1999, l'utilisation de la carte SIS pour la lecture des données d'identification et de mutuelle du patient aurait dû être obligatoire chez les pharmaciens et dans les hôpitaux. Les premières annonces dans la presse écrite, à la radio ou à la télévision allaient cependant encore bien au-delà : les vignettes autocollantes étaient appelées à disparaître définitivement à partir du 1er janvier 1999. Les assurés sociaux n'auraient plus dû avoir que la carte SIS en poche

Depuis plusieurs mois déjà, il était prévisible que l'introduction concrète se passerait beaucoup plus péniblement. En fin de compte, le délai fixé n'a pas été respecté, même

pour les deux premiers secteurs. Des difficultés pratiques, liées notamment à la disponibilité des appareils de lectures, ont été à l'origine d'un nouveau report.

Avec les élections en ligne de mire, d'aucuns imaginent peut-être déjà une carte VLASI et une carte WAIS. Dans *De Standaard* du 2.2.1999, Guy TEGENBOS suggérait même la carte TASS – qui n'est peut-être pas aussi jolie mais qui est pourtant bien moins bête – utilisée dans le cadre de l'assurance-maladie défédéralisée de l'Espagne et des îles Canaries.

L'introduction de la carte SIS pose également des soucis aux médecins. Conformément à l'article 37 de l'A.R. du 22.02.1998 (M.B. du 13.3.1998), l'usage de la carte SIS est obligatoire pour les soins dispensés dans le cadre du tiers payant dans les hôpitaux et dans les pharmacies. Ce même article stipule que (tous) les autres dispensateurs de soins peuvent utiliser la carte SIS pour les assurés sociaux avec qui ils entrent en contact, et ce pour toutes les données qui y figurent. Le problème est que la lecture des données protégées électroniquement doit être combinée à l'utilisation simultanée de la carte SAM (Security Access Module) et du code secret qui y est associé.

La délivrance des cartes SAM n'est provisoirement encore prévue que pour les pharmaciens et les hôpitaux. Et pas pour les autres dispensateurs de soins. Cela nous incite à être particulièrement vigilants en ce qui concerne les nouvelles évolutions dans l'utilisation de la carte SIS :

- dans le secteur extra-hospitalier : le système peut, pour des raisons d'ordre pratique ou technique, être provisoirement limité à certains soins. Cependant, les secteurs non desservis, comme les soins extra-hospitaliers, doivent momentanément pouvoir continuer à travailler avec les vignettes autocollantes, jusqu'à ce que tous les médecins disposent de leur carte SAM.
- dans les hôpitaux : l'obligation ne peut valoir que pour le dispensateur de soins « hôpital », et pas pour les médecins et autres dispensateurs de soins qui doivent entre-temps pouvoir travailler avec les vignettes autocollantes, jusqu'à ce que tous les médecins hospitaliers disposent de leur carte SAM.

Ces principes sont d'ailleurs explicités dans le Rapport détaillé au Roi de l'A.R. du 22.2.1998.

Au fur et à mesure de la mise en application concrète du système, d'innombrables autres problèmes ne manqueront pas de se présenter, notamment par exemple pour les spécialités qui ne sont jamais ou pas toujours directement en contact avec le patient. Il restera probablement toujours un résidu d'administration sur papier. Par ailleurs, le traitement électronique des données devra être développé, notamment pour les spécialités qui travaillent sur ordonnance.

IV.3. Interprétations de nomenclature

Comme chaque année, 1998 a donné lieu à ses inspections du Service du Contrôle Médical (SCM) de l'INAMI. Comme d'habitude, nous reprenons dans notre rapport quelques éléments importants dans ce domaine :

- art. 17 § 2 (échographie) : *"Par jour et par patient, les médecins de la même spécialité ne peuvent porter en compte qu'une seule des prestations n° ..."*.

Le SCM interprétait cette règle d'application comme une interdiction de cumul (par un seul et même médecin) et une interdiction de répétition (par d'autres médecins de la même spécialité), et ce, sur base d'un avis du Collège des Médecins Directeurs (CMD). Dans le cadre d'une poursuite contre un cardiologue, la Chambre d'Appel a finalement admis que cette interprétation était inexacte.

Différentes prestations d'échographie, lorsqu'elles sont cumulables entre elles, peuvent par conséquent être portées en compte le même jour et pour le même patient par le même médecin. La répétition, par contre, par un ou plusieurs autres médecins de la même spécialité est impossible. Toutefois, cette répétition est prévue dans la nomenclature pour les cas visés au 2e alinéa du § 2 (*"Toutefois les prestations n° 460320/342/644/401/423/445 et 460 peuvent être portées en compte plusieurs fois dans la même journée pour un patient hospitalisé dont l'altération de la fonction circulatoire pose un problème vital immédiat"*).

Les confrères qui se verraient confrontés avec un problème d'interprétation relatif à l'art. 17 bis § 2, peuvent se mettre en rapport avec le Bureau Technique du G.B.S.

Art. 14, h) § 1 et art. 15 § 2 : le n° de code 248415 - 248426 (*application d'une lentille-pansement scléro-cornéenne hydrophile ...*)

Dans notre rapport de l'an dernier, nous avons attiré l'attention sur l'avis du Conseil Technique Médical selon lequel cette prestation non chirurgicale ne tombe pas sous la règle d'application de l'art. 15 § 2 (interventions à partir de K 120 en milieu hospitalier).

Nous avons appris qu'un seul organisme assureur, aussi aberrant que cela puisse paraître, continue à adresser des lettres aux ophtalmologues pour rompre le délai de prescription d'une hypothétique récupération de montants tout aussi hypothétiquement indus.

- art. 15 § 2 : *"Sauf en cas de force majeure, les interventions d'une valeur égale ou supérieure à K 120 ou N 200 ou I 200 doivent être effectuées dans une institution hospitalière agréée par l'autorité compétente et qui comprend au moins un service C ou D"*.

Cette nouvelle formulation de la règle d'application donne une définition plus précise des responsabilités respectives du médecin et de l'hôpital lorsque la prestation donne lieu à un forfait d'hôpital de jour. L'ancien texte entraînait des contestations concernant les honoraires du médecin (et même en ce qui concerne le forfait hospitalier généré par la prestation), lorsque la prestation était effectuée dans des locaux non formellement identifiés comme ressortant à un hôpital de jour reconnu (?). Or, c'est le gestionnaire qui, sous sa responsabilité met les locaux à la disposition du médecin et porte en compte le forfait hospitalier.

La nouvelle formulation rend l'intervention attestable, lorsqu'elle est effectuée intra muros, c'est-à-dire dans un hôpital agréé, sans autres conditions particulières. Apparemment, c'est bien l'hôpital qui est désormais clairement responsable du respect des conditions du remboursement du forfait hospitalier. Ce qui est tout à fait logique, ces conditions étant déterminées dans une convention définissant exclusivement les rapports entre les

institutions de soins, les organismes assureurs et les bénéficiaires de l'assurance-maladie, et non les médecins.

V. LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE : hyperdynamique ou hyperkinésique ?

V.1. Les péripéties de Marcel COLLA

Dans la presse médicale mais également dans la presse générale, votre secrétaire général et notre ministre fédéral de la Santé publique ont été présentés très régulièrement comme « deux amis pour la vie ». Un *understatement* qui en dit long.

Le ministre COLLA n'a que rarement été applaudi pour ses activités quasi hyperkinésiques. Au début de janvier 1999, il a même été traîné publiquement dans la boue par ses amis politiques anversoïses du SP.

Il est en guerre avec bon nombre d'associations. Il a été aux prises avec la CNE (Centrale nationale des employés) au sujet du statut des infirmiers A2, à l'occasion de ses A.R. relatifs aux soins urgents. COLLA a reproché à la *Landelijke Bediendencentrale* (LBC-NVK) ses mensonges grossiers (Financieel Economische Tijd du 11.7.1998). La CNE (syndicat francophone des employés) aussi voit, dans les transformations pour les infirmiers, une déclaration de guerre (De Standaard du 17.7.1998) et le « pilier » catholique a blâmé COLLA pour sa rage normative et son administration déficiente (ibidem). Les Mutualités chrétiennes lui ont également retiré leur confiance (De Morgen du 18.7.1998). Les MC ont écrit au premier ministre DEHAENE que « c'était désespérant de travailler avec COLLA ».

Le 25.6.1998, l'ABSyM organise une conférence de presse intitulée « La rage normative » autour des normes des urgences. Même l'ASGB, qui est généralement modéré, fulmine contre COLLA, pour les mêmes raisons, dans l'« Artsenkrant » du 11.9.1998.

Le 10 septembre 1998, la Section programmation et agrégation du Conseil national des établissements hospitaliers se lance dans une grève administrative de deux mois. Le ministre ne tient tout simplement aucun compte des avis qui ont souvent été laborieux et n'ont pas été donnés à la légère.

Entre-temps, un texte de loi de COLLA portant sur la cotisation de solidarité perçue sur les pensions extralégales a été annulé par la Cour d'arbitrage. L'addition pour l'Etat : 1,2 milliard à rembourser aux pensionnés. L'explication donnée par le président du SP Fred ERDMAN, à la mi-janvier 1999, dans les médias pour expliquer le départ de Marcel COLLA au Sénat était quelque peu équivoque : « Notamment parce qu'il a accompli un si bon travail dans le secteur des pensions ».

A un moment donné, COLLA a tout bonnement placé un médecin-conseil socialiste au-dessus des lois en ce qui concerne le remboursement de certains médicaments (Fax Medica du 1.10.1998). La perle des perles, nous l'avons entendue lors d'un numéro de l'émission « Ter Zake » de la VRT, avec le journaliste Walter ZINZEN, le 11.11.1998, le soir de la conférence-table ronde ambitieuse organisée avec les associations de pharmaciens. COLLA s'est alors totalement trompé en annonçant fièrement aux médias que les aliments pour nourrissons jusqu'à l'âge d'un an ne seraient plus disponibles que

dans les pharmacies. ZINZEN l'a contraint, en public et « en direct », à faire un virage à 180 degrés. « La guerre des petits pots est déclarée », a titré Le Soir du 13.11.1998. Mais l'incident est très vite passé et, le dimanche suivant, notre ministre a étalé sa suprématie politique, dans un flot de paroles soutenues, par rapport aux arguments scientifiques d'un professeur de philosophie peut-être trop bien élevé dans le cadre de l'émission de la VRT « De 7de dag » consacrée aux médecines parallèles.

En ce qui concerne les pratiques alternatives, il se base toujours sur le Magazine des consommateurs « Test-Achat » pour affirmer que 40 % des Belges y ont recours et qu'il faut donc bien qu'il légifère en la matière. Il n'a apparemment jamais entendu parler de l'étude qu'il avait commandé, en sa qualité de ministre fédéral, à son propre Institut scientifique de la santé publique Louis Pasteur. De cette étude scientifique consacrée à l'état de santé du Belge, il ressort que 8 % de la population a consulté, en 1997, un homéopathe, un ostéopathe, un chiropracteur ou un acupuncteur. Elle a été présentée à la presse en juin 1998.

Il a été pénible de voir comment le ministre COLLA a exploité politiquement le décès dramatique de deux bébés prématurés pour montrer aux caméras, quatre jours durant à partir du 9.1.1999, son visage bronzé par le soleil sud-africain durant les fêtes de fin d'année. Nous sommes bien curieux de voir si un homme tellement médiatique obtiendra un bon score politique le 13 juin 1999.

V.2. Pratiques non conventionnelles

Nous avons traité ce thème en détail au point V, 5 de notre rapport annuel du 7.2.1998. Le 19.1.1998, le GBS avait déjà adressé un message d'avertissement justifié aux membres du gouvernement. Le Conseil des ministres fédéral du 6.2.1998 a déterminé une procédure de reconnaissance de l'homéopathie, de l'acupuncture, de la chiropraxie et de l'ostéopathie par une loi distincte et non pas dans le cadre de l'arrêté royal 78 du 10.11.1967.

Le 27.2.1998, le président de l'ABSyM Jacques DE TOEUF a organisé une réunion commune sur le thème des pratiques « alternatives ». Outre le GBS étaient également présents le Conseil national de l'Ordre, les deux sections de l'Académie royale de médecine et les doyens des facultés de médecine.

Les doyens flamands n'étaient pas présents, non pas parce qu'ils sont en faveur de la reconnaissance des pratiques non conventionnelles, mais parce qu'ils « ne voulaient pas adopter un ton syndicaliste ». Comme le collègue Milan ROEX s'était déclaré favorable dans l'*Artsenkrant*, l'ASGB ou le Cartel en constitution n'ont pas été associés à la discussion.

Dans le cadre d'une conférence de presse commune, le 11.3.1998, le front a appelé à fixer un moratoire et, avant de parler de reconnaissance, à étudier le dossier.

Dans le quotidien « *De Morgen* » du 23.4.1998, une fuite orientée, prenant la forme d'un article intitulé « *Alternatieve geneeskunde slaagt voor Europese test* » a rendu public, de façon très prématurée, un communiqué unilatéral du président de l'Unio Homeopatica, le Dr Michel VAN WASSENHOVE. Le Prof. Dr Wim BETZ, co-responsable belge du « Cost-B4 report on unconventional medicine » a réduit à néant l'argumentation de son

coparticipant homéopathe à l'étude. Dans l'*Artsenkrant* du 5.5.1998, le professeur en médecine générale de la VUB a déclaré que les informations publiées dans « *De Morgen* » étaient totalement trompeuses.

Est-il nécessaire de répéter que l'augmentation significative du nombre de demandes de dommages-intérêts en médecine générale a presque uniquement à voir avec « les pratiques alternatives »?

Après 7 mois d'études, le Fonds national de la recherche scientifique a remis, le 22.10.1998, un rapport impitoyable sur les pratiques alternatives. Le ministre COLLA a qualifié l'opposition académique d'inquiétante, notamment celle de 19 professeurs flamands non-médecins qui ont osé émettre des critiques à l'encontre de son projet dans une tribune libre dans les journaux *De Standaard* et *De Morgen*.

L'ensemble de l'étude européenne « Cost-B4 » a été rendue publique au début du mois de novembre 1998. Elle démontre péniblement qu'il n'existe pas de preuves scientifiques attestant de leur efficacité.

Le numéro du 11 novembre 1998 de la revue JAMA indique dans une série d'articles que les pratiques alternatives ne guérissent pas et que, dans un certain nombre de cas très précis seulement, elles peuvent contribuer à une amélioration de l'état de santé.

Lors de l'examen du projet de loi COLLA par le Parlement à partir du 17.11.1998, les débats n'ont pas manqué d'être parfois houleux, notamment lors des auditions publiques. Entre les convaincus et les sceptiques, ce fut une vraie foire d'empoigne. Le professeur émérite Marcel RENAER, qui a enseigné trente ans durant la déontologie à la K.U.Leuven, s'est étonné du fait que le ministre n'a pas remis d'avis aux instances compétentes, comme le Conseil supérieur de la santé.

Entre-temps, les mutualités se sont engagées dans une petite guerre commerciale autour des pratiques alternatives. Les mutualités libérales ont mis le feu aux poudres. La Fédération des mutualités socialistes du Brabant wallon n'a pas tardé à rembourser l'homéopathie et certaines formes de l'ostéopathie par le biais d'une assurance complémentaire facultative. Les autres mutuelles lui ont emboîté le pas systématiquement. Au beau milieu de l'imbroglio des négociations autour du dossier médical global, un médecin-conseiller des Mutualités chrétiennes a laissé filtrer dans la presse médicale un document de travail relatif au remboursement de la médecine homéopathique. A la stupéfaction générale et suscitant un sentiment de colère. En sus du remboursement classique de la consultation du généraliste, les MC rembourseraient également 500 FB par quart d'heure d'homéopathie à condition qu'un médicament homéopathique ait également été prescrit.

Simultanément, les MC ont soumis, au niveau de la médico-mut, une proposition de rémunération de 150 FB par an pour la gestion active du dossier d'un enfant tout en estimant exagéré le paiement de 500 FB par an pour la gestion et la mise à jour d'un dossier d'adulte.

Tandis que les chefs de file des MC crient que les médecins belges prescrivent trop de médicaments, leur projet de remboursement pour l'homéopathie instaure l'obligation de la délivrance simultanée d'un médicament homéopathique comme condition absolue de remboursement.

Tandis qu'au niveau du Conseil technique des spécialités pharmaceutiques et au sein du Comité de l'assurance du Service des soins de santé de l'INAMI, les représentants des MC adoptent très régulièrement une attitude impitoyable quand il s'agit du remboursement de produits pharmaceutiques qui, selon eux, « ne font que prolonger la vie sans guérir » (dossier sclérose latérale amyotrophique et remboursement du Riluzole) ou « ont insuffisamment prouvé leur efficacité thérapeutique » (par ex. dossier mucolytiques et Lysomucil) et de bon nombre de dossiers analogues, il arrive que les dirigeants des MC prennent de la distance par rapport à leur règle de base « officielle » – en vertu de laquelle les médicaments doivent avoir prouvé leur « efficacité » avant d'entrer en ligne de compte pour un remboursement – pour défendre leur part de marché de 43 % des assurés belges.

Je ne peux que recommander au président des MC Marc JUSTAERT d'assister à un exposé « scientifique » sur le principe homéopathique de la « mémoire de l'eau ». Le *Nederlandse College ter beoordeling van Geneesmiddelen* se plaint entre-temps du fait qu'il doit tester les médicaments homéopathiques uniquement quant à leur sécurité et non pas quant à leur efficacité.

Après une guerre des amendements qui s'est prolongée, le projet de loi a été adopté par la commission parlementaire de la Santé publique le 27.1.1999. Même si des adaptations très positives ont été obtenues, principalement à l'initiative des rangs CVP, et notamment de Hubert BROUNS et du Dr Jan VAN ERPS, nous restons malgré tout d'avis que le travail législatif est encore toujours prématuré et qu'il convient de réaliser au préalable une recherche scientifique approfondie.

Dans une lettre envoyée le 1.2.1999, nous avons insisté auprès des parlementaires et des sénateurs pour qu'ils n'adoptent pas ce projet. Nous avons agi dans un véritable souci pour nos patients, et ce en dépit de la remarque cynique du journaliste de la VRT-radio, Marc VAN DE LOVERBOSCH, en date du 27.1.1999, pour qui les médecins créeront certainement moins de problèmes autour des pratiques alternatives dans la mesure où, maintenant, les patients doivent de toute façon d'abord passer à la « caisse » du médecin conventionnel. Un des amendements stipulait en effet que le patient désireux de s'adresser directement à un « thérapeute alternatif » doit, au préalable, avoir signifié expressément et par écrit son refus de se faire soigner par la médecine classique.

V.3. Les droits du patient ou (plutôt) les devoirs du médecin ?

Nous avons déjà commenté longuement, à l'occasion de notre Assemblée Générale du 07.02.98, le projet du Ministre COLLA, relatif "aux droits du patient", ainsi que la version CVP élaborée par le député flamand H. BROUNS.

On se souvient des composantes principales :

- une obligation d'information absolue, quasi irréalisable, devant être écrite sur simple demande du patient;
- l'autorisation formalisée et écrite du patient pour les cinq types d'actes médicaux invasifs (toutes les interventions sous anesthésie générale, les actes ayant des conséquences irréversibles, les cas de risques ou effets secondaires plus que normaux, de situations s'accompagnant d'une conscience atténuée, ou à caractère expérimental).

Les avant-projets ont été soumis au Conseil des Ministres à plusieurs reprises, mais jusqu'à présent, aucun projet définitif n'a été déposé devant la Chambre. Le sujet a également donné lieu à une intervention remarquée de Chris PETERS dans Artsenkrant du 01.09.98. Ces commentaires du patron de la Fédération des Professions Libérales et Intellectuelles eut un retentissement particulier dans la presse. Par ailleurs, le 02.09.98, nous avons eu, dans le cadre d'une délégation du VAS, un long entretien à ce sujet avec le Ministre VAN PARIJS; nous pensions, en effet, que le Ministère de la Justice était très concerné par cette matière, ne fut-ce que dans le cadre de la responsabilité professionnelle.

Il est probable que ce projet ne sera plus traité dans le cadre de la législature actuelle. Peut-être cette matière est-elle déjà interprétée comme personnalisée ...

En outre, un élément nouveau interférant avec ce projet vient s'ajouter : le nouveau projet de loi de la vie privée issu de la directive EU 95/46 du 24.10.95, dans la mesure où il y est déterminé, dans quel cas, l'autorisation de l'intéressé (patient) est nécessaire pour pouvoir accéder ou procéder au traitement de données personnelles relatives à la santé.

Quoi qu'il en soit, il serait indécent de soumettre un problème aussi sensible et complexe que celui des droits du patient aux discussions parlementaires, en cette période pré-électorale particulièrement agitée. Nous estimons que ce thème mérite un débat serein puisant ses sources dans les droits de l'homme et nécessitant une étude approfondie préalable par un groupe d'experts apolitiques dans les domaines de l'éthique, de la médecine, de la philosophie et du droit.

Totalement incompréhensible est l'in vraisemblable contradiction entre d'une part, l'obligation d'information absolue, exhaustive et donc scientifiquement fondée, et d'autre part, les arrangements politiques visant à octroyer un statut légal à des pratiques non scientifiquement fondées.

Un deuxième aspect sur lequel nous avons déjà insisté dans notre éditorial du Médecin Spécialiste n° 7 de septembre 1998, est que les droits du patient couvrent une notion beaucoup plus vaste que la seule relation entre le patient et le dispensateur de soins. Elle se rapporte, en effet, à tous les aspects des soins de santé : droits par rapport aux autorités en tant qu'organismes du système de soins, droits à l'égard des organismes assureurs, de la gestion hospitalière, droits en matière de liberté de mouvement à l'intérieur du système des soins, droits en matière de protection de la santé, en matière de protection de la personne malade, etc. En approchant, par exemple, l'obligation d'information dans ce contexte élargi, toute une série de questions se pose. Le médecin doit-il fournir au patient les informations relatives au système de financement, du RCM, des normes d'agrément, des circuits de soins, etc ?

Est-ce le directeur hospitalier qui serait tenu de fournir obligatoirement au patient cette information de manière exhaustive ? En précisant les risques importants, la "justification du choix proposé", les possibilités alternatives, le coût attendu, etc. ? Le message devant être par écrit lorsque le patient le demande ? Avec "consentement éclairé" en cas d'actes invasifs ?

L'enchevêtrement des systèmes financiers, des normes de services, de fonctions, de programmes de soins, voire de réseaux, déterminent en partie également le parcours que va suivre ou subir le patient. Tout cela n'est guère transparent. Même le directeur hospitalier se livre à un combat quotidien pour voir clair dans cette surenchère de

réglementations fédérales, régionales et autres. Comment dès lors le commun des mortels pourrait-il s'y retrouver?

Le récent reportage de la VRT (28.01.99) sur les transports en ambulance vient de démontrer l'existence de nombreux points obscurs dans les circuits et réseaux dont les autorités laissent l'organisation aux « fournisseurs de soins et de services ». La population est à peine informée.

Chaque médaille a son côté pile et son côté face. Il en est de même pour les droits du patient. Le côté pile de certaines notions donne lieu à de véritables contradictions, voire l'inversion du principe, pour finir par justifier précisément ce contre quoi le patient devrait être protégé. L'exemple-type est le principe du droit à l'autodétermination du patient.

Une des contradictions les plus flagrantes dans la politique de santé est la restriction toujours croissante du droit à l'autodétermination. On le transforme en droit (?) aux "soins socialement acceptables", sous la forme d'obligations toujours plus poussées à se soumettre à des systèmes, des canalisations et concentrations d'activités de soins et ce, non seulement pour des raisons budgétaires, mais également pour les intérêts des piliers qui s'affirment derrière les réseaux "d'organiseurs de soins". D'un autre côté, le droit à l'autodétermination sert d'unique fondement pour les pseudo-soins des pratiques non conventionnelles, autorisées à agir dans un mécanisme de marché totalement libre, et sans aucune garantie pour la protection de l'intégrité objective physique ou/et psychique du patient.

Par ailleurs, le droit à l'autodétermination est devenu, durant cette dernière décennie du 20e siècle, le prétexte de certaines règles légales ou pratiques légalement admises, qui se tournent contre l'intérêt du patient. En une première phase, après avoir créé une sorte de climat négatif à l'égard du secret médical, on a vu naître la possibilité d'imposer des obligations contractuelles, par lesquelles le médecin est tenu de communiquer des données relatives à l'état de santé du patient aux compagnies d'assurances. Plus récemment, dans les premières polices en matière d'assurance dites "de soins", on a vu arriver les engagements contractuels de la part de l'assuré, visant à se soumettre aux traitements médicaux imposés par la compagnie d'assurances. Et ce, sous peine de perdre les droits découlant du contrat. Dans ce cas, le droit à l'autodétermination ne serait-il pas légalement octroyé pour qu'on puisse, par voie contractuelle, le soustraire à l'intéressé ?

V.4. Une nouvelle loi sur la vie privée

Le Moniteur du 3 février 1999 vient de publier une loi du 11.12.98 transposant la directive 95/46/CE du 24.10.95, relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement de données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données. Il s'agit de fait d'une nouvelle loi sur la vie privée, passée de manière presque inaperçue. Ces nouvelles dispositions modifient la loi du 08.12.92 relative à la protection de la vie privée. Ce sont surtout les modifications à l'art. 7 qui traitent des données médicales, qui nous intéressent particulièrement. Celles-ci deviennent dorénavant "données à caractère personnel relatives à la santé".

Le texte original de l'art. 7 prévoyait que le traitement des données médicales devait avoir lieu sous la surveillance d'un praticien de l'art de guérir. Cette notion est remplacée par

"un professionnel des soins de santé", une notion juridiquement non définie et dont le sens, dans la perspective d'un éventuel régime légal pour les pratiques non conventionnelles, pourrait créer une insécurité juridique particulièrement dangereuse. Ainsi, le traitement de données relatif à la santé est autorisé lorsqu'il est "nécessaire aux fins de médecine préventive, de diagnostics médicaux, de l'administration de soins ou de traitements soit à la personne concernée, soit à un parent, ou de la gestion des services de santé agissant dans l'intérêt de la personne concernée". Le traitement est également autorisé lorsqu'il est nécessaire à la promotion et à la protection de la santé publique y compris le dépistage. Comme nous l'avons signalé plus haut, ces dispositions interfèrent avec le projet relatif aux droits du patient. Lorsque le patient se trouve dans l'incapacité physique ou juridique de donner son consentement, le traitement est possible s'il est nécessaire à la défense des intérêts vitaux de la personne concernée ou d'une autre personne.

Le principe général est que le traitement de données à caractère personnel relatives à la santé est interdit. La personne concernée peut, par son consentement écrit, mettre un terme à cette interdiction, pour autant que ce consentement puisse à tout moment être retiré. Un arrêté royal peut cependant préciser dans quel cas l'interdiction ne peut pas être levée par le consentement écrit de la personne concernée.

Nous reviendrons prochainement plus en détail sur l'analyse plus approfondie de ce texte récemment publié.

V.5. La directive CE n° 93/42 relative aux "dispositifs médicaux"

Le problème de la directive européenne n°93/42 CE du 14.06.93, a été soumis à l'ordre du jour "actif" du Comité de l'assurance pour la première fois le 08.06.98, c'est-à-dire avec un retard de cinq ans et à peine une semaine avant son entrée en vigueur impérative. Un groupe de travail mixte composé de membres du Conseil Technique des Implants, du Conseil Technique de l'Hospitalisation et du Conseil Technique Médical avaient rédigé un rapport soulevant toute une série de questions urgentes d'ordre médical, juridique, économique, voire éthique. Le Comité de l'Assurance décida d'informer le ministre de tutelle, Madame M. DE GALAN, en demandant avec insistance d'intervenir auprès du Ministre compétent, Marcel COLLA, en soulignant que la directive européenne créerait des problèmes de responsabilité aigus, et que son application stricte entraînerait des conséquences budgétaires considérables, de manière à rendre, dicit le Président SAUER, le coût des soins à charge du patient exorbitant.

Ce nouvel élément mettait en évidence l'absurdité du principe des honoraires maxima de la loi "Vermassen".

Dès la fin des vacances parlementaires, l'optimisme économique qui régnait encore avant l'été 98, fondait comme neige au soleil. Les prévisions budgétaires de l'AMI étaient plutôt sombres. Le gouvernement avait déjà fait savoir que les besoins financiers minimaux définis par l'INAMI pour le budget 1999, n'étaient pas réalisables.

Lors de sa séance du 07.09.98, la directive CE figurait à nouveau à l'ordre du jour du Comité de l'Assurance, mais parmi les "communications". "Le Comité de l'Assurance prend connaissance de la note 98/216". Point. Consternant. Apparemment, les membres étaient eux-mêmes surpris de leur désarroi. En effet, dans les "divers", on

revint sur le sujet, il est vrai, sous la forme interrogative. Les représentants des médecins demandaient expressément qu'il soit noté que les frais considérables résultant d'une application stricte de la directive devront dans tous les cas être considérés comme un facteur exogène, hors budget. Lors de la médico-mut du 22.06.98, les deux milliards que l'ABSyM proposait de prévoir pour ce poste, furent refusés.

La quasi-totalité des états membres de l'U.E. avaient mis à profit le délai séparant la publication de la directive et la date limite de son entrée en application obligatoire pour adapter leurs législations respectives, généralement en stricte harmonie avec la directive européenne. Les ministres belges de la santé publique ont apparemment soit écarté, soit complètement oublié le problème. Une réglementation relative à l'usage de tel ou tel disponible ou instrument aurait pourtant pu être une source d'inspiration alléchante pour le Ministre COLLA. En raison d'autres priorités, comme les pratiques alternatives, l'obligation d'information du médecin, la mise à la retraite forcée, le fameux article 139 bis, l'introduction des brevets pour les mini-spécialistes en soins d'urgence, la détermination des compétences ministérielles en matière de bonnes pratiques médicales, la protection de mangeurs de poires boulimiques, etc, la Belgique est ainsi le dernier pays à adapter sa législation.

Le 16.10.98, nous apprenions qu'un projet d'Arrêté royal de conversion serait revenu du Conseil d'Etat. La matière était alors activement discutée au sein de la structure de concertation "tripartite" gestionnaires-médecins-mutuelles. Dans "Artsenkrant" du 19.06.98, le Professeur Louis TIELEMANS de la V.U.B., Président de cette tripartite, qualifiait la situation de "blague belge". La tripartite cherche intensément une solution possible permettant aux hôpitaux de se charger eux-mêmes de la remise en service des dispositifs médicaux à usage interne. En effet, l'application stricte de la réglementation CE se rapporte uniquement à la "mise sur le marché".

En outre, la Santé Publique compte sur des contacts avec le Ministère des Affaires Economiques et surtout avec les fabricants et fournisseurs, pour arriver à des accords en vue d'une utilisation multiple des dispositifs médicaux - bien que ceci aille à l'encontre des intérêts du fabricant - soit de diminutions de prix importantes.

A la demande de M. C. DE COSTER, Directeur Général du Ministère de la Santé Publique, nous avons adressé un appel à toutes les Unions professionnelles (dd. 19.10.98), demandant de bien vouloir désigner des experts pour un groupe de travail qui tenteraient, spécialité par spécialité, d'établir un inventaire des dispositifs médicaux qui soit, posent un problème de prix à la suite de la mise en application de la directive CE, compte tenu de la nomenclature actuelle et des conditions d'utilisation actuelles, soit un problème d'usage unique versus usage répété (stérilisation).

Toute une série de confrères ont répondu positivement à notre appel. Les noms des différents experts ont été communiqués au Ministère de la Santé Publique le 12.11.98. Depuis, nous n'avons pas reçu de nouvelles. Le projet d'Arrêté Royal de conversion est toujours en cours de discussion.

Le 17.10.98, le G.B.S. a organisé, à l'initiative de notre confrère, Jean-Luc DEMEERE, un symposium particulièrement intéressant consacré au sujet, dans le cadre de EXPOMED 98 au Heysel. Cette séance, au cours de laquelle, les problèmes de la directive européenne et surtout, de la stérilisation, ont été examinés sur le plan éthique, économique et juridique, eut un succès mérité. Les textes seront publiés prochainement dans le "Médecin Spécialiste".

V.6. Fonctions soins urgents, soins intensifs et SMUR

V.6.1. Antécédents

Le 19.6.1991, la Belgian Society of Emergency and Disaster Medicine faisait circuler une proposition relative à la reconnaissance des services d'urgence, décrivant les normes auxquelles les hôpitaux U₁ et U₂ et les hôpitaux de référence doivent répondre. Le BESEDIM a alors parlé d'un certificat et d'un brevet de médecine aiguë. Les réactions des disciplines concernées, à savoir l'anesthésie, la chirurgie et la médecine interne, ont été destructrices :

- « les normes proposées ne reposent sur aucune étude de nécessité et mènent à la compétence économique » (*traduit*) [Dr Paul LUST, Instituut voor Medische Dringende Hulpverlening, lettre du 15 juillet 1991]
- « le certificat et le brevet sont hélas la preuve que les universités ne fournissent pas de formation efficace » (*traduit*) [idem]
- « Quoique nous soyons convaincus de l'utilité de services d'urgence bien structurés et bien équipés, il nous paraît que les médecins spécialistes traditionnellement confrontés aux urgences, à savoir les internistes, les anesthésistes et très certainement les chirurgiens, sont parfaitement aptes à toutes les urgences. Les entraves administratives de curriculaires imaginées dans ce projet nous paraissent particulièrement contre-productives » [Prof. Dr Jacques GRUWEZ, Dr P. RUTTEN, Union professionnelle des chirurgiens belges, lettre au Prof. Jan PEERS, 04.10.1991]
- « l'U.P.M.I. me charge de te transmettre son refus total quant à la proposition d'agrément des services d'urgences et des critères de reconnaissance du S.U., ces derniers étant une discrimination insoutenable pour certains hôpitaux en favorisant directement les grands hôpitaux » [Dr. R. LORAUX, président, lettre au Dr J. MERCKEN du 05.11.1991]
- « Nous souhaitons nous opposer expressément à cette obligation par laquelle deux médecins spécialistes exclusivement affectés aux urgences doivent attendre dans le service d'urgences pour intervenir lorsque c'est nécessaire, ce qui rend la médecine impayable » (*traduit*) [Comité directeur de l'Association professionnelle belge des médecins spécialistes en anesthésie-réanimation, lettre au Prof. Dr G. ROLLY, président de la commission d'agrément, 07.10.1991]
- « Les propositions du Besedim ne sont manifestement pas inspirées par un souci pour le patient en situation critique » (*traduit*) [Idem, lettre aux membres de l'Association professionnelle, 07.10.1991]

Le dossier a disparu dans l'un ou l'autre tiroir jusqu'à ce que Madame Magda DE GALAN, ministre de l'Intégration sociale, de la Santé publique et de l'Environnement de l'époque, le remette sur la table. Le promoteur de la médecine d'urgence était et reste le Professeur Herman DELOOZ, de la K.U.Leuven. A l'occasion de la succession du professorat d'anesthésie du Prof. Dr Jan VANDEWALLE à la K.U.L. en 1987, le service des urgences est devenu de sa compétence. Le Dr Peter LAUWERS, anesthésiste, est devenu professeur en soins intensifs et le Dr Hugo VAN AKEN professeur en anesthésie. Le lobbying du Prof. Herman DELOOZ a finalement débouché sur l'Arrêté ministériel du 12.11.1993 (M.B. du 13.01.1994) instituant le titre professionnel particulier en médecine d'urgence. Le « brevet de médecine d'urgence » instauré par l'article 5 § 2, 2° b, qui peut être octroyé à n'importe quel médecin ayant suivi 120 heures de formation théorique et 240 heures de formation pratique étalées sur 24 mois, est certainement un geste à l'intention des généralistes. Il convient toutefois de noter qu'aucun des membres du

Conseil supérieur de l'époque que nous avons interrogés ne se rappelle de cette discussion au sujet de ce dossier pourtant sensible. Il est également surprenant de constater que l'avant-dernière ligne de l'entrée en matière de l'A.M. du 12.11.1993 dit « vu l'avis du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des généralistes » sans en mentionner la date comme c'est l'habitude.

Quoi qu'il en soit, même un avis totalement négatif du Conseil supérieur n'aurait probablement pas pu arrêter la locomotive du lobby. Malheureusement, ni nous ni l'ABSyM n'avons, à l'époque, introduit de recours en annulation au Conseil d'Etat contre cet A.M.

En Flandre, cette formation et l'examen qui y est associé sont organisés par un groupe interuniversitaire qui s'appelle « Brevet Acute Geneeskunde ». Le Prof. Dr M. SABBE (K.U.Leuven, service des urgences) est responsable. L'organisation est maintenant dans les mains du BESEDIM, actuellement présidé par le Prof. Dr Walter BUYLAERT (U.Z. Gent, service des urgences). Nulle part dans la législation, il n'est fait mention de ce brevet. L'appropriation et, en Flandre, la monopolisation de cette formation n'a aucune base juridique réelle. Dans la partie francophone du pays, chaque université organise sa propre formation permettant d'obtenir le BMA (Brevet de médecine aiguë). En Flandre, le pourcentage de réussite à l'examen du brevet est de ± 1 sur 3, tandis que les candidats francophones réussissent le BMA dans un peu plus de 90 % des cas.

Entre-temps, le BESEDIM a créé, en Flandre, une pseudo-carence en « urgentistes », qu'il s'agisse des brevetés ou des porteurs du titre professionnel complémentaire. La façon dont le Prof. DELOOZ s'est aventuré, en 1994, à octroyer ce titre professionnel complémentaire suivant les mesures transitoires de l'article 6 de l'A.M. du 12.11.1993 est très controversée. La composition de la commission d'agrégation pour la médecine d'urgence (A.M. du 2.9.1994, M.B. du 4.10.1994) a été adaptée par le Prof. DELOOZ de telle sorte que seul un candidat de la liste commune introduite par l'ABSyM et le GBS a été retenu. Tous les autres membres sont des candidats présentés par le BESEDIM (cf. également le rapport annuel 1994 du GBS du 4.2.1995, point VIII 1 et VIII 2). Le 5.12.1994, l'ABSyM a introduit un recours en annulation contre cet A.R. L'auditeur l'a informé le 2.10.1998 qu'il existait une base juridique pour annuler l'A.R. Nous attendons le prononcé du verdict.

V.6.2. Les arrêtés royaux des 27.4.1998 (M.B. du 19.6.1998) et 10.08.1998 (M.B. du 02.09.1998)

Le Conseil national des établissements hospitaliers, Section programmation et agrégation, a émis, les 09.06.1994 et 10.10.1996, un avis relatif aux fonctions soins urgents et SMUR. Dans la mesure où ni les médecins ni les organisations représentant les hôpitaux non universitaires ne sont d'accord avec les A.R. adoptés, nous nous demandons si leur voix est effectivement entendue au sein de ce Conseil national. En dépit des lettres de protestation émanant du G.B.S. et de plusieurs unions professionnelles individuelles, les A.R. ont malgré tout été publiés au Moniteur belge le 19.06.1998 (le 02.09.1998 en ce qui concerne le SMUR).

De nombreuses démarches ont été entreprises pour tenter de renverser le courant :

- * 18.06.1998 : préparation avec le V.V.I. (*Verbond van Verzorginginstelling*) d'une journée d'étude consacrée à la problématique créée par le ministre
- * 25.06.1998 : conférence de presse de l'ABSyM contre « les A.R. relatifs aux urgences » : « La rage normative » « Overnormering leidt tot willekeur »
- * 26.06.1998 : dans le cadre de la journée d'étude de la *Vlaamse Vereniging Hoofdgeneesheren*, concertation informelle avec l'administration du ministre de la Santé publique
- * 02.07.1998 : journée d'étude V.V.I. : prise de position claire contre les A.R. de Colla et bref entretien avec le ministre COLLA qui est venu, spontanément et à l'improviste, parler de la problématique des infirmiers A₂.
- * 20.07.1998 : examen, au 16 rue de la Loi, de la problématique des urgences avec le Dr Bernard HEPP, collaborateur du cabinet du premier ministre J.-L. DEHAENE
- * 23.07.1998 : le comité directeur du G.B.S. décide d'introduire un recours en annulation contre les A.R. du 27.04.1998
- * 28.07.1998 : concertation avec M. Chr. DECOSTER, directeur général du ministère de la Santé publique, qui consent à présenter au ministre un amendement à l'A.R. Le ministre COLLA a signé cette modification, instaurant un quasi statu quo avec la situation existante et minimisant la portée des A.R., le 29.07.1998, juste avant son départ en vacances. Pour des raisons obscures, ce projet d'A.R. déjà signé est resté sans suite.
- * 03.09.1998 : réunion de concertation de la Chambre des Flandres occidentale et orientale du VAS au Holliday Inn de Gand, au cours de laquelle les résultats de l'enquête sur la médecine d'urgence sont analysés. Le Dr Luc HAECK, dirigeant du VAS, avait adressé cette enquête à tous les hôpitaux flamands le 3 juillet 1998. La réponse a été unanime : cet A.R. n'est pas applicable.
- * 16.09.1998 : concertation avec le ministre COLLA et Madame Rita BAETEN; accord concernant les droits acquis, prolongation du délai nécessaire pour l'obtention de la reconnaissance de la spécialité d'urgentiste pour le chef de service des urgences et possibilité de faire appel à des assistants.
- * 22.09.1998 : réunion avec M. Chr. DECOSTER, du ministère de la Santé publique, en vue de la mise au point des nouveaux textes nécessaires.
- * 29.09.1998 : réunion avec le Dr J.-P. DERQCQ en vue de finaliser les textes, en préparation de la réunion du Conseil supérieur du 06.11.1998.
- * 01.10.1998 : le comité directeur du G.B.S. décide d'introduire un recours en annulation contre l'A.R. relatif au SMUR du 10.08.1998 (M.B. du 02.09.1998).
- * 07.10.1998 : nouveau rendez-vous avec le ministre COLLA. Nous insistons pour que l'A.R. fasse l'objet d'allègements au niveau du personnel requis.
- * 08.10.1998 : entrevue chez le sénateur F. ERDMAN, président du S.P., pour plaider en faveur d'un aménagement de l'A.R. relatif aux urgences, en marge de la problématique entourant la loi VERMASSEN-LENSSENS.
- * 05.11.1998 : réunion ABSyM-G.B.S. en préparation de la discussion qui se tiendra le 06.11.1998 au Conseil supérieur concernant la problématique des urgences. Les textes issus de la discussion avec le Dr DERQCQ et qui accompagnaient l'invitation à la réunion du Conseil supérieur, sont examinés et adaptés.
- * 06.11.1998 : révolution unanime des membres du Conseil supérieur contre les A.R. relatifs aux urgences et contre le fait que de nouveaux textes du ministère ont été distribués sur place. Le président DERQCQ refuse de prendre acte de la motion de défiance unanime à l'encontre du ministre COLLA.
- * 20.11.1998 : lettre recommandée au ministre pour réclamer que les A.R. soient très rapidement adaptés à la réalité.

- * 25.11.1998 : à 15 h 30 : entretien préparatoire concernant la problématique des urgences entre le Dr DERCQ et une délégation du Conseil supérieur.
17 h : nouvel entretien avec M. COLLA, cette fois avec la délégation du Conseil supérieur. Etaient présents, pour l'ABSyM, les Drs L. BECKERS, G. DARDENNE, E. DEBACKER, L. HAECK et M. MOENS, qui sont également tous membres du G.B.S.. Le Prof. Dr GRUWEZ était retenu à l'étranger. L'UCL, l'UG et l'ULB étaient représentées respectivement par les professeurs KESTENS, LEROY et YERNAULT. Le Cartel n'avait pas présenté le moindre candidat lors de la réunion du Conseil supérieur du 06.11.1998 et n'avait aussi délégué personne. Le ministre fait un certain nombre de promesses allant à la rencontre des desiderata du Conseil supérieur.
- * 30.11.1998 : les ministres COLLA et DE GALAN envoient une lettre aux gestionnaires des hôpitaux, laissant miroiter un certain nombre d'adaptations à l'A.R., tout en affirmant d'entrée de jeu et sans ambiguïté que le médecin d'urgence n'a pas d'autre choix que de tenir un rôle de réceptionniste pour les patients éventuels. Après 24 heures de « garde de porte », il n'est pas autorisé à faire quoi que soit dans l'hôpital durant les 24 heures qui suivent.
- * 06.12.1998, c'est-à-dire le jour de la Saint-Nicolas : les « portiers » furieux se plaignent de l'absurdité du dimanche aux urgences « nouvelle formule ». En effet, le chirurgien-urgentiste notamment doit appeler un collègue-chirurgien si une appendicectomie doit être pratiquée, tandis qu'il se tourne les pouces.
- * 07.12.1998 : l'ABSyM et le G.B.S. expriment leur mécontentement face à cette situation par le biais d'un communiqué de presse.
- * 09.12.1998 : le conseil d'administration de l'ABSyM décide d'appeler les médecins hospitaliers à ne pas se conformer aux nouvelles normes. Les spécialistes flamands se prononcent en faveur d'une action plus dure.
- * 10.12.1998 : le comité directeur du G.B.S. se rallie à la position de l'ABSyM.
- * 11.12.1998 : communiqué de presse commun appelant à une « désobéissance civique » (tout en insistant sur le fait que les services concernés doivent conserver un staff garantissant un service de qualité) et menaçant d'organiser un mouvement de grève tournante éventuellement.
- * 14.12.1998 : le ministre COLLA envoie un fax au président du CNMM PERL pour le financement des services d'urgences dans les limites de l'accord médico-mutualiste restant à conclure.
- * 15.12.1998 : La Commission nationale médico-mutualiste conclut un accord. Il n'était plus possible de trouver un financement pour les services d'urgences.
- * 14 et 18.12.1998 : le ministre COLLA convoque soudainement le V.V.I., l'A.E.P.S., le Be.C.E.P. ainsi que le Dr R. RUTSAERT du Cartel et leur promet de nouvelles concessions. Après le « chantage » exercé par l'ABSyM et le G.B.S., il fait savoir qu'« il est disposé à apporter quelques adaptations, mais il ne veut en parler qu'à des "partenaires sérieux". » (Ivan BROECKMEYER, dans le *Financieel Economische Tijd* du 12.12.1998).
Le Dr R. RUTSAERT, intensiviste et membre suppléant du comité directeur du G.B.S., mène une concertation avec le Dr M. MOENS sur ce sujet. Les "partenaires sérieux" ne s'en sortent malgré tout pas. M. COLLA part le 19.12.1998 en Afrique du Sud, où il a notamment une entrevue avec le ministre sud-africain de la Santé publique.
- * 23.12.1998 : le magazine Telefacts de VTM consacre un reportage à la problématique des urgences.
- * 05.01.1999 : le ministre COLLA convoque à nouveau ses partenaires sérieux à ses côtés.

- * 12.01.1999 : l'ASGB indique aux présidents et aux membres des Conseils médicaux que les problèmes principaux seraient résolus. L'ABSyM et le G.B.S. n'en sont absolument pas convaincus.
- * 15.01.1999 : vendredi après-midi, l'ABSyM et le G.B.S. reçoivent de la collaboratrice de cabinet Rita BAETEN une note constituant la base de la lettre de l'ASGB. Elle nous demande de réagir.
- * 18.01.1999 : le G.B.S. et l'ABSyM formulent des remarques critiques ayant un caractère fondamental.
- * 20.01.1999, à 16 h : Madame BAETEN invite le Dr MOENS à un entretien à la suite des remarques formulées le 18.01.1999.
- * 21.01.1999, de 11 à 14 h 30 : une délégation de l'ABSyM et du G.B.S., composée des Drs J. DE TOEUF, J. GRUWEZ, M. MOENS et J. VERBEKE ainsi que du directeur administratif du G.B.S. J. VAN DEN NIEUWENHOF, présente leurs revendications. Madame BAETEN faxe à 19 h 17 un nouveau texte, qui est évalué par le comité directeur du G.B.S. le soir même et qui est simultanément transmis par fax à tous les membres de l'ABSyM concernés de près par le dossier. Il ressort que Madame BAETEN a compris un certain nombre de positions différemment.
- * 22.01.1999, à 16 h : les remarques communes de l'ABSyM et du G.B.S. sont transmises par fax au ministre COLLA. Nous n'enregistrons aucune réaction. Cependant, à 20 h, Madame Esther DEMAN, chef de cabinet du ministre COLLA, adresse une lettre urgente à l'ensemble des directeurs d'hôpitaux, des médecins-chefs et des conseils médicaux, reprenant le texte du 21.01.1999 sans prendre en considération nos remarques fondées. Il est précisé laconiquement que ce texte « a été mis au point après concertation de toutes les parties concernées ». Concertation oui, mais sans accord. En ce qui nous concerne, la rencontre du jeudi 21.01.1999 n'a pas été organisée que pour la forme!
- * 25.01.1999 : la grève des hôpitaux flamands est généralisée. Les hôpitaux universitaires n'ont pas été associés au mouvement de grève. L'action est largement traitée dans les médias.
- * 26.01.1999 : le secrétariat de l'ABSyM fixe un rendez-vous avec le ministre COLLA, qui se trouve à Genève, pour le 27.01.1999 à 19 h.
- * 27.01.1999 : entretien avec le ministre COLLA durant lequel certains assouplissements et éclaircissements sont obtenus. A 21 h se tient la réunion mensuelle du conseil d'administration de l'ABSyM, qui décide de suspendre temporairement l'action de grève en attendant un texte définitif qui sera soumis à la base.
- * 02.02.1999 : 19 h 15 : nous recevons un fax de madame Rita BAETEN, du cabinet COLLA. Les dirigeants du GBS et de l'ABSyM l'analysent le 03.02.1999.
- * 04.02.1999 : réunion d'évaluation commune GBS-ABSyM, à 21 h, à Anvers, concernant les nouvelles propositions.

V.6.3. En marge

Depuis la publication des A.R. en question, on trouve un tas d'annonces émanant de toutes sortes d'hôpitaux, qui sont à la recherche de spécialistes-urgentistes et de médecins brevetés en urgences, et ce même dans les journaux publicitaires locaux. Il est clair que le BESEDIM détient le pouvoir et a créé une pseudo-carence.

Tous les professeurs en chirurgie belges ont signé une lettre datée du 28.7.1198 et adressée au ministre COLLA pour lui faire remarquer que les chirurgiens bénéficient, dans le cadre de leur formation, d'une formation au moins équivalente à celle des

brevetés en médecine d'urgence et que, par conséquent, un brevet est superflu. Un mois plus tard, un des signataires de cette lettre a quand même jugé utile d'écrire à ses maîtres de stage affiliés ainsi qu'à tous les assistants pour leur « recommander vivement d'obtenir ce brevet (d'urgence) ».

Entre-temps, un projet d'A.R. a également été mitonné à l'occasion de l'année de l'enfant, en 1998, en vue de renforcer une fois encore les critères de la fonction soins urgents en introduisant des exigences spécifiques pour la prise en charge des enfants de moins de 15 ans. Ce projet d'A.R. a vu le jour contre l'avis du 10.7.1998 de la Section Programmation et Agréation du Conseil national des établissements hospitaliers qui estime que l'Etat ne doit pas légiférer en cette matière.

V.7. Les programmes de soins cardiaques

Juste avant l'été a été rendu public un avant-projet du ministre COLLA subdivisant en 6 programmes de soins l'ensemble des soins cardiaques dispensés en milieu hospitalier :

- A : diagnostic, traitement, soins et revalidation / sans exploration diagnostique invasive poussée ou traitement invasif poussé;
- B : idem avec diagnostic invasif, traitement interventionnel, chirurgie cardiaque;
- P : thérapie avec pacemaker;
- E : électrophysiologie;
- T : transplantation coeur/poumon
- V : anomalies cardiaques congénitales chez l'enfant

Pour chacun des programmes de soins, des conditions minimales ont été fixées en matière de procédures exécutables, de moyens logistiques, d'éléments d'encadrement, de staff et d'expertise médical et non médical, de contrats de collaboration, de qualité et de son suivi, et... pour certains programmes de soins, de niveau minimum d'activité.

Ce projet a été examiné pour la première fois par le comité directeur le 28.5.1998 et il a donné lieu à une campagne de sensibilisation orchestrée par le Dr Lieve VAN ERMEN, qui a suscité de nombreuses réactions.

Par la suite, après concertation entre l'Association professionnelle des cardiologues (APC) (Dr CREPLET) et la Société belge de cardiologie, une position commune a été communiquée aux ministres et à la presse avec les signatures du Prof. Dr JORDAENS, au nom de la S.B.C., et du Dr MERCKEN, au nom du GBS.

Ensuite, à l'initiative du Dr L. VAN ERMEN, un groupe de travail a été constitué pour mettre au point une proposition d'adaptation des programmes de soins afin de parvenir à une réglementation plus intégrée et plus cohérente pour la **cardiologie de proximité**. Après avoir été adaptée par le Prof. DEROY, elle a été transmise aux instances compétentes.

Entre-temps, le projet d'A.R. relatif aux programmes de soins cardiaques serait au Conseil d'Etat pour avis. Il fera probablement surface un de ces jours et, vu le caractère sensible du dossier, il ne manquera pas de provoquer une agitation plus ou moins

comparable à celle enregistrée dans le cadre des soins urgents. Il nous faut donc attendre.

Remarquons en passant que la problématique des programmes de soins cardiaques interfère avec celle des CCU (coronary care units) et des ICU (soins cardiaques intensifs). Un document de travail élaboré par un groupe de travail interdisciplinaire cardiologie aiguë, dirigé par le Prof. L. BOSSAERT, met en effet maintenant l'accent sur toute une série de nouveaux points pour lesquels des adaptations s'imposent tant dans la réglementation en vigueur que dans celle en préparation.

V.8. Projet relatif aux programmes de soins oncologiques

Le projet que le ministre COLLA a soumis pour la deuxième fois au Conseil des ministres le 9.10.1997 a, en fin de compte, parcouru un long trajet avant d'atterrir... dans la poubelle. Un tout nouveau projet a été mis au point par un groupe de travail du Conseil national des établissements hospitaliers. Celui-ci subdivise les soins oncologiques en deux programmes de soins :

– A : patients oncologiques pour lesquels « une expertise médicale pluridisciplinaire limitée » suffit et qui n'ont pas besoin d'une « infrastructure spécialisée spécifique ». Le programme propose des soins oncologiques diagnostiques et thérapeutiques spécialisés (oncologie chirurgicale et médicale) suivant les *guidelines* scientifiques communément admises en hospitalisation, en traitement de jour ou en polyclinique.

Le programme A se retrouve dans chaque hôpital général devant disposer d'un hôpital de jour mixte général et d'infrastructures pour la préparation de cytostatiques. Le programme a soit son propre oncologue-coordonateur, soit un consultant externe qui est associé au diagnostic et au traitement de chaque patient cancéreux qui ne peut pas être traité dans le cadre des *guidelines* définies ou pour lequel une *problématique spécifique* se pose dans le cadre du traitement suivant les *guidelines*.

– B : patients oncologiques pour lesquels « une expertise pluridisciplinaire sur place est nécessaire ou qui ont besoin d'une infrastructure spécialisée spécifique » (excepté les pathologies exceptionnelles). Le programme de soins est subdivisé en :

- B1 : l'oncologie médicale
- B2 : l'oncologie chirurgicale
- B3 : la radiothérapie

Pour être agréé pour le programme B, l'hôpital doit disposer d'au moins deux sous-programmes.

En sus de la description de la fonction du programme A, l'oncologue-coordonateur du programme B est responsable de la coordination et du suivi des programmes A avec lesquels un accord de collaboration formel doit exister. Il règle également les contacts et les arrangements concernant la répartition des tâches avec d'autres programmes du type B.

Le comité directeur du GBS a examiné cet (avant-)projet lors de sa réunion du 10.12.1998. L'avis général est qu'il y a une amélioration par rapport à la version initiale. La structure de fonctionnement bureaucratifiée et l'atteinte à l'autonomie professionnelle

du médecin restent cependant très préoccupantes. Les médecins n'ont pas besoin d'accords formalisés pour organiser leur coopération dans l'intérêt du patient. Le risque découlant de structures figées ne sert pas les intérêts du patient cancéreux, mais, par contre, il renforce la « part de marché » des hôpitaux avec des machines de lobby bien huilées.

En ce qui concerne les nombres de centres B, toutes sortes de bruits circulent. Certains parlent de 25 centres, d'autres de 14 (il s'agit alors probablement des centres B1 pour l'oncologie médicale).

Par ailleurs, la problématique de l'oncologie continue d'interférer avec la problématique de la reconnaissance (voir plus haut) et la prescription des médicaments. Dans le cadre du Conseil technique des spécialités pharmaceutiques, plusieurs propositions sont déjà orientées en fonction du projet de texte sur les programmes de soins et l'on tente de limiter la prescription du Taxol et du Taxetere aux centres B. En combinaison avec les limitations déjà existantes (voir rapport de l'année dernière), ceci impliquerait une limitation aux centres B1.

V.9. F.I.V.

Le 15 mai 1998, les projets d'A.R. relatifs aux services de procréation médicalement assistée (P.M.A.) ont été approuvés « en première lecture » par le Conseil des ministres. Le Conseil d'Etat a par la suite imposé un certain nombre d'adaptations.

Le 22.1.1999, le Conseil des ministres a adopté (une nouvelle fois) les A.R. approuvés par le Conseil d'Etat. La publication est attendue dans les prochains jours.

Quelques constats s'imposent d'emblée. La fécondation in vitro ou F.I.V., une dénomination qui est mieux connue dans le grand public que la P.M.A., n'est plus possible qu'en milieu hospitalier. Si la législation avait été identique, il y vingt ans, en Grande-Bretagne, la F.I.V. n'existerait probablement pas. En effet, Louise BROWN, née le 25.7.1978, qui fut le premier bébé-éprouvette de STEPTOE et EDWARDS, n'a pas été conçue en hôpital.

Une deuxième particularité est que les hôpitaux universitaires obtiennent leur agrégation automatiquement, tandis que d'autres centres doivent satisfaire à une série de conditions supplémentaires ayant trait aux nombres d'habitants et à des limitations provinciales.

Bruxelles est ici assimilée à une province.

Le projet d'A.R. comprend un certain nombre de mesures transitoires devant permettre une collaboration et des associations.

La publication de ces A.R. est également attendue dans les tout prochains jours.

V.10. Reconnaissance des médecins spécialistes

– Généralités

Etant donné la problématique des soins urgents et de la médecine d'urgence, il conviendra de mettre au point rapidement une réglementation générale pour les titres

professionnels particuliers complémentaires ou les compétences particulières. En effet, il n'est pas logique et c'est même une *contradictio in terminis* que les exigences d'une activité principale dans un sous-domaine particulier d'une spécialité de base ont pour conséquence que les spécialistes de cette spécialité de base ne sont plus compétents, ne fut-ce qu'à un niveau d'activité plus limité, dans cette partie de la spécialité de base.

En ce qui concerne les disciplines de la médecine interne, des problèmes surgissent régulièrement pour les spécialistes reconnus en médecine interne, mais qui exercent leur activité principale dans l'une des autres spécialités de base internes, notamment dans le cadre de l'AMI. Récemment encore, des internistes-cardiologues ont dû faire face à un refus de remboursement pour la prescription d'une implantation de pacemaker. L'obligation de renoncer au titre professionnel initial de spécialiste en médecine interne est ici gênante et devrait en fait pouvoir disparaître. Il est en effet essentiel que la compétence dans la spécialité de base partielle soit confirmée par le commission d'agrégation de cette spécialité de base.

– La gériatrie

Un nouvel arrêté de reconnaissance a été publié au Moniteur belge du 6.5.1998 pour le titre professionnel complémentaire de médecin spécialiste en gériatrie (A.M. du 10.3.1998). Le texte initial (A.M. du 21.6.1985) avait été annulé par le Conseil d'Etat. La reconnaissance exige une formation complémentaire de 1 an et elle est réservée aux médecins spécialistes en médecine interne. Le Conseil d'Etat a rendu l'avis que la décision d'annulation n'avait pas d'effet sur les arrêtés individuels de reconnaissance postérieurs au 21.6.1985.

– L'oncologie

Les projets relatifs aux programmes de soins oncologiques ont remis sur le devant de la scène la problématique de la reconnaissance de l'oncologie. D'après le Dr DERCOQ, sur base d'un « avis préalable » du Conseil supérieur, un projet de critères de reconnaissance en oncologie médicale et en hématologie a été soumis au Conseil d'Etat pour avis, lequel aurait entre-temps été rendu récemment. L'approbation de l'avis par le Conseil supérieur est cependant contestée dans la mesure où plusieurs membres du Conseil ayant suivi l'affaire de près, affirment catégoriquement qu'il n'y a jamais eu de vote, ni d'approbation formelle en ce qui concerne le projet qui, à ce que l'on dit, aurait été concocté à partir de la note de synthèse des réunions du groupe de travail organisées par le cabinet du ministre COLLA en août et en septembre 1997.

Le projet litigieux prévoit l'accès au titre professionnel particulier complémentaire en oncologie pour les spécialités de médecine interne, de gastro-entérologie, de pneumologie et de pédiatrie. Les spécialistes des autres disciplines y ont également accès, mais uniquement sur la base des dispositions transitoires. Ceci a pour effet que, pour ces spécialités, l'accès s'éteint définitivement.

Les nouveaux projets relatifs aux programmes de soins oncologiques tracent cependant deux frontières dans les spécialités opérant dans le champ de l'oncologie.

Tout d'abord, une distinction est établie, dans la disposition des programmes B, entre l'oncologie médicale et chirurgicale. Ensuite, dans les explications générales se rapportant aux programmes de soins, une différence est établie entre les spécialités de

modalité (radiothérapie, oncologie médicale et chirurgie) et les spécialités d'organe (gynécologie, ORL, médecine interne et sous-spécialités, etc.).

Il est évident qu'il conviendra ici de rechercher un règlement de synthèse convenable. Nous sommes dès lors d'avis que cette problématique doit à nouveau être soumise d'urgence au Conseil supérieur.

– Nouveaux projets

Un nouveau projet de critères de reconnaissance pour la spécialité d'**anatomopathologie** est en discussion.

Un projet d'adaptation des critères pour la **gynécologie-obstétrique** a pour objet le remplacement d'une année de stage en chirurgie par une formation plus centrée sur la gynécologie et les sous-disciplines.

Le projet relatif à la reconnaissance comme spécialiste en **gestion des données médicales et des examens cliniques** refait également surface.

Enfin, il faut noter l'intention du ministre COLLA de créer un nouveau titre professionnel particulier complémentaire : l'**algologue**. Pour ce faire, il souhaite trouver un financement spécifique.

Les relations publiques de la « Belgian Pain Society » fonctionnent parfaitement. Chez Colla, c'est le meilleur des arguments.

V.11. Article 139bis et la promesse du premier ministre DEHAENE

Le fameux article 139bis de la loi sur les hôpitaux qui, au printemps 1997, a constitué une des gouttes d'eau qui ont fait déborder le vase, conduisant au mouvement de grèves des médecins en mai et juin 1997, a finalement été entériné le 18 décembre de cette même année par le Parlement.

Le premier ministre DEHAENE avait pourtant promis, le 3.7.1997, que la portée de cet article serait « minimalisée » et il avait parlé d'un groupe de travail qui s'en chargerait. Il avait même lancé lui-même l'idée de limiter aux frais directs, les frais des hôpitaux inhérents aux honoraires.

Par la suite, le ministre COLLA avait convoqué à ce sujet la Commission nationale paritaire médecins-hôpitaux (C.N.P.M.H.) dans l'intention de charger celle-ci de formuler des propositions d'adaptations. Il est directement apparu que la vision de COLLA était radicalement différente de celle du premier ministre, dans ce sens que l'exclusion des frais indirects de la disposition de l'art. 139bis devrait de toute façon s'accompagner d'une réduction correspondante des tarifs des honoraires ainsi que d'un transfert budgétaire au niveau macro-économique vers le budget national des hôpitaux. D'autres articles de la loi sur les hôpitaux ont également pu être intégrés aux débats. Un groupe de travail a ensuite été constitué par le président de la C.N.P.M.H., D. VAN DAELE.

Au cours de la première phase des discussions, les représentants des hôpitaux ont insisté sur le fait qu'ils n'avaient jamais été demandeurs de l'introduction de l'article 139bis, lequel, selon eux, sert uniquement de base légale à la section B6 du budget hospitalier.

Le 13.10.1998, les parties présentes ont marqué leur accord avec une suppression pure et simple de l'article 139bis, après quoi le président D. VAN DAELE s'est engagé à

transmettre cet avis au ministre. Cependant, à la suite d'une intervention écrite d'un gestionnaire d'hôpital qui n'avait pas pris part aux discussions du groupe de travail, mais qui exigeait que les délibérations du groupe de travail soient d'abord entérinées en séance plénière de la C.N.P.M.H., les représentants communs des hôpitaux ont ravalé leurs paroles, et tout est resté en l'état.

Entre-temps, les débats en commission parlementaire avaient également été engagés sur la nouvelle loi programme sociale. Afin d'également faire une tentative par cette voie, un projet d'amendement a été mis au point et adopté par les organes de direction respectifs de l'ABSyM et du GBS en octobre 1998. Mais, ici aussi, nos espoirs ont terminé sur une voie de garage.

Nous restons convaincus que le gouvernement doit tenir sa promesse et que l'article 139bis devra tôt ou tard soit disparaître, soit être adapté dans le sens d'une limitation des frais imputables indirectement. Il est vrai que, du fait du renvoi à l'article 140, et plus particulièrement au § 1, 3°, le rapport causal avec les prestations médicales reste une absolue nécessité pour la détermination des frais imputables. Cependant, l'article 139bis rompt l'équilibre du titre IV (statut du médecin hospitalier) de la loi sur les hôpitaux, notamment en ce qui concerne l'art. 125 (compétences consultatives du Conseil médical). La plupart des gestionnaires d'hôpitaux souhaitent en effet ne pas avoir à se justifier vis-à-vis du Conseil médical ou à informer celui-ci, et a fortiori encore moins à lui donner voix au chapitre concernant les frais indirects. Toutes ces notions ont été présentées en détail dans le « Médecin Spécialiste » de décembre 1998 (n° 10).

Il est remarquable que des adaptations soient, sans la moindre concertation, régulièrement apportées au plan comptable des hôpitaux (annexe 2 de l'A.R. du 14.8.1987). Nous avons demandé au président de la Commission nationale paritaire médecins-hôpitaux de prendre acte du fait que toute modification ayant un effet direct ou indirect sur l'application ou l'exécution du Titre IV de la loi sur les hôpitaux, et en particulier de l'article 140 § 3, doit, conformément à la loi, être soumise à l'avis de cet organe de concertation paritaire. C'est en effet ce qui est prévu à l'article 145 de la loi sur les hôpitaux.

Les arrêtés d'exécution qui ne renvoient pas expressément à l'avis de la Commission nationale paritaire médecins-hôpitaux, comme cela a été le cas pour les récents arrêtés modifiant le système général des comptes, ne peuvent par conséquent pas avoir d'effet sur l'imputation des frais aux médecins hospitaliers conformément à l'art. 140.

VI. AFFAIRES IMPORTANTES ENGAGEES EN 1998

– Art. 139bis

En exécution de la décision du comité directeur du GBS prise le 20.5.1997, le Dr POPELIER a été chargé, le 28.5.1998, par le président et le secrétaire général d'introduire, au nom du GBS, un recours en annulation auprès de la Cour d'arbitrage contre l'A.R. du 16.4.1997, entériné par la loi du 12.12.1997.

Le recours a été introduit le 15.6.1998 et inscrit au rôle le 19.6.1998 sous le n° 1351. Notre réplique a entre-temps été introduite. Nous attendons maintenant la fin de la procédure.

– Loi « Vermassen-Lenssens »

Le Comité directeur a pris, le 19.3.1998, la décision – et l'a confirmée le 23.7.1998 – d'introduire un recours en annulation auprès de la Cour d'arbitrage contre les articles 99 à 101 de la loi du 22.2.1998 (M.B. du 3.3.1998). Le recours a été introduit le 1.9.1998. Entre-temps, nous avons reçu la réponse de l'Etat qui se constitue seulement d'une série d'extraits des comptes rendus et des délibérations de la Chambre, suivie de quelques lignes destinées à réfuter nos arguments. Il est entre-temps apparu que d'autres parties souhaitent se joindre indirectement à l'action. Il est important que plusieurs arguments (discriminations) valent également pour le texte amendé dont la publication au Moniteur est attendue dans les prochains jours.

Les médecins hospitaliers soignant des enfants se font surtout du souci à propos de la disposition relative à la prise en charge d'un parent accompagnant. Il est évident, et plusieurs juristes le confirment, que lorsque le(s) parent(s) réclame(nt) une hospitalisation en chambre particulière, le médecin peut convenir d'un honoraire plus élevé, soit du tarif maximum, avec le patient. Ceci vaut a fortiori en vertu du texte amendé.

– Fonctions soins urgents et SMUR

Le comité directeur a décidé, le 23.7.1998, d'introduire un recours en annulation contre les A.R. du ministre COLLA relatifs aux fonctions soins urgents (A.R. du 27.4.1998, M.B. du 19.6.1998). Les recours ont été introduits le 18 août 1998. Un recours similaire a été introduit le 30.10.1998 contre l'A.R. du 10.8.1998 (SMUR).

Nous avons entre-temps reçu la réponse de l'Etat aux deux premiers recours. Il en ressort que la partie adverse évite désespérément la disposition sur la compétence dans les critères de reconnaissance des spécialités de base et que son argumentation repose quasi exclusivement sur ce leitmotiv : « ils ont eu la possibilité de devenir médecin des urgences sur la base des droits acquis » (A.R. du 12.11.1993, art. 6). Ceci est évidemment une ineptie : la seule différence entre la spécialité de base et le médecin des urgences sur la base de l'article 6 est naturellement l'exigence d'une activité principale en médecine d'urgence. Tous les spécialistes de base ne souhaitent pas – il n'y avait d'ailleurs aucune contrainte – consacrer la moitié de leur temps aux soins urgents. En outre, cette exigence n'est certainement pas imposée au médecin breveté qui a la possibilité d'étaler 240 heures de stage sur deux ans!

L'auditeur du Conseil d'Etat vient de proposer l'annulation de l'A.M. du 4.10.1994 relatif à la composition des membres de la représentation de la profession dans la commission d'agrégation en médecine d'urgence. Le flou créé par COLLA autour de cette matière n'en devient que plus dense.

VII. PROJET DE PROTOCOLE DE COLLABORATION ENTRE LE GBS ET L'ABSYM

Avec le protocole soumis en annexe, tous les présidents ayant un jour été président de l'ABSyM auront élaboré, en commun avec notre actuel président du GBS, le Dr Jacques MERCKEN, un projet de protocole de collaboration réciproque. Tant les Drs André WYNEN, Louis BECKERS, Jacques DE TOEUF que moi-même avons exprimé, au fil des ans, notre intention de formaliser dans un protocole la bonne collaboration.

A chaque fois, nous étions tout près d'un accord. Mais, à chaque fois, l'une ou l'autre chose avait été jugée inacceptable, d'une part, par le comité directeur du GBS et, d'autre part, par le conseil d'administration de l'ABSyM. Le document qui vous est soumis a été rédigé par le vice-président du GBS, le Prof. Dr Jacques GRUWEZ, et par le vice-président néerlandophone de l'ABSyM, le Dr Patrick DHAENENS, qui se sont largement inspirés des projets antérieurs, en particulier de celui du Dr Louis BECKERS. Le texte a été approuvé par le Conseil d'administration de l'ABSyM le 27.1.1999. Deux petites adaptations ont été apportées par l'ABSyM au projet approuvé par notre comité directeur le 21.1.1999. Le bureau du GBS qui s'est réuni le 1.2.1999 a jugé que celles-ci n'enlevaient rien à l'esprit du projet et a décidé par conséquent de soumettre le texte en l'état, pour approbation, à cette assemblée générale statutaire.

Comme je l'ai fait, le 27 janvier dernier, lors du Conseil d'administration de l'ABSyM, j'insiste pour que ce projet soit approuvé. La profession médicale se trouve quotidiennement en ligne de mire et elle est systématiquement asservie, réglementée, rendue suspecte et injuriée. Il devient extrêmement difficile de prendre à coeur la défense professionnelle et de défendre l'honneur de la profession. Dès lors, il me semble capital que l'ensemble de la profession soit totalement cohérente et collabore. Ces dernières années ont clairement montré que, tous unis, nous pouvons nous opposer au rouleau compresseur politique qui ne nourrit pas de bonnes intentions à l'égard de la profession médicale.

VIII. QUELQUES AUTRES DOSSIERS A SUIVRE

* Les universités doivent adapter leurs facultés de médecine en fonction des besoins attendus et axer leur formation davantage sur la pratique, après le rapport de visitation en Flandre. Le recteur de la K.U.L., OOSTERLINCK, est soudain devenu un partisan du numerus clausus. Els WITTE, de la V.U.B. est totalement contre, ce qui est compréhensible dans la mesure où, le 1.10.1998, seuls 16 étudiants s'étaient inscrits en première année de médecine et un seul étudiant en première année de sciences dentaires à la V.U.B.

L'ancien recteur de la K.U.L., DILLEMANS, plaide en faveur, d'une part, d'un dégraissage des universités et, d'autre part, d'un développement commun.

Le « *Beperkte statistische telling* » du département flamand de l'Education nous apprend que le nombre d'étudiants de première année de médecine est passé, entre le 1.10.1997 et le 1.10.1998, de 705 à 382 (-45,8 %) et en sciences dentaires de 70 à 26 (-62,8 %).

Dans la partie francophone du pays, le nombre d'étudiants en première année de médecine reste tout aussi élevé : 1.048 au 1.10.1997 et 1.016 au 1.10.1998 (-3,1 %).

* La concurrence entre les mutuelles croît de jour en jour. Les Mutualités indépendantes déclarent la « Guerre Sainte » contre toutes sortes d'abus, principalement dans les hôpitaux.

Mais les médecins individuels sont également sérieusement pris à partie dans l'article « Des ordonnances rentables » publié dans le mensuel des membres « Profil » n° 46 (juillet-août 1998). Le G.B.S., entre autres, a émis des protestations justifiées contre ces calomnies.

- * L'Ordre des médecins fait (une nouvelle fois) l'objet de sérieuses attaques, principalement en provenance des socialistes flamands.
- * Dans un souci d'économies, le législateur porte davantage atteinte à la protection de la vie privée – dans le cas présent médicale – avec sa législation imposant que toutes les données Farmanet soient mises sur une seule piste.
- * Après une intervention du 4.2.1998 de l'ancien président de l'ABSyM, J. DE TOEUF, il y a eu des accords précis concernant la souche fiscale. Il n'existe pas de base légale pour refuser le remboursement d'une attestation sans souche.
- * Les sociétés médicales ont à nouveau été mises sous pression. L'Ordre a adapté son code déontologique et le ministre des Finances a repensé le contenu du « principe d'attraction ».

IX. CONCLUSION

Il est extrêmement difficile, voire impossible, de tirer une conclusion de la succession de menaces et d'affronts auxquels notre secteur a dû faire face. Avant-hier, des actions de protestation ont été menées contre l'organisation des soins urgents et, hier, dans la presse flamande, le VVI s'en est pris directement aux suppléments d'honoraires en milieu hospitalier.

Que nous réserve demain?

Il est grand temps que nous mettions un terme aux divisions au sein du corps médical. Dans la médecine spécialisée particulièrement, bon nombre de problèmes ont pour origine la balkanisation de notre profession, c'est-à-dire l'hyperspécialisation poussée qui nous divise.

Les sociétés scientifiques revendiquent également de plus en plus la défense matérielle et intellectuelle de leur superspécialisation. Le lobbying de groupes d'intérêts individuels triomphe. Tout le monde se rend volontiers chez le ministre de la Santé publique pour solliciter une faveur. Surtout qu'il s'agit d'un ministre qui s'empresse de porter ces nouvelles initiatives à l'attention des médias.

Ce type de comportement individualiste se retourne contre l'ensemble de la profession.

En outre, avec notre structure fédérale, les différences de mentalité font de plus en plus souvent surface. La pléthore de médecins spécialistes dans la partie francophone du pays, qui se maintiendra pendant des années encore, conduit automatiquement à des différences au niveau de l'approche médicale et par conséquent aussi au niveau de la défense professionnelle.

Ceci a entre autres pour conséquence que, pour la deuxième fois, le GBS organise une action uniquement pour l'aile flamande, cette fois au sujet de la problématique des urgences. L'action bénéficie du soutien moral de nos confrères francophones.

Il est possible que je me répète, mais, en nous unissant, nous sommes plus forts que si nous agissons seuls. C'est pourquoi j'attache énormément d'importance à l'adoption du projet de protocole de collaboration entre l'ABSyM et le GBS, avant que le nouveau gouvernement ne lance une attaque frontale parfaitement préparée et minutieusement orchestrée contre la profession médicale. Une fois que l'agitation électorale sera retombée et quelle que soit la coalition qui sortira des urnes, les hommes politiques retourneront au « business as usual », c'est-à-dire « embêter les médecins ».