Questions et réponses parlementaires

QUESTION n° 4-1294 posée le 24 juillet 2008 à Madame la Vice-première Ministre et Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Madame la Sénatrice STEVENS

(Sénat, session ordinaire 2007-2008)

Forfaits pour maladies chroniques – Nombres 2002-2007.

J'aimerais obtenir une réponse aux questions suivantes :

1. Combien de personnes sont-elles entrées en ligne de compte ces cinq dernières années pour l'intervention forfaitaire aux malades chroniques ?

2. Est-il possible de fournir les chiffres demandés avec une ventilation par année et par région (Flandre, Bruxelles, Wallonie) ?

3. Quelle interprétation la Ministre donne-t-elle à l'évolution chronologique de ces chiffres ?

Réponse :

1. Une distinction peut être établie entre le nombre de forfaits pour malades chroniques comptabilisés sur la période 2002 à 2007 et le nombre de forfaits pour malades chroniques prestés sur la période 2002 à 2007.

1.1. Le nombre de forfaits comptabilisés sur la période 2002 à 2007 est repris dans le tableau ci-dessous :

	2002	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**
	128 911	195 033	169 967	206 464	177 073	167 663
Évolution		51,00%	-13,00%	21,00%	-14,00%	-5,00%

Par forfaits comptabilisés au cours d'une année x on entend les forfaits qui ont été comptabilisés au cours de l'année x qu'ils aient été prestés au cours de l'année x ou d'une année antérieure.

1.2. Le nombre de forfaits prestés sur la période 2002 à 2007 est repris dans le tableau ci-dessous :

	Presté total (x+(x+1))				
	2002	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**
	171 493	173 562	197 907	198 022	146 182
Évolution		1,00%	14,00%	0,00%	-26,00%

Par forfaits prestés pour une année x on entend ici les forfaits qui ont été octroyés au cours de l'année x et comptabilisés au cours de l'année x et de l'année (x+1).

2. La répartition par région est reprise dans le tableau ci-dessous :

	Presté total (x+(x+1))	
	2006	
Bruxelles	12 092	8,27%
Flandre	85 981	58,82%
Wallonie	48 109	32,91%
	146 182	

Les données dont l'INAMI dispose pour les années antérieures à 2006 ne permettent pas de communiquer une répartition régionale fiable.

3. Le retard dans la comptabilisation des forfaits pour malades chroniques nécessite, comme le montre la comparaison des données 1.1. et 1.2. que l'analyse de la série chronologique se porte sur des données prestées et non comptables.

De l'analyse des données prestées il ressort que le relèvement au 1er janvier 2003 des plafonds des tickets modérateurs à atteindre avait conduit à maîtriser l'évolution des dépenses à 1 %. Après une hausse de 14% en 2004, une croissance nulle est à relever en 2005. Les mesures d'économie entrées en vigueur au 1er janvier 2006 ont conduit à une évolution négative des dépenses.

QUESTION n° 256 posée le 10 juillet 2008 à Madame la Vice-première Ministre et Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Monsieur le Représentant CRUCKE

(Bulletin n° 034, Chambre, session ordinaire 2007-2008, p. 8522)

Médicament - Remboursement.

Le « T. » est un nouveau médicament, particulièrement performant dans le cadre de la lutte contre la progression de la sclérose en plaques. Or, les conditions imposées par l'INAMI pour le remboursement de ce médicament sont tellement restrictives que beaucoup de patients — huit sur dix ! — sont aujourd'hui exclus de ce traitement pourtant encourageant et prometteur.

Jugé deux fois plus efficace pour freiner la maladie et beaucoup moins nocif qu'un traitement à la cortisone, ce traitement, bien qu'accessible aux malades belges depuis le début de cette année, n'est pas remboursé aux patients sans un examen radiologique qui mette en évidence la prise de contraste d'une plaquette.

Cependant, selon les spécialistes, en particulier les neurologues, un tel examen n'est pas indispensable pour déterminer avec certitude un diagnostic de sclérose en plaques, d'autres moyens fiables existant.

1. Quelles sont les raisons qui ont conduit l'INAMI à imposer des conditions de remboursement qui excluent de fait la plupart des candidats à l'utilisation de ce nouveau médicament ?

2.

a) Cet examen radiologique est-il nécessaire et est-il indiqué scientifiquement ?

b) Être malade diagnostiqué de la sclérose en plaques — situation suffisamment lourde à gérer en soi — ne suffit-il pas à ouvrir le droit à utiliser ce médicament et à en obtenir le remboursement ?

Ce remboursement difficile à obtenir n'est-il pas une seconde injustice dont se passeraient volontiers les malades ?

3.

a) Envisagez-vous d'enclencher une procédure accélérée de révision des critères de remboursement pour élargir l'accès des patients au T. ?

b) D'autres mesures seront-elles prises pour améliorer l'accès à ce médicament ?

c) Si oui, quelles seront-elles ?

Réponse :

La Commission de remboursement des médicaments (CRM) a cherché le rapport le plus favorable entre les avantages et les risques de la spécialité T. Actuellement, il existe une évidence limitée quant à l'utilisation du T. dans les indications de la Multiple Sclérose dont il est question.

Dans le programme de développement clinique du T., aucun examen comparatif n'a été effectué avec les spécialités actuellement disponibles (interferon- beta et glatiramère). En dehors d'une comparaison indirecte, on peut conclure que le T. est actif en ce qui concerne la diminution du nombre d'exacerbations d'un patient-MS. Mais d'autre part, le risque d'effets secondaires graves est plus élevé que pour des médicaments actuellement disponibles (interferon-beta et glatiramère).

Vu le fait que le programme de développement clinique du T. a été interrompu durant plus d'un an suite à l'apparition d'une infection cérébrale virale grave avec issue fatale possible, les instances européennes ont, pour l'enregistrement de T., demandé d'exécuter un plan continu de « risk-management ». La firme fera à ce sujet rapport annuel aux instances européennes.

La limitation aux patients avec un syndrome actif et inflammatoire clair a été faite après examen des avantages et inconvénients thérapeutiques de l'utilisation du T. Au cours de la procédure de 180 jours, le demandeur n'a pas réfuté cette proposition. On a donc considéré que le demandeur était d'accord avec la proposition de remboursement formulée par la commission.

Néanmoins, suite aux demandes de plusieurs médecins spécialistes de la sclérose, la CRM a mis sur pied un groupe de travail spécifique afin d'examiner la pertinence actuelle des modalités qui avaient été proposées lors de l'examen du dossier de demande d'accès au remboursement.

Ce groupe a, entre autres, examiné s'il était toujours nécessaire de demander une RMN après 6 mois de traitement pour évaluer, comme le signale d'ailleurs la notice scientifique du T., s'il est pertinent et justifié de poursuivre le traitement. L'avis d'un neuroradiologue a été demandé afin d'éclairer le groupe de travail (GT) à ce sujet. Une nouvelle réunion du GT, avec les experts internes de la Commission, est prévue fin septembre pour décider si une révision de ce critère, via un article 38, est justifiée.

L'extension des modalités de remboursement à d'autres situations pathologiques, et donc l'ajout d'autres critères d'inclusion en plus de ceux déjà retenus, nécessite, par ailleurs, une demande formelle par la firme qui commercialise la spécialité.

Il est évident aussi qua la Commission sera attentive aux données qui seront récoltées par l'enregistrement du plan de « risk-management » et communiquées aux autorités européennes.

La proposition de remboursement actuelle est formulée par la commission après consultation d'experts externes.

Jusqu'à aujourd'hui, le demandeur n'a pas encore introduit de nouveau dossier pour l'extension des modalités de remboursement.

QUESTION n° 260 posée le 14 juillet 2008 à Madame la Vice-première Ministre et Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Madame la Représentante GERKENS

(Bulletin n° 034, Chambre, session ordinaire 2007-2008, p. 8524)

Médecins non européens – Équivalence des diplômes – Agrément du titre professionnel – Octroi du numéro d'identification INAMI.

Notre pays accueille régulièrement des médecins étrangers originaires de pays non européens.

Dans la mesure où il n'y a pas d'équivalence de diplôme, il leur est généralement demandé de refaire une bonne partie de leurs études, et leur spécialisation. Par ailleurs, étant donné les quotas de numéros INAMI, ils ont peu de chance de pouvoir y être intégrés.

Il en résulte des difficultés importantes d'intégration de médecins par ailleurs parfois très compétents. Ces médecins sont souvent condamnés à exercer des métiers subalternes, sans pouvoir exercer le métier pour lequel ils ont passé parfois plus de dix ans de formation.

Le Ministère des Classes moyennes, par exemple organise des examens permettant d'obtenir un accès à la profession pour certains métiers qui s'adressent à des personnes ayant une expérience ou des qualifications professionnelles déterminées sans pour autant être titulaire d'une équivalence. Cet examen, lorsqu'il est réussi, leur donne un accès à la profession qui leur permet de l'exercer en Belgique en qualité de travailleur indépendant.

On pourrait imaginer que le SPF Santé publique organise (le cas échéant en collaboration avec les communautés) le même type d'examens pour les médecins, qui permettent d'évaluer leur aptitude d'exercer leur profession comme généraliste dans un premier temps et ensuite comme spécialiste. Cela permettrait à ces médecins qui réussissent cet examen d'exercer leur profession comme salariés ou comme indépendants en Belgique.

1. Selon quels critères détermine-t-on les études à refaire ?

2. Ne serait-il pas possible d'évaluer la compétence de ces médecins par un examen, pour ensuite leur demander d'effectuer les compléments nécessaires ?

3. Dans la mesure où la délivrance du diplômé de docteur en médecine, chirurgie et accouchement ressort des compétences des communautés, y a-t-il des accords avec elles sur ce sujet ?

4. Comment ces médecins peuvent-il être intégrés dans les quotas INAMI ?

Réponse :

1. Les titulaires d'un diplôme de médecin obtenu à l'extérieur de l'Espace économique européen et de la Suisse qui souhaitent exercer la médecine en Belgique doivent, conformément à l'article 49bis de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, en premier lieu, introduire auprès des Communautés une demande visant l'obtention d'une déclaration d'équivalence de leur diplôme ; ce n'est que lorsque leur diplôme a été déclaré pleinement équivalent qu'ils peuvent s'adresser au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement qui fera les démarches nécessaires en vue de l'exercice de la profession.

Les demandes d'équivalence doivent être introduites auprès du Ministère de l'Enseignement de la Communauté française ou de la Communauté flamande qui déterminent les critères régissant l'octroi de l'équivalence. Il ne m'est pas possible de spécifier ces critères étant donné que l'autorité fédérale n'a aucune compétence en la matière.

2. Dans le contexte de la Directive européenne 2005/36/CE du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, une épreuve d'aptitude sera élaborée dans certains cas pour les médecins, ayant suivi une formation de base, dont les qualifications professionnelles relèvent du régime général de la directive. Cette épreuve d'aptitude sera mise au point en collaboration avec les trois Communautés et l'Ordre des Médecins et portera, d'une part, sur les matières dont la connaissance est une condition essentielle pour l'exercice de la profession de médecin sur le territoire belge et, d'autre part, sur le cadre déontologique fixé pour les médecins en Belgique.

En principe, cette épreuve d'aptitude ne s'appliquerait qu'aux personnes qui ont obtenu leur diplôme de médecin sur le territoire de l'Espace économique européen ou en Suisse mais il n'est effectivement pas exclu que ce principe soit étendu à des personnes qui ont obtenu leur diplôme dans un pays tiers.

Il faudra toutefois encore consacrer un examen approfondi à cette possibilité et c'est la raison pour laquelle je ne puis pas encore vous donner de réponse définitive à l'heure actuelle.

3. Il n'y a pas d'accord entre l'autorité fédérale et les Communautés sur le contenu de la formation de base des médecins.

4. Le contingentement des médecins se situe, sur le plan fédéral, à l'échelon de l'accès à la formation qui aboutit au titre professionnel et non pas au niveau de l'agrément du titre professionnel en tant que tel à la fin de cette formation, ni d'ailleurs au stade de la demande d'un numéro auprès de l'INAMI en tant que médecin spécialiste ou généraliste. Dans cette optique, il n'y a, d'un point de vue technique, pas de quotas INAMI.

Pour la plupart des titres professionnels, les candidats obtiennent une qualification INAMI qui indique qu'ils sont en formation. Dès la fin de la formation et l'agrément du médecin comme médecin spécialiste ou généraliste, cette qualification INAMI devient définitive.

L'un des titres professionnels est celui de médecin généraliste. La médecine générale est considérée en Belgique comme une spécialisation. Les généralistes doivent d'ailleurs suivre une formation complémentaire qui fait suite à l'obtention du diplôme de base.

À l'heure actuelle, l'arrêté royal relatif à la planification de l'offre médicale du 12 juin 2008 prévoit que le contingentement n'est applicable qu'aux diplômes délivrés par les universités belges (art. 1er, 1°).

Les médecins qui ne sont titulaires que d'un diplôme de base en médecine ne relèvent de toute manière pas du contingentement, quel que soit le pays où le diplôme a été délivré. Ce diplôme de base ne permet aucun remboursement de visites, de consultations ou d'aides techniques.

Les médecins qui ont obtenu une spécialisation à l'étranger et dont la spécialisation est reconnue en tant que telle par la Belgique sont exemptés du contingentement.