

RAPPORT ANNUEL 2014 DU GBS
Dr Marc Moens
Secrétaire général

Le feu passe au bleu pour le changement

Bruxelles
07.02.2015

Table des matières

1	Rapport d'activités.....	6
1.1	Réunions internes	6
1.2	Assemblée générale extraordinaire du 11 octobre 2014.....	6
1.3	Publications	7
1.4	Symposiums du GBS.....	7
1.5	Le site Internet du GBS	8
1.5.1	Quelques statistiques.....	9
1.5.2	Le site Internet du GBS, un outil de communication et de gestion pour les unions professionnelles.....	9
2	Représentations du GBS	10
2.1	Représentations en Belgique	10
2.1.1	Représentation par le Dr Michel LIEVENS	10
2.1.2	Représentation par le Prof. Francis HELLER.....	11
2.1.3	ASBL Mdeon	13
2.2	Représentation internationale - UEMS, CPME, FEMS en AEMH.....	15
2.2.1	UEMS.....	15
2.2.2	CPME.....	18
2.2.3	FEMS	18
3	Le financement des hôpitaux : où va-t-on ?.....	19
3.1	Changement de ministres, mais poursuite de la feuille de route :.....	19
3.1.1	Des vents contraires à la reprise économique, mais favorables à l'idée de réformer le mécanisme de financement des hôpitaux ?.....	19
3.1.2	Un tsunami pour les médecins intra et extra-hospitaliers ?	20
3.1.3	Together we raid?.....	22
3.2	La situation financière du secteur hospitalier est de plus en plus préoccupante, ce qui n'empêche pas leurs directions « d'avoir une brique dans le ventre »	23
3.3	Le <i>think tank</i> du GBS, et l'avis des membres : exprimez-vous !	24
4	Politique	25
4.1	Introduction	25
4.2	Plateforme eHealth	26
4.3	Poker politique	27
4.4	Début de la 51 ^e année INAMI	28
4.5	Protocole d'accord Imagerie médicale	29
4.5.1	Introduction.....	29
4.5.2	Extension du nombre d'appareils IRM.....	30
4.5.3	Extension du nombre d'appareils PET.....	30
4.5.4	Moratoire et registre de l'imagerie médicale	31

4.5.5	Politique de contrôle	31
4.6	Numerus clausus.....	31
4.6.1	La genèse du problème	31
4.6.2	La situation devient « INAMI-ssible... »	32
4.6.3	Le GBS plaide pour la mise en place d'un examen d'entrée	34
4.6.4	Le cadastre des professions médicales.....	34
4.6.5	Maggie DE BLOCK accordera les numéros INAMI, mais attend une mesure forte de la Communauté française.....	34
4.7	L'euthanasie belge de nouveau au centre de toutes les attentions (internationales)	36
5	Le Conseil supérieur et les commissions d'agrément.....	39
5.1	Travaux.....	39
5.2	La sixième réforme de l'État.....	39
5.3	Les critères transversaux	40
5.4	Oncologie	41
6	Accord médico-mutualiste national 2015	42
6.1	Introduction	42
6.2	Historique des événements.....	43
6.3	Contexte politique	47
6.4	La concrétisation d'un accord	47
6.5	Voilà pour la théorie. Voici la réalité de fin 2014.....	49
6.6	Un optimisme mitigé, mais l'espoir et un bon diplomate... ..	54
6.7	... font vivre et débouchent sur un résultat net acceptable.....	55
6.8	Donneurs vivants.....	60
6.9	Guidelines.....	60
6.10	Rémunération pour les médecins spécialistes en formation.....	60
6.11	Informatisation et promotion du conventionnement	61
6.12	La confrontation avec les mutuelles.....	61
6.13	Statut social	62
6.14	Un accord avec une tâche gouvernementale	65
6.15	L'accréditation et les chiffres qui en découlent.....	66
7	Procédures juridiques.....	72
7.1	Introduction	72
7.2	Étude préliminaire de la Loi-programme I du 26 décembre 2013	72
7.3	Désistement d'instance. Composition des commissions d'agrément.....	72
7.4	Demande introduite par le GBS ou ses unions professionnelles.....	73
7.4.1	Pratiques non conventionnelles, ou « placébologie »	73
7.4.2	Programme de soins en pédiatrie	75
7.4.3	Maladies rares	76
7.4.4	Nouvelles tâches du médecin-chef.....	77

7.5	Jugements. Le bonus de liquidation : un échec juridique, une victoire politique	77
8	Les unions professionnelles en bref	79
9	Conclusion	79

1 Rapport d'activités

1.1 Réunions internes

Les réunions du comité exécutif du lundi midi sont une tradition de longue date. À partir de midi, les membres arrivent au compte-goutte, en fonction de leur activité professionnelle.

En 2014, le comité exécutif s'est réuni 28 fois. Les manifestations orchestrées ou sauvages, grèves générales ou tournantes, ou encore les grèves de train – en réaction aux mesures d'économies du gouvernement Michel I – nous ont gâché ce plaisir fin 2014. En effet, étant donné que personne ne prend plaisir à perdre du temps dans les files, quelques réunions du lundi midi ont été annulées.

Les comptes rendus des réunions du comité exécutif sont « bilingues », en ce sens qu'ils comportent des parties en néerlandais et d'autres en français, en fonction de la langue des intervenants. En effet, les participants s'expriment dans leur langue maternelle, aussi bien au cours des réunions du comité exécutif que de celles du comité directeur. Les comptes rendus des réunions du comité exécutif constituent une véritable source d'inspiration pour la rédaction du rapport annuel de l'année précédente, traditionnellement soumis à l'assemblée générale le premier samedi du mois de février de chaque année, comme aujourd'hui le 07.02.2015.

En 2014, le comité directeur s'est réuni six fois le jeudi soir dans la salle de réunion du Best Western Hotel, le long de l'autoroute Bruxelles-Ostende. Outre les membres effectifs et suppléants du comité directeur¹, les présidents et secrétaires de toutes les unions professionnelles rattachées au GBS sont invités à participer à ces réunions. Cela permet d'augmenter la participation des unions professionnelles et d'animer les discussions. Les rapports des réunions du comité directeur sont intégralement rédigés dans les deux langues nationales et diffusés aux unions professionnelles.

Le secrétariat des réunions du comité exécutif et du comité directeur est assuré par M^{me} Fanny VANDAMME et M. Olivier LAMBRECHTS, chapeautés par le secrétaire général, le Dr Marc MOENS.

1.2 Assemblée générale extraordinaire du 11 octobre 2014

L'année 2014 a été celle du 60^e anniversaire du GBS que nous avons célébré lors d'un symposium le 11 octobre 2014. Cette date est historique pour notre organisation. En ces 60 ans, le royaume de Belgique est passé d'un État unitaire à un État fédéré. La 6^e réforme de l'État a donné des compétences aux entités fédérées en matière de santé et de reconnaissance des médecins spécialistes. Le GBS se devait de pouvoir répondre à ces nouvelles structures et de jouer son rôle au niveau fédéral et au niveau des structures fédérées.

Il a lors d'une assemblée générale extraordinaire modifié ses statuts et créé l'AVS (*Artsenvereniging Vlaamse specialisten*) et l'AMSFr (Association des médecins spécialistes francophones). Le GBS reste donc une structure unie et unitaire avec deux ailes ; l'une francophone, l'autre néerlandophone. Les élections des représentants des deux nouvelles associations sont conjointes à celle du bureau du GBS et permettent non seulement aux représentants de l'AVS et de l'AMSFr d'avoir une identité propre, mais aussi de garder la cohésion « belge » du GBS pour les matières dont la compétence reste fédérale.

En Flandre, le ministre Jo VANDEURZEN a déjà invité nos représentants à participer aux discussions avec les différents partenaires de la santé publique. Du côté francophone, un contact est programmé avec le Ministre Maxime PRÉVOT, ministre de la Santé, le 10 mars 2015.

¹ À la suite de la modification des statuts, entérinée le 11.10.2014, il n'y a plus de membres suppléants.

1.3 Publications

L'année passée, huit numéros du « Médecin Spécialiste » sont parus en format papier. Deux numéros spéciaux ont également été publiés. Naturellement, ces publications sont aussi envoyées sous forme électronique.

Outre ces numéros traditionnels planifiés, nous publions également des newsletters (l'« e-spécialiste »), qui permettent de tenir les membres au courant de l'actualité qui les concerne. Cela permet par exemple de signaler bien plus rapidement les modifications de nomenclature à des groupes cibles spécifiques. L'envoi de l'« e-spécialiste » est assuré depuis début 2014 par MM. Olivier LAMBRECHTS et Raf DENAYER. Entre le 3 janvier et le 24 décembre 2014, 51 numéros ont été publiés.

Au cours de l'année écoulée, le GBS a activement participé par ce support à la diffusion d'un certain nombre d'enquêtes. Dans le cadre d'une étude économique-juridique de doctorat à l'UHasselt, en collaboration avec Maître Tom DE GENDT, un sondage relatif à plusieurs systèmes de responsabilité civile médicale a été organisé auprès de médecins. Les résultats de la première partie de cette enquête ont été communiqués en détails dans la presse et à l'occasion du symposium du 11 octobre 2014 organisé dans le cadre des 60 ans d'existence du GBS². Un deuxième sondage sera réalisé au printemps 2015.

Le GBS a également collaboré à un certain nombre d'enquêtes d'étudiants de la HUB³ dans le cadre de leur travail de fin d'études. Le GBS organise en effet depuis l'année universitaire 2006-2007, en partenariat avec la HUB, une formation en gestion générale pour médecins spécialistes⁴.

En collaborant à de telles enquêtes, le GBS souhaite soutenir les jeunes dans leur évolution vers une autonomie professionnelle. Malheureusement, nous avons dû constater que ces étudiants omettent d'informer par la suite le GBS des résultats de leur enquête ou étude. À l'avenir, on ne consentira plus à collaborer que si le promoteur garantit par écrit qu'un rapport sur les résultats de l'étude fera partie intégrante du travail de fin d'études.

1.4 Symposiums du GBS

Ces dernières années, certaines études du KCE ont constitué une source importante d'inspiration dans le choix du thème du symposium annuel organisé à l'occasion de l'assemblée générale du GBS.

L'étude du KCE n° 207A : « *Étude comparative du financement des soins hospitaliers dans cinq pays* », a été publiée le 11 octobre 2013. Le thème du symposium, organisé à l'occasion de l'assemblée générale du 08.02.2014, était tout trouvé : « *Dans l'œil du cyclone : le financement des soins de santé.* » Il est clair que ce sujet n'a pas laissé les médecins (hospitaliers) indifférents, dans la mesure où nous avons enregistré pas moins de 263 participants, qui ont suivi les présentations attentivement jusqu'à la dernière minute dans un auditorium Lippens (à la Bibliothèque royale de Belgique à Bruxelles) archi-comble⁵ !

C'est le 28.05.1954 que plusieurs unions professionnelles de médecins spécialistes se sont unies pour donner naissance au GBS. Le GBS a été reconnu par le Conseil d'État en tant que fédération légalement reconnue d'unions professionnelles, conformément à la loi du 31.03.1898.

Le 11 octobre 2014, le GBS a fêté comme il se doit ses 60 ans d'existence en organisant un symposium intitulé : « *La médecine spécialisée : d'évolution à révolution* ». La réunion a été ouverte par le président du GBS, le Dr Jean-Luc DEMEERE. Avant la pause-café, trois orateurs issus d'horizons totalement différents ont commenté l'évolution de la médecine au cours des 60 dernières années, chacun selon une perspective propre.

M. François DAUE, ancien collaborateur du *think tank* d'Initera Institute et directeur actuel de « Solutions and

² e-spécialiste n° 450 : « un étudiant analyse la "médecine défensive" » (uniquement envoyé aux membres néerlandophones du GBS). Voir aussi point 1.3. : Les symposiums du GBS.

³ Hogeschool Universiteit Brussel, Rue d'Assaut 2, 1000 Bruxelles.

⁴ E-spécialiste n° 445 : « un étudiant analyse les pratiques de prescription » (13. 03. 2014).

⁵ Voir point 3, « Le financement des hôpitaux : où va-t-on ? ».

Strategies for Healthcare », a expliqué sa vision de l'avenir du ou des système(s) de santé. Son exposé comprenait huit thèmes : la hausse du budget, la « troisième voie » en ce qui concerne la politique de santé, l'évolution de l'offre et de la demande, le nouveau rôle des acteurs de la santé, les immenses progrès informatiques, la responsabilisation du citoyen, le transfert de compétences aux régions et le nouveau système de financement.

Maître Tom DE GENDT a commenté – avec son collaborateur, le juriste Tom VANDERSTEEGEN – les résultats de l'enquête menée par l'UHasselt, à laquelle a participé le GBS. Un médecin spécialiste sur sept a déclaré réaliser davantage de traitements plus défensifs et traiter moins de patients au profil à risque plus élevé depuis l'entrée en vigueur de la « loi sur les accidents médicaux⁶ ». Quatre médecins sur dix ont déclaré mieux informer les patients sur les risques de certains traitements. Un médecin spécialiste sur cinq communique de manière plus transparente lorsqu'un accident médical survient. L'impact de la « loi sur les accidents médicaux » sur la pratique des médecins spécialistes ne doit donc pas être sous-estimé. Les médias ont d'ailleurs accordé une attention particulière à cette information⁷⁻⁸.

Parmi les orateurs marquants de ce symposium, citons également le Prof. Dr Koen KAS⁹, auteur de l'ouvrage « *Nooit meer ziek* ». En s'appuyant sur une présentation PowerPoint éblouissante, il a illustré l'application de « gadgets » informatiques à la technologie médicale. Sa présentation a visiblement éveillé la curiosité ; la trentaine d'exemplaires du livre qu'il avait apportés se sont vendus en l'espace de quelques minutes !

Au cours de son exposé, le Prof. KAS a expliqué que le malade chronique moyen était livré à lui-même pendant plus de 8760 heures par an sans traçabilité, contrairement à un colis Fedex moyen qui lui, est tracé de A à Z. Le Prof. Kas a proposé une solution sous forme de trois « règles de surveillance » :

- 1) mesurer notre génome et autres biomarqueurs via une technologie semi-conductrice ;
- 2) capter et communiquer les informations fournies par des capteurs visibles et invisibles de nos paramètres physiologiques ou d'environnement de manière simple via une dizaine d'applications smartphone récemment développées ;
- 3) utiliser des réseaux sociaux intelligents et Internet, qui sous leur forme la plus récente permettent de connecter n'importe quel objet à un autre, ou de se connecter à un capteur placé sur notre corps.

En les intégrant, ces règles transforment selon le Prof. Kas notre système de santé en un système multidimensionnel basé sur le numérique, la mobilité, l'engagement, le social, le langage iO, la quantification, l'attractivité, et le local (4 DiMEEnSiOnAL: Digital, Mobile, Engaging, Social, iOmic-based, quantified, Attractive, Local). Ces éléments ont constitué le fil rouge de la présentation du Prof. Kas.

Après la pause-café les (r)évolutions de huit spécialités ont été mises en lumière à travers des présentations « flash » : la gynécologie par le Dr Johan VAN WIEMEERSCH (Sint-Augustinusziekenhuis, Wilrijk) , la radiologie par le Dr Jean-Paul JORIS (Clinique St-Luc, Bouge-Namur), la biologie clinique par le Dr Johan FRANS (Imeldaziekenhuis, Bonheiden), l'anesthésiologie par le Dr Jean-Luc DEMEERE (Clinique Saint-Jean, Bruxelles), la cardiologie par le Dr Mathias VROLIX (ZOL, Sint-Jan, Genk), l'orthopédie par le Dr Frederik VERSTREKEN (AZ Monica, Deurne), la chirurgie par le Dr Baudouin MANSVELT (CH Jolimont, La Louvière) et la stomatologie et la chirurgie buccale et maxillo-faciale par le Prof. Dr. Constantinus POLITIS (UZ Gasthuisberg, Leuven). Malgré un petit incident technique au moment du lancement des présentations flash, le Dr Marc MOENS, modérateur de la session, est parvenu à faire respecter presque parfaitement le temps alloué aux orateurs.

1.5 Le site Internet du GBS

Le 3 mars 2014, le GBS a lancé son nouveau site Internet.

⁶ Loi du 31.03.2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé (MB 02.04.2010, Ed. 1).

⁷ « *Schrik zit er goed in* ». Interview de Marc Moens, vice-président de l'Association Belge des Syndicats Médicaux. *De Morgen*, 22. 10. 2014.

⁸ « *Fonds medische ongevallen. Artsen zijn voorzichtiger en communicatiever* ». *De Standaard*, 23.10.2014.

⁹Le Prof. Dr Koen Kas (né en 1967) est oncologue moléculaire à l'Université de Gand, observateur des tendances médicales, consultant, auteur et orateur. « *Nooit meer ziek* » (ISBN 9789461312068) est édité par Van Halewyck.

Après une préparation plus longue et plus complexe que prévue, la mise en ligne du site Internet s'est déroulée sans encombre. Le GBS a placé la quasi-totalité des informations qui se trouvaient sur le site précédent.

Dorénavant, chaque union professionnelle dispose sur le site d'une partie qui lui est réservée, et qu'elle peut étendre ou utiliser pour renvoyer à son propre site.

Le site actuel met toujours à la disposition des membres du GBS de nombreuses informations sur l'actualité médicale, l'évolution de la nomenclature (mises à jour), des informations sur les séminaires organisés par le GBS ou les unions professionnelles affiliées au GBS, des offres d'emploi, ainsi qu'une section où nous avons mis en ligne de façon lisible les principales lois et arrêtés royaux et ministériels en lien avec la médecine spécialisée. Le secrétariat du GBS tient également à jour une rubrique annonces.

1.5.1 Quelques statistiques

Comme le GBS gère en interne le site Internet, le secrétariat dispose de quelques statistiques de visites, et d'activité sur le site.

Du 3 mars au 31 décembre 2014, le site Internet du GBS a reçu la visite de 12 349 visiteurs, qui ont consulté un total de 67 030 pages.

Désormais, le secrétariat du GBS gère son site de manière autonome. Le secrétariat du GBS peut rapidement mettre en ligne des informations pertinentes concernant l'évolution de la situation politique ou des communications relatives aux activités de l'une ou de l'autre union professionnelle.

Le secrétariat du GBS maîtrise également les outils de communication Internet pour diffuser l'information, notamment au travers des e-spécialistes.

Depuis mars 2013, le secrétariat du GBS a pris en charge l'envoi des e-spécialistes, ainsi que l'envoi électronique des bulletins du médecin spécialiste, ou d'autres communications. Sur les trois derniers trimestres de l'année 2014, le secrétariat du GBS a envoyé 115 communications à l'intention de tous les membres ou d'unions professionnelles en particulier. Cela représente un total de 109 848 messages électroniques. En moyenne ces messages sont ouverts et lus par 44,73 % des destinataires. D'après une étude globale, les messages en provenance d'associations professionnelles sont lus en moyenne par 22,9 % de leurs destinataires. Les statistiques confirment donc que l'information que nous adressons à nos unions membres est pertinente.

1.5.2 Le site Internet du GBS, un outil de communication et de gestion pour les unions professionnelles

À l'occasion du symposium des soixante ans du GBS du 11 octobre 2014, le GBS a mis au point un système d'enregistrement en ligne, qui a également été utilisé par la Société Belge de Radiologie, par l'Association professionnelle belge des médecins spécialistes en anesthésie et réanimation, et par l'Union professionnelle belge de médecins spécialistes en soins intensifs.

L'enregistrement en ligne permet au secrétariat de mieux gérer les symposiums organisés par le GBS.

En outre, le secrétariat du GBS a participé au développement du site Internet de la Société belge de radiologie, pour le compte de laquelle il a également développé et implémenté des outils propres.

2 Représentations du GBS

2.1 Représentations en Belgique

2.1.1 Représentation par le Dr Michel LIEVENS

Au cours de l'année écoulée, le Dr Michel LIEVENS, élu par le comité directeur le 06.03.2014 en qualité de vice-président du GBS, s'est piqué au jeu de la défense professionnelle. Il a effet représenté le GBS à de nombreuses occasions. De plus, depuis le 11 octobre 2014, il assure ad intérim la présidence de l'aile francophone du GBS, l'association des médecins spécialistes francophones, l'AMSFr en abrégé.

2.1.1.1 Dialogue sociétal sur l'avenir de l'assurance maladie- invalidité : l'INAMI a 50 ans

À l'occasion de ses 50 ans d'existence, l'INAMI a souhaité organiser une grande consultation de la population belge sur sa perception de notre système de sécurité sociale en 2014. L'organisation en a été confiée à la Fondation Roi Baudouin. Le GBS, en la personne du Dr Michel LIEVENS, a pris part à deux réunions préparatoires du 31 mars 2014 et du 10 juin 2014 qui ont permis – sur la base d'une consultation antérieure du même type, d'un document de l'INAMI décrivant ses balises pour l'avenir et d'une enquête récente réalisée par le Prof. ELKARDUS de la VUB – d'établir un large questionnaire qui aborde les différents aspects de l'offre de soins et de soutien proposés par notre système social belge. Ce questionnaire a été soumis, au cours de 11 réunions différentes, à 50 citoyens de chacune des 11 provinces belges au cours de l'automne 2014. La fonction de modérateur a systématiquement été exercée par un membre de la Fondation. Les résultats de cette large enquête sont attendus pour le début de l'année 2015.

Le Dr Michel LIEVENS a également participé à la conférence de presse du 16 septembre 2014 de l'ISP¹⁰ relative aux résultats de l'enquête de santé de 2013¹¹.

2.1.1.2 Informatisation des trajets de soins à l'INAMI

Le Dr Michel LIEVENS a assisté, en tant qu'expert, à la réunion du jeudi 19 juin 2014 du groupe de travail concernant l'informatisation des trajets de soins à l'INAMI, sous la présidence du Dr Pierre BONTE. Le logiciel informatique à développer pour les trajets de soins doit servir d'outil aux prestataires de soins (médecins généralistes, spécialistes, pharmaciens, infirmiers, kinés, diététiciens, etc.), avec pour objectif l'échange d'informations (cliniques et médicotéchniques) entre les prestataires de soins, la gestion qualitative et quantitative du trajet des soins du patient et l'établissement des objectifs de traitements en collaboration étroite avec le patient.

C'est le médecin généraliste (« coordinateur ») qui initie le dossier informatisé « trajet de soins » (aussi appelé « dossier de coordination ») et crée, en concertation avec le patient, l'équipe pluridisciplinaire qui va prendre le patient en charge, en fonction des besoins de sa pathologie, considérée comme une maladie chronique. L'utilisation du dossier de coordination doit rester libre mais devrait obtenir un large soutien des médecins, par la valeur ajoutée que cette application peut leur apporter dans une gestion plus structurée de la prise en charge de leurs patients chroniques.

Le défi est de mettre sur pied un système à la fois simple d'utilisation, mais qui comporte toutes les fonctionnalités nécessaires à la coordination des soins multidisciplinaires. Sont concernés les acteurs suivants : les généralistes (qui utilisent un DME¹²), les spécialistes (qui utilisent le DPH de l'hôpital) et les autres prestataires de soins (au degré d'informatisation plus variable). Si certaines données essentielles concernant le patient sont disponibles dans d'autres sources d'information, il est préférable de prévoir des liens vers ces sources, au lieu de dupliquer les données inutilement. On pense aux schémas de médication RSW/Inter-Med

¹⁰ Institut scientifique de santé publique

¹¹ https://his.wiv-isp.be/fr/Documents/partages/summ_HS_FR_2013.pdf

¹² Dossier médical électronique

en francophonie, Vitalink en Flandre, au SUMEHR¹³, ainsi qu'aux hubs des hôpitaux. Des groupes de travail seront créés pour tenter de trouver les réponses les plus appropriées aux questions essentielles posées par ce développement.

2.1.1.3 *Open innovation in the Belgian pharmaceutical ecosystem*¹⁴

La problématique des médicaments est le « dada » du Prof. Fr. Heller, mais lorsque ce dernier est empêché, le Dr M. Lievens assure la relève avec beaucoup d'enthousiasme, d'autant plus que cela lui a permis de voir et entendre la nouvelle ministre de la Santé publique, Maggie De Block.

Le débat sur l'avenir de l'industrie pharmaceutique en Belgique a été animé par différents acteurs du terrain : directeurs de grandes firmes pharmaceutiques, chercheurs universitaires, bureau de conseil aux entreprises. On a fait référence à l'environnement fiscal stable en Belgique, au développement d'incitants financiers à l'innovation, à la nécessaire collaboration entre les centres de recherche universitaires et les entreprises, au dépôt de brevets par les chercheurs (indispensable à créer des relations de confiance entre ces interlocuteurs), à une politique de régulation des prix des médicaments plus stable, à un dynamisme accru de l'AFMPS¹⁵, etc. M. Pierre Léonard, chef de cabinet du Ministre Jean-Claude MARCOURT, retenu, a mis en exergue les réalisations opérées en région wallonne.

Madame la Ministre Maggie De Block a assuré le secteur de son souci de maintenir de bonnes relations avec l'industrie pharmaceutique, tout en annonçant encore 100 millions d'économies dans les remboursements des médicaments ! Elle veillera cependant à améliorer la mise sur le marché des nouveaux médicaments.

2.1.1.4 8^e symposium Qualité et Sécurité des patients : « Talents 4 quality – Skilled 4 improvement »^{16, 17}

Si les médicaments sont le « dada » du Prof. Fr. Heller, le financement des hôpitaux et les mesures de qualité sont le cheval de bataille du Dr J.-L. Demeere. Depuis des années, il participe activement aux discussions qualités et sécurité des patient au sein du SPF Santé publique. En raison des aléas de l'activité du quartier opératoire il a dû renoncer à assister à ce symposium pourtant planifié depuis longtemps. À nouveau en urgence, le Dr Michel Lievens a signé présent et a représenté le GBS.

Comment susciter l'épanouissement des compétences, talents et habiletés des membres du personnel des institutions hospitalières pour les mettre au service de l'amélioration de la qualité du service rendu par ces institutions au patient ? C'est la question à laquelle on a tenté de répondre lors de ce symposium. Les valeurs, leadership, culture, apprentissage, formation, motivation, changement, engagement et collaboration sont essentiels pour implémenter des initiatives d'amélioration.

2.1.2 Représentation par le Prof. Francis HELLER

Selon leurs disponibilités professionnelles, les membres du comité exécutif participent activement à la représentation du GBS aussi bien au niveau fédéral qu'au niveau des communautés.

2.1.2.1 Dans le domaine des médicaments

¹³ *Summarized Electronic Health Records.*

¹⁴ Larsenal, Bruxelles, 24 novembre 2014.

¹⁵ Agence fédérale des médicaments et des produits de santé

¹⁶ Bruxelles, 21.11.2014.

¹⁷ Les présentations sont disponibles sur :

http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Healthcarefacilities/Patientsafety/Patientsafetyweek/index.htm#_VMjfJS4pmDR

En tant qu'interniste, le Prof. Fr. Heller porte un intérêt tout particulier au domaine des médicaments. En 2014 il a continué à y exercer diverses fonctions et missions.

Depuis 2011, il participe aux travaux du **Bureau de Contrôle de la Communication Ecrite** (« BCCE ») des sociétés pharmaceutiques mise sur pied par Pharma.be. Cinquante dossiers ont été examinés en 2014. Il est régulièrement consulté en tant qu'expert pour fournir un avis sur le chapitre sur les médicaments hypolipémiants pour le répertoire commenté des médicaments (CBIP).

Il a participé aux travaux de l'**Institut Pharmaco-Epidémiologue Belge** (IPhEB) en rédigeant un regroupement des médicaments (ATC¹⁸ pertinents) pour suivre l'évolution de l'usage des médicaments en fonction des différentes pathologies. Il a également contribué à la modification de présentation des publications mensuelles de l'IPhEB.

Dans le cadre de la **Commission de Remboursement Médicaments** de l'INAMI, il participe au groupe de travail destiné à revoir les indications et le remboursement des nouvelles molécules pour le traitement de l'hépatite C.

Outre sa participation régulière aux activités du **Comité d'évaluation des pratiques médicales** en matière de médicaments de l'INAMI, il a été nommé expert pour l'organisation de la réunion de consensus sur les hypolipémiants en date du 22 mai 2014.

2.1.2.2 Dans le domaine des maladies chroniques

Le Prof. Fr. Heller est un membre actif de l'**Observatoire des maladies chroniques** de l'INAMI. Il a participé non seulement aux réunions plénières mais également aux réunions du Conseil Scientifique de l'observatoire. Dans les groupes de travail, il a participé à la rédaction de la définition des maladies chroniques, à l'évaluation du plan maladies chroniques et à la rédaction des nouveaux critères de remboursement de la chirurgie bariatrique.

Le statut de la personne atteinte d'une affection chronique¹⁹ est destiné à permettre la reconnaissance de ces personnes et de leur octroyer certains avantages. Le statut peut être octroyé de trois manières :

- a. Critère financier : lorsque les dépenses de soins de santé se sont montées à minimum 300 euros par trimestre, durant 8 trimestres consécutifs constituant deux années consécutives ;
- b. Critère allocation forfaitaire : bénéficiaires qui bénéficient de l'allocation forfaitaire (forfait soins, forfait malade chronique) ;
- c. Critère maladie rare ou orpheline : présence d'une maladie rare ou orpheline, attestée par un médecin spécialiste.

Le statut est octroyé une première fois pour une période de 2 à 5 ans, selon les cas, et prolongé annuellement ou pour 5 ans, selon le cas.

Réévaluation des critères de remboursement de la chirurgie bariatrique

Après la rédaction d'un rapport sur l'obésité infantile approuvé par le Comité de l'assurance²⁰, l'Observatoire a décidé d'analyser le problème de l'obésité chez l'adulte et en particulier celui de la chirurgie bariatrique. Différents experts (chirurgiens, internistes, psychologues, kinésithérapeutes) sont sollicités pour formuler des avis dans leur domaine respectif. Sur le plan chirurgical, les valeurs N des différentes procédures sont discutées (en se référant aux valeurs N de procédures chirurgicales existantes et de lourdeur similaire), les prix du

¹⁸ Anatomical Therapeutical Chemical Classification.

¹⁹A.R. du 15.12.2013 portant exécution de l'article 37vicies/1 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (MB 23.12.2013).

²⁰Note CGV 2013/002 du 05.12.2012

matériel, la part financière du patient, les problèmes de notification administrative et la mise sur pied éventuelle d'un registre national, la sélection des centres en fonction du type de chirurgie, le suivi et la surveillance postopératoire. Sur le plan internistique, les résultats de la chirurgie bariatrique sont évalués sur la base de la littérature existante en ce qui concerne le degré de perte de poids, les effets sur le diabète, sur les maladies cardiovasculaires, l'hypertension artérielle, et la mortalité totale afin de revoir les critères de sélection pour la chirurgie. Les psychologues sont consultés sur des propositions d'évaluation pré- et postopératoire. Les kinésithérapeutes doivent formuler des propositions pour promouvoir l'activité physique avant et après l'opération. Divers points sont également évoqués : nécessité d'une équipe multidisciplinaire, caractère coercitif ou non de l'évaluation et de la surveillance des patients, remboursement ou non en fonction de la compliance, gain financier à court et à long terme.

2.1.2.3 L'observatoire wallon de la santé²¹

Le Prof. Heller et le Dr El-Banna²² participent aux travaux du Conseil Scientifique de l'observatoire wallon de la santé. Le travail actuel vise la mise à niveau du tableau de bord de la santé, édition 2015²³. Outre les indicateurs classiques de la santé, d'autres indicateurs seront améliorés ou ajoutés : santé mentale, cancer, offre de soins, promotion, prévention et suggestion de la déclaration de la politique régionale, santé et vieillissement, santé environnementale et inégalités sociales de santé. Les données du tableau de bord seront publiées via Internet dans un format interactif avec des liens vers d'autres publications, documents de références, autres sites, etc.

2.1.3 ASBL Mdeon

2.1.3.1 De soi-disant garants de l'éthique...

La direction de Mdeon a très mal digéré les remarques critiques sur le fonctionnement de Mdeon dans le rapport annuel 2013²⁴ du soussigné. Mes termes ont été considérés comme « indignes » pour un membre fondateur. Dans un courrier du 22 février 2014, signé par les membres de son comité exécutif, Mdeon a invité le GBS à éviter de les médire. Depuis la création de Mdeon en 2006, le GBS a toujours été un partenaire critique et il le restera. Pour ne pas complètement gâcher la participation du Dr Bernard MAILLET, trésorier du GBS, aux réunions du comité directeur de Mdeon, le comité directeur du GBS a approuvé l'organisation d'une réunion avec une délégation Mdeon. En raison de l'agenda chargé des parties, cette réunion a été reportée, puis finalement annulée. Il sera intéressant de savoir si, suite au rapport annuel 2015 du GBS, nous devrons annoncer que le GBS a de nouveau été interpellé.

Mdeon ne rate pas une occasion de susciter la polémique par ses slogans. Sa nouvelle campagne intitulée « Éthique ou sponsoring : pourquoi choisir ? » en est de nouveau un bel exemple²⁵. En associant les notions différentes d' « éthique » et de « sponsoring », Mdeon insinue à nouveau qu'elles sont inéluctablement incompatibles.

Depuis 2007, le sponsoring d'activités scientifiques étalées sur plusieurs jours est, pour les prestataires de soins de santé, soumis à l'obligation de visa de Mdeon. Ce sponsoring peut se faire de manière individuelle (formulaire V1) ou par le biais de l'organisateur de l'événement (formulaire V2). Seul le sponsoring considéré par Mdeon comme « éthique » dans un contexte purement scientifique peut déboucher sur l'obtention d'un visa, ou comme le formule si bien Mdeon : « hospitalité éthique dans un contexte scientifique pur ».

²¹<http://socialsante.wallonie.be/?q=sante/observatoire-wallon-de-la-sante>.

²²Le Dr S. El Banna remplace depuis le 11 novembre 2014 le Dr E. Maes en tant que membre suppléant.

²³Publication prévue en décembre 2015.

²⁴ « Et encore une année passée au "bashing" des médecins ». Rapport annuel du GBS ; 08.02.2014 ; Dr Marc Moens, point 2.1.2.

²⁵ « Éthique ou sponsoring : pourquoi choisir ? » Communiqué de presse Mdeon, 26.01.2015.

Mdeon croit devoir épingler que le sponsoring individuel est de plus en plus souvent remplacé par le sponsoring indirect – moins transparent –, ce que les médecins savent déjà depuis des années. Les médecins remarquent en effet que l'obtention d'un sponsoring individuel devient de plus en plus difficile. Pour éviter le sponsoring, certaines entreprises font valoir – à tort ou à raison – la procédure de visa de Mdeon. Le GBS se demande même si cette pratique n'évolue pas d'un sponsoring direct à une *suppression de tous les sponsorings*.

En tant que garant de l'éthique, Mdeon se retranche derrière ses principes et met à mal la possibilité de montrer au monde le haut niveau médical et scientifique de la Belgique. Le plafonnement strict des repas et des nuitées constitue un exemple d'éthique impitoyable et intransigeant. Ainsi, le montant maximal pour une nuitée s'élève à 250 €. Ceci est sans conteste un montant tout à fait raisonnable et ne devrait en effet poser aucun problème pour réserver des nuitées plus que correctes dans la plupart des villes européennes. Le Dr Bernard MAILLET, spécialiste expérimenté, qui lors de son mandat de neuf ans en tant que secrétaire général de l'UEMS a parcouru toute l'Europe pour des raisons professionnelles, ne peut que le confirmer. En revanche, dans certains pays d'Europe de l'Est, ce montant peut permettre d'accéder à une suite quasi présidentielle, ce qui ne pose visiblement aucun problème « éthique » à Mdeon... Notons qu'à certaines périodes de l'année, il peut cependant s'avérer très difficile de réserver pour ce montant une chambre à Vienne, Londres, New York ou encore à Dubaï.

Mdeon ne facilite pas la tâche des médecins belges pour participer à des congrès ; ils rencontrent davantage de difficultés que leurs confrères européens. En effet, même s'il y existe des obligations similaires, les règles sont visiblement plus souples et plus pragmatiques. Il est navrant de constater que, parce qu'ils doivent se conformer aveuglément à certains montants dits « éthiques », les jeunes scientifiques belges sont démotivés de présenter leurs technologies de pointe et leur expertise à l'étranger. Pourquoi des organisateurs internationaux se donneraient-ils à l'avenir la peine d'inviter des orateurs belges ? À moins qu'ils n'avancent le fait que ces derniers sont très bon marché : en effet, Mdeon fait payer *tous les frais* aux scientifiques belges (transport, nuitée, restauration, etc.). Offrir un sponsoring devient malheureusement superflu en Belgique.

2.1.3.2 ... à garants « éventuels » de la transparence

Aujourd'hui, les professionnels de la santé sont contraints de présenter leurs lettres de créance pour pouvoir participer à une activité scientifique sur plusieurs jours. L'autorisation actuelle délivrée par Mdeon sera très prochainement considérée comme insuffisante si nous devons nous aligner sur les règles de l'EFPIA²⁶ et de Pharma.be²⁷.

L'European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA), la fédération européenne qui défend les intérêts des industries pharmaceutiques auprès des instances de l'Union européenne, a ouvert un débat sur la transparence. Elle défend une version « super transparente » de la transparence : toutes les informations relatives à des prestations de médecins ou associations de médecins pour le compte de l'industrie pharmaceutique devraient être rendues publiques : non seulement les noms des médecins ou associations de médecins, mais également les montants perçus.

Dans ce cadre, une délégation de Pharma.be composée de Catherine RUTTEN, CEO, et de Mieke GOOSSENS, juriste, ont rencontré le 20 mars 2014 dans nos locaux, une délégation du GBS composée des docteurs Jean-Luc DEMEERE et Bernard MAILLET ainsi que de M^{me} Fanny VANDAMME, et une délégation de l'ABSyM, avec les Drs Roland LEMYYE et Marc MOENS, ce dernier portant comme souvent la double casquette GBS/ABSyM.

Lors de cette rencontre, Pharma.be a souhaité informer les médecins de la stratégie au niveau européen. Afin d'éviter que l'autorité publique ne réglemente cette transparence européenne, l'industrie pharmaceutique opte pour une autorégulation. Les médecins ont clairement fait comprendre qu'ils étaient tout à fait opposés à l'intervention de Mdeon dans la publication de ces informations. Le GBS et l'ABSyM ont suggéré que l'information soit reprise sur les sites individuels des sociétés pharmaceutiques, ou sur le site de pharma.be, sans reprendre les montants ou des informations qui permettraient de relier les montants alloués à des médecins

²⁶ The European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations

²⁷ Association Générale de l'Industrie du Médicament

précis.

L'industrie pharmaceutique n'a pas souhaité suivre cette piste. Étant donné que l'industrie pharmaceutique et l'industrie des appareils médicaux et des implants sont représentées à Mdeon, elles ont proposé que l'autorégulation et la transparence soit reprise par Mdeon où les médecins, dentistes, vétérinaires et d'autres professionnels de la santé au sens large du terme sont représentés.

Mdeon a organisé une soirée d'information et de débat, le 24 novembre 2014. Le GBS y était représenté par les Docteurs Bernard MAILLET et Jean-Luc DEMEERE. Madame Stéphanie BRILLON, directrice de Mdeon, assistée de la juriste de Pharma.be, a expliqué que dans le cadre de la transparence, la Belgique avait opté pour l'autorégulation. Mdeon va créer un groupe de travail médecins/industrie pharmaceutique pour organiser et superviser cette transparence au sein de Mdeon. Les Docteurs MAILLET et DEMEERE y représenteront le GBS.

Mais que revêt ce terme de transparence ? Tout sponsoring et toute aide aux professionnels de la santé seront rendus publics et accessibles nominativement sur le site qui sera créé à cet effet. Ainsi, si un médecin est invité par une firme à un congrès ou pour une activité scientifique, son nom pourrait être publié sur le site avec le montant « reçu » pour cette activité. Mais il y a un hic ! En effet, il existe en Belgique une loi sur le respect de la vie privée. En vertu de cette loi, l'industrie et Mdeon sont obligés de demander au médecin l'autorisation de publier son nom. Si un médecin refuse la publication de son nom sur le site de Mdeon-transparence, le sponsoring sera anonyme. Pour la recherche, et ceci *sic dixit*, pour protéger l'industrie de toute forme d'espionnage, le sponsoring sera anonyme. Fiscalement, comme actuellement, la transparence sera effective puisque l'industrie doit informer le fisc. Le sponsoring est imposable à titre d'avantage en nature.

Cela pose tout de même un problème éthique, même si, heureusement, le médecin a la possibilité de rester anonyme. La transparence sera dans ce cas quelque peu altérée, mais l'industrie pourra publier ouvertement les montants de son budget alloués en sponsoring aux professionnels de la santé. Il existe également un problème sur le plan de la recherche. Si l'on peut comprendre que l'industrie ne désire pas que l'on communique les domaines de sa stratégie en recherche et développement, on peut s'interroger sur l'utilisation de ces fonds par les laboratoires, unités de recherche ou services médicaux voire par les médecins. Ici, la transparence n'est plus du tout assurée. Même Mdeon est conscient de ce problème. Le médecin praticien est tenu à la transparence. Le médecin chercheur ne l'est pas, puisque le budget de sa recherche est anonyme, mais l'utilisation qu'il en fait peut être personnelle.

Notons une autre évolution. Les règles très strictes de Mdeon font que tout sponsoring susceptible de revêtir un caractère publicitaire devient impossible. Si vous organisez un symposium, les chances de ne plus recevoir de mallettes ou de stylos bille au nom de la firme sont bien réelles. Si vous êtes un orateur à un congrès invité par une firme, vous risquez de devoir prendre un avion le jour du congrès, et non plus la veille. La question que l'on peut se poser est la suivante : les médecins sont-ils réellement corrompus par l'industrie ? Mais cette question aura bientôt perdu tout son intérêt. En effet, il n'y aura plus de sponsoring et partant, plus de Mdeon.

2.2 Représentation internationale - UEMS²⁸, CPME²⁹, FEMS³⁰ en AEMH³¹

Le Dr Bernard MAILLET, trésorier, représente le GBS au niveau européen et international dans de nombreuses organisations de médecins³².

2.2.1 UEMS

À l'occasion du Management Council de septembre 2013 à Paris, le Prof. Dr Jacques GRUWEZ a remis à

²⁸ UEMS: Union Européenne des Médecins Spécialistes - European Union of Medical Specialists.

²⁹ CPME: Comité Permanent des Médecins Européens - Standing Committee of European Doctors.

³⁰ FEMS: Fédération Européenne des Médecins Salariés - European Federation of Salaried Doctors.

³¹ AEMH: Association Européenne de Médecins Hospitaliers - European Association of Hospital Physicians.

³² Le Dr Bernard MAILLET a en outre repris un certain nombre de poste internationaux du directeur de l'ABSyM, Dr Roland LEMYE, et y représente donc également l'ABSyM.

disposition son mandat de chef de la délégation du GBS. Quelques mois plus tard, le Dr Luc VAN CALSTER³³ a été contraint de remettre sa démission pour raisons de santé. Le comité directeur du GBS du 16 janvier 2014 a désigné les Drs Bernard MAILLET, anatomopathologiste et Jean-Paul JORIS, radiologue, en tant que délégués du GBS. Le comité directeur a décidé que ces mandats dureraient dorénavant quatre ans. Cependant, les délégués sont rééligibles. Afin d'assurer la continuité de la représentation, il a été décidé qu'à partir de l'instauration de ce règlement, un de ces deux mandats n'aurait exceptionnellement qu'une durée de deux ans. Le Dr B. MAILLET a volontairement proposé de mettre à disposition son mandat au bout de deux ans. Étant donné qu'il a occupé avec brio la fonction de secrétaire-général de l'UEMS pendant neuf ans, le Dr Bernard MAILLET a été désigné chef de la délégation belge par le comité directeur du GBS.

En ce qui concerne la représentation au Management Council de l'UEMS, l'année 2014 doit être considérée comme une année transitoire afin de permettre à nos confrères Bernard MAILLET et Jean-Paul JORIS de s'imprégner de tous les dossiers en cours.

La réunion annuelle des représentants des sections de l'UEMS, traditionnellement planifiée en novembre, et au cours de laquelle les délégations du GBS font état des activités de l'UEMS de l'année écoulée, a été reportée à mars 2015. À l'avenir, on mettra au cours de cette réunion l'accent sur l'élaboration de l'ordre du jour de la réunion suivante du Management Council. Ainsi, les sections pourront formuler leurs conseils sur les dossiers qui seront traités et des réponses pourront être formulées de manière proactive.

Pour rappel : en 2011, l'UEMS a acquis un bâtiment situé Rue de l'industrie, 24-24a, 1000 Bruxelles, au cœur du quartier européen. L'objectif est de rassembler toutes les organisations européennes médicales sous un seul toit, celui de Domus Medica Europea. Au départ, le déménagement de l'UEMS, dont les bureaux se trouvent dans les locaux du GBS, Avenue de la couronne, 20, 1050 Bruxelles, était prévu pour l'automne 2011. L'approbation des plans de rénovation a pris beaucoup de temps et les travaux ont coûté bien plus qu'initialement prévu, ce qui pèse sur la situation financière de l'UEMS. Le déménagement est maintenant prévu pour le printemps 2015, mais personne ne se risque pour l'instant à annoncer une date exacte.

Le **Management Council** de l'UEMS se tient traditionnellement deux fois par an ; une réunion de printemps en avril à Bruxelles, et une réunion d'automne organisée par l'une des organisations membres, ailleurs en Europe. Depuis quelques années, le Management Council se réunit avec les délégués des sections et *boards* de l'UEMS, ce qui améliore considérablement l'efficacité.

Les fonctionnements de l'exécutif de l'UEMS et du Management Council sont cependant moins efficaces que par le passé. Le secrétaire général de l'UEMS, Dr Edwin BORMAN, anesthésiste, a également été nommé directeur médical ; en raison de cette fonction très prenante, il a moins de temps à consacrer aux activités de l'UEMS.

À l'occasion de la réunion de printemps du Management Council, le Dr Enrique TEROL³⁴, délégué de la Commission européenne, a donné une présentation sur le Réseau de référence européen, une initiative européenne sur les maladies rares. Il est évident que tous les pays membres ne peuvent disposer d'un groupe d'experts pour chaque maladie rare et que des projets communs peuvent voir le jour au-delà des frontières.

L'amélioration des relations entre les sections de l'UEMS et leurs sociétés scientifiques européennes respectives a constitué le deuxième sujet important de cette réunion de printemps. Il arrive parfois que la section de l'UEMS et la société scientifique correspondante s'adressent individuellement aux institutions européennes avec un message similaire mais non identique. Une telle manière de travailler est inefficace, voire contre-productive. Il est donc important d'accorder au préalable les violons et agir à l'unisson.

Au cours de la réunion d'automne du Management Council des 22 et 23 octobre 2014 à Grenade, une attention

³³ Notre confrère Luc VAN CALSTER (1944-2014) est décédé le 24.10.2014. Erwig Van Buggenhout, président de l'Union professionnelle belge des médecins spécialistes en neurologie, a publié un texte à sa mémoire dans le Médecin Spécialiste n° 7 de novembre 2014.

³⁴ *European Commission. DG SANCO. Implementation of the Directive of Patient's Rights to Cross-border Healthcare. Development of the European Reference Network of Centres of Excellence of the EU. Quality of Healthcare and Patient Safety. Analysis of Healthcare Systems.*

toute particulière a été consacrée aux « *training requirements* »³⁵ de certaines spécialités. L'UEMS vise à une meilleure harmonisation des critères généraux de formation applicables à toutes les disciplines, non seulement sur le plan de la durée, mais aussi sur le plan du contenu. La directive européenne relative à l'agrément des qualifications professionnelles est révisée tous les cinq ans. La révision du contenu de la directive n'est pas encore à l'ordre du jour, mais l'UEMS poursuivra et intensifiera ses efforts.

L'accréditation constitue indéniablement l'un des domaines d'activité de l'UEMS les plus visibles. Le 28 février 2014, l'UEMS-**EACCME**³⁶ a organisé pour la deuxième fois à Bruxelles la « UEMS-conference on CME-CPD in Europe »³⁷. Grâce à la présence d'environ 300 participants, des sessions parallèles ont pu être prévues avec les différents partenaires du processus d'accréditation, parmi lesquels les prestataires, les sections et boards de l'UEMS et les organisations scientifiques. La conférence était également ouverte à l'industrie et aux organisations commerciales de congrès. Les participants ont apprécié la réunion très positivement et l'on a suggéré d'en faire un événement annuel. Pour des raisons d'organisation, les dirigeants de l'UEMS ont émis quelques réserves. Par conséquent, un symposium de suivi ne sera organisé qu'en 2016. Le groupe de direction de l'accréditation des médecins de l'INAMI a depuis des années déjà conclu un accord avec l'EACCME selon lequel les formations continues reconnues par l'EACCME ne doivent pas obligatoirement être (de nouveau) soumises à l'approbation du groupe de direction de l'accréditation de l'INAMI³⁸. Les demandes peuvent néanmoins toujours être introduites de manière facultative.

Tant les nouvelles règles d'accréditation pour le Live Educational Events (LEE) que la réglementation pour les programmes e-learning³⁹ ont été amplement expliquées au cours de la réunion du 28.02.2014. Les nouvelles règles d'accréditation entraînent des contraintes administratives supplémentaires non négligeables, avec pour conséquence une diminution de 20 % du nombre de demandes d'accréditation. Jusqu'à présent, l'UEMS dispose de revenus suffisants pour tenir ses engagements financiers, en particulier grâce aux fonds qui entrent par le biais de l'EACCME. L'achat de Domus Medica Europea et les travaux de rénovation pèsent sur la situation financière de l'UEMS. Afin de suivre ce dossier, l'UEMS a décidé de mettre en place un « comité financier ». Le Dr Bernard MAILLET a introduit sa candidature⁴⁰.

La réunion annuelle de l'**Advisory Council for CME** s'est tenue à Bruxelles le 29 novembre 2014. Le Dr Bernard MAILLET y a remplacé le Dr Marc MOENS, président du groupe de direction de l'accréditation de l'INAMI, retenu en raison d'autres engagements⁴¹. En principe, il aurait dû être remplacé par le vice-président du GBS, Dr Eddy MAES, également membre actif du groupe de direction de l'accréditation de l'INAMI, qui y avait déjà remplacé le Dr MOENS plusieurs fois, mais qui cette fois a dû être excusé pour des raisons de santé.

On a principalement attiré l'attention sur la valeur des « *CME Credits* » européens (ECMEC). Afin de garantir la fiabilité du système, il est important que ces ECMEC soient toujours accordés selon des critères stricts. Une autre solution a également été proposée : outre les ECMEC classiques, l'on pourrait également mettre en place des ECMEC de deuxième catégorie, comme aux États-Unis. Il s'agit là d'« outils d'apprentissage », qui ne sont pas automatiquement reconnus par la plupart des autorités.

Le **CESMA**⁴² est la structure de l'UEMS chargée d'harmoniser les examens de médecine spécialisée au niveau européen. Deux réunions par an sont organisées. La réunion de printemps se tient souvent dans un pays dans

³⁵ Obligations de formation.

³⁶ EACCME: European Accreditation Council for Continuing Medical Education. Institution of the UEMS. Avenue de la Couronne 20, B-1050, Brussels.

³⁷ <http://www.uems.eu/news-and-events/news/news-more/uems-conference-on-cme-cpd-in-europe-brussels-28.02.2014>

³⁸ L'accord entre l'EACCME et le groupe de direction de l'accréditation belge de l'INAMI a été prolongé le 19.11.2014, avec des spécifications supplémentaires sur l'e-learning.

³⁹ Le Prof. Fr. Heller a étudié huit dossiers en 2014.

⁴⁰ Le 12 janvier 2015, Dr Giorgui Berchicci, trésorier de l'UEMS, lui a annoncé qu'il était nommé dans ce comité.

⁴¹ La nomination du Dr B. Maillet en tant que membre actif du groupe de direction de l'accréditation a été publiée au Moniteur belge du 13.01.2014.

⁴² CESMA : Council for European Specialist Medical Assessment. Le CESMA est un organe consultatif de l'UEMS créé en 2007 avec pour objectif de fournir des recommandations et conseils sur l'organisation des examens européens pour les médecins spécialistes au niveau européen.

lequel les examens européens sont officiellement reconnus, ce qui est plus souvent le cas dans les plus petits États membres. Cette année, elle a eu lieu en Autriche (Innsbruck).

Grâce à la contribution considérable de son président, le Dr Zeev GODIK, la CESMA fera de plus en plus concorder les examens européens, et on observe une certaine harmonisation, ce qui augmente sa crédibilité et doit encourager la reconnaissance de cet organe par les États membres.

La « réunion d'hiver » du CESMA du 13 décembre 2014, initialement prévue dans les locaux du nouveau Domus Medica Europea, a dû être déplacée à la Maison des Associations Internationales⁴³. L'un des sujets brûlants de cette réunion était de déterminer dans quelle mesure les examens devaient être ouverts. En effet, certaines sections ne veulent pas ouvrir les examens aux États non membres de l'Union européenne, même s'ils ont un représentant au sein de l'UEMS, comme c'est le cas de la Turquie et d'Israël.

Il est de notoriété publique que de nombreux médecins originaires du Moyen-Orient et des anciens États soviétiques souhaitent participer à ces examens européens afin d'accéder plus facilement à l'Union européenne et de s'y établir en tant que médecin. La réussite de cet examen européen peut assister les autorités d'agrément nationales dans l'évaluation de la formation médicale des médecins souhaitant obtenir leur agrément dans l'Union européenne. Cela ne peut cependant pas devenir un laissez-passer pour s'établir dans les pays de l'Union européenne sans suivi supplémentaire.

2.2.2 CPME

Si l'UEMS se concentre principalement sur la formation, la formation continue et les conditions d'agrément des spécialistes, les activités du CPME sont plutôt axées sur le suivi des problèmes éthiques concernant aussi bien les médecins généralistes que les spécialistes.

L'assemblée générale du CPME des 4 et 5 avril 2014 a été agrémentée d'une conférence intitulée « *Better Working Conditions for Better Care – Discussing Responsible Health System Policy* ».

Au cours de l'assemblée générale du CPME à Budapest les 14 et 15 novembre 2014, le Dr B. MAILLET, vice-président du groupe de travail e-health du CPME, a donné un aperçu du système e-health belge. Il a entre autres évoqué les plus grands défis qu'il reste à relever. Le CEO de la plateforme e-health siège en qualité d'administrateur général de la Banque Carrefour de la sécurité sociale de la Commission de la protection de la vie privée : cette double casquette pourrait entraîner un conflit d'intérêts.

Il convient de noter que le « Conseil National de l'Ordre des Médecins » a décidé de redevenir membre du CPME, après y avoir renoncé il y a cinq ans. On s'attend à ce que l'Italie et l'Espagne, qui avaient également quitté le CPME, revoient aussi leur point de vue.

2.2.3 FEMS⁴⁴

La **FEMS** veille aux conditions de travail des médecins salariés et au respect de la directive européenne sur le temps de travail. Depuis quelques années, la réunion de printemps est organisée en collaboration avec l'AMEH⁴⁵.

Le Dr B. MAILLET a succédé au Dr Eddy MAES en tant que représentant du GBS au sein de la FEMS. Les festivités autour des 50 ans d'existence de la FEMS ont coïncidé avec le symposium organisé à l'occasion des 60 ans du GBS. Le GBS a donc dû s'excuser de ne pouvoir exceptionnellement pas assister à cette réunion de la FEMS.

⁴³ Maison des Associations Internationales, Rue Washington 40, 1050 Ixelles

⁴⁴ FEMS : Fédération européenne des médecins salariés.

⁴⁵ AMEH : Association des médecins des établissements des hôpitaux.

3 Le financement des hôpitaux : où va-t-on ?

3.1 Changement de ministres, mais poursuite de la feuille de route :

3.1.1 Des vents contraires à la reprise économique, mais favorables à l'idée de réformer le mécanisme de financement des hôpitaux ?

2013 fut sans conteste une année au cours de laquelle l'idée de revoir le mécanisme de financement des soins de santé allait s'imposer, grâce au déploiement de la feuille de route annoncée par la ministre Laurette Onkelinx le 31 mars 2013.

En revanche, 2014 fut plutôt une année de réflexions, de discussions, et de préparations. En effet, aucune réforme du financement des soins de santé n'a vu le jour, la feuille de route est restée dans les priorités des deux ministres fédéraux de la santé qui se sont succédé durant une année économiquement difficile pour la Belgique, qui verra sa croissance économique encore ajustée à la baisse. Il est pour l'instant difficile de faire des prédictions précises. Parmi les plus raisonnables, nous pouvons épingler celles des experts de la Commission européenne, qui titrent « vents contraires à la reprise »⁴⁶ et tablent sur une croissance économique de moins d'un pourcent pour 2014 et 2015 et d'un peu plus d'un pourcent pour 2016. Les travaux des économistes montrent que la Belgique suit l'Europe dans la spirale déflationniste dans laquelle est entraînée l'économie européenne, qui, en décembre 2014, a connu pour la première fois de son histoire une inflation négative (-0,2%)⁴⁷. Pendant ce temps, notons la baisse des prix des produits pétroliers, qui bien qu'ayant quelques effets positifs comme la réduction des frais de fonctionnement de l'hôpital, a tendance à accentuer cette spirale. Cela explique que les experts de l'Union européenne jugent également que des mesures additionnelles pour maîtriser les coûts des soins de santé sont indispensables pour maintenir le déficit public à un niveau acceptable. Quoiqu'il en soit, ces prévisions présagent des années difficiles pour les recettes de la sécurité sociale et, par ricochet, pour le financement des soins de santé dans notre pays.

2014 fut également une année de transition politique, d'une part parce que Laurette ONKELINX a cédé la main le 11 octobre dernier à Maggie DE BLOCK, mais aussi, parce que le transfert des compétences en matière de soins de santé entre l'État fédéral et les régions est entré en vigueur le 1^{er} juillet 2014⁴⁸. Celui-ci va certainement impacter le financement des établissements de soins, et des soins de longue durée. La sixième réforme de l'État transfère plusieurs compétences en matière de soins de santé vers les communautés, ce qui permet d'alléger quelque peu la charge liée au coût des soins de santé qui pèse sur le pouvoir fédéral. Il s'agit de 5,089 milliards d'euros transférés de l'État fédéral vers les régions et communautés. L'attitude des entités fédérées sera essentielle, puisqu'elles deviennent *de lege* des acteurs de poids de la politique de soins de santé, et il faudra tenir compte de leur point de vue.

La réponse à la question de savoir si ce transfert de compétences vers les entités fédérées accroîtra le rapport coût-efficacité dans les soins de santé dépend des choix politiques qu'il faut encore effectuer ou mettre en œuvre, et de la bonne gouvernance régionale.

Si beaucoup d'encre a coulé sur le financement des hôpitaux, les différents gouvernements fédéraux, régionaux ou communautaires n'ont pas beaucoup bougé, se contentant de maintenir les mesures d'économie déjà annoncées ; sans doute ont-ils compris qu'un *statu quo* s'imposait en 2014, et qu'il fallait respecter l'équilibre

⁴⁶ Les prévisions économiques des experts de la Commission européenne qui ajustent les données fournies par les experts du bureau du plan sont disponibles à l'adresse suivante : http://ec.europa.eu/economy_finance/eu/forecasts/2014_autumn/be_en.pdf

⁴⁷ Les statistiques relatives à l'inflation dans la zone Euro sont disponibles à l'adresse suivante : <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/6455292/2-07012015-BP-EN.pdf/7a179764-787e-4a10-a72b-0abde719ee44>

⁴⁸ Depuis l'entrée en vigueur de la 6^e réforme de l'État, le 1^{er} juillet 2014, ce sont les communautés et non plus l'État fédéral qui seront responsables des parties A1 et A3 du financement du BMF, ce qui permettra à chaque région de mener une politique d'investissement dans les soins de santé plus ou moins indépendante.

des forces en présence, que ce soit pour des raisons électoralistes à l'approche des élections pour la ministre de la santé Laurette Onkelinx, ou pour prendre connaissance des dossiers dans les six mois qui ont suivi, et étaler les mesures sur la durée de la législature pour la ministre de la santé Madame Maggie DE BLOCK.

Pour autant, la feuille de route n'a pas été mise au pilori, que du contraire. Celle-ci suit son cours, en respectant le calendrier mis en place par la ministre Laurette ONKELINX.

« *La mise en œuvre de la méthodologie et de la planification établies au sein du KCE pour la révision du financement des hôpitaux par le biais d'une "large concertation" ("Feuille de route pour un nouveau financement des hôpitaux en Belgique") est poursuivie* »⁴⁹. La déclaration gouvernementale du 09.10.2014 est claire en ce sens : ce n'est pas parce que pour la première fois depuis 1988, aucun socialiste n'occupe le ministère des affaires sociales et de la santé, que la volonté de réformer un système qui malgré ses défauts continue de faire ses preuves depuis 50 ans est moindre⁵⁰.

Le KCE a reçu le blanc-seing du gouvernement suédois et de sa ministre de la Santé pour amener les acteurs du système de soins de santé à s'entendre sur une réforme de son financement qu'il propose. Ce faisant, avec toute l'objectivité qui les caractérise, ses experts continuent de justifier « scientifiquement » l'instauration d'un financement forfaitaire par pathologie. Ce n'est pas parce que deux d'entre eux, Carine VAN DE VOORDE et Koen VAN DEN HEEDE ont assisté au symposium annuel du GBS le 8 février 2014 que le KCE a adouci sa vision.

3.1.2 Un tsunami pour les médecins intra et extra-hospitaliers ?

Comme prévu dans la feuille de route, le KCE a présenté le 26 septembre 2014, l'étude 229 intitulée : « *Un cadre conceptuel pour la réforme des hôpitaux* ». Cette étude propose une réforme du financement du système de soins de santé belge axée sur trois piliers principaux⁵¹ :

-« Étendre et affiner le financement forfaitaire par admission existant, en le basant davantage sur les coûts réels, et créer un fonds d'investissement dans chaque hôpital, cogéré par les médecins et la direction ». Autrement dit, abandonner le financement à l'acte et toute la nomenclature des prestations de soins de santé à l'élaboration de laquelle le GBS collabore depuis plus de cinquante ans.

- « Réformer la rémunération des spécialistes en rétablissant l'équilibre entre les revenus et les prestations réelles, et abolir les rétrocessions d'honoraires ». Autrement dit, niveler les rémunérations des médecins spécialistes, en faisant de la plupart de ceux-ci de faux salariés, tout en confiant au seul gestionnaire hospitalier plus de 40,9 % de leurs honoraires⁵².

- « Adapter le type et le nombre de lits aux besoins de chaque "zone de soins" et réserver les soins complexes à des centres de référence spécialisés. ». Autrement dit, favoriser une activité la plus concentrée possible dans des grands centres hospitaliers universitaires, en laissant aux petits hôpitaux la « bobologie », au risque de démotiver une partie du corps médical qui a souvent acquis des savoir-faire de pointe qu'il ne pourrait plus mettre en pratique.

Les propositions de réforme rédigées par le KCE devaient faire l'objet d'un large consensus, et tenir compte des points de vue de toutes les parties prenantes, dont le GBS. Son président le Dr J.-L. DEMEERE a participé le 26 juin dernier à la réunion de consultation des parties prenantes relative à la réforme du financement des hôpitaux et a par la suite adressé toutes les objections du GBS au KCE.⁵³ Le GBS, en sa qualité de plus grande organisation belge de médecins spécialistes, a pourtant fait valoir sa position, en présentant de manière

⁴⁹ Accord de gouvernement du 09.10.2014, p. 58, op. cit.

⁵⁰ Cf. points 3.6.2. : « Offre faisant suite aux besoins de soins de la population » et 3.6.4. : « Fixation correcte des prix ».

⁵¹ Le rapport complet du KCE et la note de synthèse dont il est question sont disponibles et présentées sur le site du KCE : <https://kce.fgov.be/fr/publication/report/cadre-conceptuel-pour-la-r%C3%A9forme-du-financement-des-h%C3%B4pitaux#.VMjvp2h4ozt>

⁵² Belfius. Analyse sectorielle des hôpitaux généraux sur base du modèle MAHA.

⁵³ Les commentaires et remarques que le GBS a adressés au KCE ont par ailleurs été publiés dans le médecin spécialiste n° 6 de septembre 2014.Éditorial : Point de vue du GBS sur les propositions de réforme du financement des hôpitaux émises par le KCE.

synthétique de nombreuses objections aux propositions du KCE.

Pourtant, le lecteur a beau parcourir avec la plus grande attention les 430 pages de propositions de réforme de l'étude KCE n° 229, il ne trouvera pas la moindre trace des contre-arguments avancés par le GBS, pas plus qu'il ne retrouvera les points de vue des syndicats médicaux.

À juste titre, le GBS regrette que le KCE ait osé présenter cette note comme étant le fruit d'un large consensus⁵⁴, et a réagi par la voix de son président dans la presse médicale^{55, 56}. Le GBS émet en outre les plus vives réserves sur la robustesse des statistiques et l'argumentation « evidence-based » des conclusions du rapport du KCE. L'ABSyM s'exprimait de la même manière^{57, 58} et a calculé que le « all-in » serait plus coûteux que le système actuel⁵⁹.

La réforme du financement hospitalier présentée dans l'étude 229 du KCE équivaut ni plus, ni moins à une expropriation des honoraires médicaux, et impliquerait également une diminution de l'activité et des fermetures d'hôpitaux. Le GBS estime que cette réforme du financement telle qu'elle est présentée dans l'étude du KCE aura des conséquences très négatives sur l'économie belge, qui peine à retrouver le chemin d'une croissance durable. L'accessibilité des soins en Belgique, reconnue comme la meilleure au monde, risque de se détériorer. À cela s'ajoute qu'il existe aussi dans la littérature de nombreux exemples montrant qu'un système de soins financé de manière forfaitaire peut entraîner une baisse de la qualité des soins prodigués, et que le système de récompense de la qualité qui doit l'accompagner peut s'avérer très coûteux, bureaucratique, et inefficent.

Le soussigné estime que l'étude KCE n'est là que pour justifier des déclarations et des intentions politiques. Le soussigné a notamment expliqué cela dans deux interventions, la première le 27.05.2014 au cours d'un débat consacré au financement des hôpitaux au Faculty Club à Louvain avec les dirigeants des hôpitaux universitaires et de l'INAMI et du SPF Santé publique, ainsi que lors du symposium du 12.06.2014 au ZOL à Genk sur la mise en place d'un système *pay for quality* en présence du ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille, Jo VANDEURZEN.

Quand l'heure sera venue pour les parties prenantes de s'attaquer au problème du financement des soins de santé, quand Maggie DE BLOCK et le gouvernement fédéral devront décider, ils ne pourront pas se permettre de justifier uniquement leur décision par une revue de la littérature étrangère sur les systèmes de soins et une enquête sociologique sur laquelle l'étude 229 du KCE est en grande partie basée. Il faudra aussi des données chiffrées, qui manquent cruellement jusqu'à présent.

L'accord de gouvernement du 9 octobre 2014 peut laisser espérer que les politiciens n'iront pas jusqu'à suivre à la lettre toutes les propositions du KCE, notamment en ce qui concerne la réforme des honoraires médicaux, au risque de mettre en péril le financement même de l'hôpital : « *La préférence du Gouvernement est pour un système de financement mixte, tant avec un financement prospectif pour les soins pouvant être standardisés, qu'avec le maintien du principe d'un honoraire par prestation médicale.* »⁶⁰ L'abandon des honoraires actuellement rétrocedés ne va pas sans poser de nombreux problèmes (notamment parce qu'il y a des différences locales dans le pourcentage de rétrocession), et risque d'envenimer la relation médecin-gestionnaire d'hôpital. Il va sans dire que si les médecins renoncent à une partie de leurs honoraires, il faudra

⁵⁴ https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_229B_reforme_financement_hopitaux_Synthese.pdf p. 8 : op. cit. Le GBS, et les syndicats médicaux (ABSyM et ASGB) représentant des médecins actifs se sont tous opposés à la feuille de route, mais même si le KCE a recueilli les critiques des parties prenantes, il ne les a pas publiées comme initialement prévu, raison pour laquelle le KCE a laconiquement et très discrètement ajouté une clause de non-responsabilité : « Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu. » Par ailleurs, la version définitive du rapport, votée à l'occasion du conseil d'administration du KCE n'a intégré aucune correction.

⁵⁵ « Demeere (GBS) : "Le danger ? Une médecine de système !" ». » *Le Journal du Médecin*, 26.09.2014.

⁵⁶ « 98 % des membres du GBS contre l'honoraire pur ». *Le Spécialiste*, 08.10.2014

⁵⁷ « Aucun médecin ne croit aux honoraires purs ». *Le Journal du Médecin*, 03.10.2014.

⁵⁸ « *BVAS kraakt nieuwe ziekenhuisfinanciering af* ». *Artsenkrant*, 26.09.2014.

⁵⁹ « ABSyM: "Le financement par pathologie coûtera plus cher" ». », *Le Spécialiste*, 28.11.2014.

⁶⁰ Accord de gouvernement du 09.10.2014, p.72 : citation.

renforcer leur présence et leurs poids dans la gestion de l'hôpital. La ministre recueille pour l'instant les propositions ; c'est elle qui aura le dernier mot.

3.1.3 Together we raid?

Si les propositions de réforme sont loin de faire l'unanimité des médecins sans lesquels le système de soins ne peut fonctionner, celles-ci sont très bien accueillies par les coupes d'associations hospitalières, comme il fallait s'y attendre.

Zorgnet Vlaanderen, l'organisation hospitalière flamande, dans son manifeste publié le 28 août 2014 intitulé « *Together we count* », va plus loin encore : elle ne propose pas seulement la transformation des honoraires actuels en honoraires purs, mais aussi le plafonnement des revenus de tous les prestataires de soins. Comme on pouvait s'y attendre, ils s'abstiennent de préciser si ce plafonnement des revenus concerne également les gestionnaires et les directeurs. Dans ce modèle, une partie des honoraires sera affectée à un fonds qualité qui ne serait pas cogéré par les médecins comme dans l'étude 229 du KCE.

Ces déclarations de Zorgnet Vlaanderen ont fait réagir le soussigné dans un article paru sur Mediquality, où il n'a pas hésité à paraphraser le titre du manifeste en employant la formule « Together we raid »⁶¹.

Par la voix de son directeur général adjoint, Santhea – la plus importante coupole francophone d'hôpitaux – a également fait des propositions qui vont encore plus loin que celles du KCE : Michel MAHAUX, le directeur-adjoint de l'institution s'est entretenu avec le Dr J.-L. DEMEERE à plusieurs occasions⁶². Il a étalé dans la presse, et durant des symposiums, une solution basée sur trois piliers, tout en oubliant cela dit d'estimer les coûts de l'implémentation de cette vision, qui semble surtout partir du constat que tous les problèmes de financement des hôpitaux publics wallons sont essentiellement dus à ce que les médecins spécialistes perçoivent trop d'honoraires. C'est pourquoi ils préconisent :

- « *la fin des honoraires à l'acte et le financement sur base d'une répartition des moyens en fonction de l'activité justifiée de chacun* ». On travaillerait par un système de points, qui seraient ensuite convertis en rémunération attribuées en fonction de l'activité justifiée de chacun ;
- l'intégration du médecin hospitalier au processus de décision ;
- la garantie de qualité par un système d'accréditation des services et une publicité autour de ces accréditations.

Une certaine classe politique marche main dans la main avec les associations de directeurs d'hôpitaux et plaide pour une vision échelonnée de la médecine, voire s'acharne comme le groupe Etopia, émanation d'Ecolo-Groen, qui a invité le 17.03.2014 le Prof. Lieven ANNEMANS à présenter son nouveau livre ; « *De prijs van uw gezondheid* » (« Le prix de votre santé »). Dans ce livre, l'auteur s'appuie sur des exemples pour démontrer qu'il faut changer le système de soins belges en dépit du fait qu'il soit meilleur que celui des pays voisins. Il est accompagné par Peter DEGADT, administrateur délégué de Zorgnet Vlaanderen, pour mettre l'accent sur le nombre de lits d'hôpitaux en excès, et par le Prof. Pierre GILLET, président du KCE, qui a pris comme modèle le bassin de soins formé autour du Centre hospitalier universitaire de Liège, où il est le médecin en chef.

Le GBS n'est pas resté inactif et continuera à dénoncer et à s'opposer à l'industrialisation de la médecine. Il est prêt à participer à la concertation de manière constructive, et à s'investir dans le débat pour défendre la position des médecins spécialistes dans et hors de l'hôpital, car la réforme telle qu'elle est proposée par le KCE ou développée par les associations de gestionnaires d'hôpitaux est un véritable tsunami pour la médecine spécialisée extrahospitalière qu'ils veulent exterminer. Le Dr J.-L. DEMEERE a participé à des panels de discussion lors de symposiums et de journées d'étude, notamment à l'ULB-Erasme le 06.06.2014, à la clinique St-Elisabeth à Uccle le 02.12.2014, et à l'A.Z. Groeninge à Courtrai le 09.12.2014.

Pour défendre la place des médecins spécialistes dans cette réforme, le GBS se tient prêt à élargir le dialogue, et à participer à l'ajustement du système actuel, qui, malgré ses défauts, remplit ses objectifs en matière de santé publique et de coût parfois nettement mieux qu'un système *all-in* par lequel certains souhaiteraient le remplacer.

⁶¹ L'intervention du Dr M. MOENS est disponible sur le site de Mediquality à l'adresse suivante : <https://www.mediquality.net/fr/web/MediQuality/-/-together-we-raid-bijdrage-dr-marc-moens->

⁶² « Les attentes et inquiétudes de santhea ». *Le Journal du Médecin*, 05.09.2014.

Si l'on s'en tient à la lettre de la feuille de route, les deux dernières étapes, à savoir la validation de la réforme et son implémentation progressive, seront lancées à partir de l'année 2015. La feuille de route prévoit la fin des ajustements du nouveau modèle pour 2017. Le GBS est convaincu que la nouvelle ministre de la Santé, Maggie DE BLOCK, a conscience des enjeux, et même si elle aura les coudées franches pour mener à bien ce chantier de la réforme du financement du système de soins, elle agira avec pragmatisme, et dans le respect de la concertation.

3.2 La situation financière du secteur hospitalier est de plus en plus préoccupante, ce qui n'empêche pas leurs directions « d'avoir une brique dans le ventre »

Les directeurs d'hôpitaux et les associations qui les représentent seraient-ils poussés par leur banquier à précipiter la réforme du financement des hôpitaux ? Il y a lieu de se poser la question qui était sur le bout des lèvres des participants à la présentation des résultats de l'étude MAHA 2013, le 2 octobre 2014.

Les analystes de Belfius titrent sur une augmentation spectaculaire des investissements⁶³. Cette augmentation est certes spectaculaire, mais aussi inquiétante, dans la mesure où le financement des infrastructures hospitalières est désormais tombé dans l'escarcelle des régions qui seront désormais en charge de l'attribution de subsides d'investissement alors que leurs budgets sont de plus en plus serrés⁶⁴.

Ainsi, nous espérons qu'il y a eu concertation entre les autorités budgétaires des différents niveaux de pouvoir pour garantir ces investissements après les transferts de compétence aux entités fédérées. Malgré les efforts des médecins, les coûts salariaux ne sont pas contenus. La faute en revient à un système barémique qui accorde automatiquement des augmentations à un cadre vieillissant.

Force est de constater que 40 % des hôpitaux termineront l'année en déficit, et que les hôpitaux généraux dans leur ensemble arrivent à peine à l'équilibre budgétaire, ce qui renforce l'idée de Zorgnet Vlaanderen selon laquelle l'enquête MAHA est révélatrice du besoin de revoir au plus vite le modèle en adoptant un nouveau cadre conceptuel centré sur le patient.

Le Dr J.-L. DEMEERE est d'avis contraire ; il estime que les gestionnaires d'hôpitaux ne sont pas prêts à gérer un financement et qu'ils hésitent à mettre en place un nouveau financement centré sur le patient plutôt que sur la prestation. S'ils sont théoriquement en faveur d'un financement forfaitaire par pathologie et de l'abandon du mécanisme de financement de l'hôpital par rétrocession d'honoraires des médecins, ils sont moins enthousiastes quant aux effets qu'aurait l'introduction d'un nouveau financement sur les résultats financiers de leur hôpital. D'autant plus que, comme le souligne le Dr J.-L. DEMEERE, la dernière étude MAHA montre que certains hôpitaux seraient en faillite virtuelle et qu'ils ne peuvent réduire leur activité, car ils viennent d'investir plus de 1,6 milliards d'euros⁶⁵.

Seraient-ils aptes à gérer un financement autrement que généré en grande partie par les retenues sur honoraires ? Le Dr J.-L. DEMEERE n'en est pas convaincu. Ce manque d'enthousiasme d'une bonne partie des directeurs d'hôpitaux est compréhensible : en moyenne, 40,9 %⁶⁶ du chiffre d'affaires des hôpitaux provient des retenues sur les honoraires des médecins. Revoir une partie aussi importante des flux financiers en utilisant le patient comme marqueur de coût plutôt que les prestations médicales, risque de mettre davantage en péril le financement de certains hôpitaux.

⁶³ Belfius, Analyse sectorielle des hôpitaux généraux sur base du modèle MAHA; 02.10.2014. Le secteur hospitalier aura investi en 2013 1,6 milliards d'euros, soit une croissance de 29,5 % par rapport à 2012.

⁶⁴ « Les finances des hôpitaux sont malades ». *L'Echo*, 02.10.2014.

⁶⁵ « Les hôpitaux ont investi 5 milliards en 4 ans ». *Le Spécialiste*, 08.10.2014.

⁶⁶ Belfius, Analyse sectorielle des hôpitaux généraux sur base du modèle MAHA ; 02.10.2014.

3.3 Le *think tank* du GBS, et l'avis des membres : exprimez-vous !

Le GBS a constitué un *think tank*, non seulement pour suivre attentivement les décisions prises par le gouvernement mais surtout pour proposer d'autres solutions afin de défendre les intérêts particuliers des spécialistes.

Le *think tank* s'est réuni à trois reprises en 2013. Ses conclusions ont servi de document de référence pour notamment définir la position du GBS quant à l'avenir du financement des hôpitaux, et a servi de base à la réponse du GBS au KCE.

À la suite des réactions issues des propositions de réformes publiées dans l'étude 229 du KCE, le GBS a envoyé des invitations à un *think tank* qui sera appelé à se réunir dès le 19 février 2015.

En raison des conséquences d'une réforme du financement des hôpitaux, le GBS donne également la parole à ses membres. En collaboration avec la rédaction du journal « Le Spécialiste », le GBS a élaboré une enquête dont les résultats paraîtront en ligne dans un numéro de mars 2015 du bimensuel⁶⁷.

⁶⁷Vous pouvez participer à l'enquête en ligne du spécialiste en collaboration avec le GBS en cliquant sur le lien suivant : <http://enquete.lespecialiste.be/> jusque mi-février 2015.

4 Politique

4.1 Introduction

Il n'y a visiblement aucun remède contre l'augmentation du nombre de pages du Moniteur belge et il semble qu'aucune élection ne soit jamais suivie d'une formation de gouvernement. Nous sommes passés de 104 172 pages en 2013 à 107 270 pages en 2014, soit une croissance de 2,97 %. Depuis 1990, année lors de laquelle j'ai commencé à rédiger les rapports annuels (avec pour référence l'année 1989), le nombre de pages annuel au Moniteur belge a augmenté de 495,8 %, soit une croissance cumulée annuelle moyenne de 6,61 %.

Nombre de pages du Moniteur belge

Année	Nombre de pages	Augmentation par rapport à l'année précédente (%)	Augmentation cumulée 1989 = 100
1989	21.634	-	100,0
1990	24.732	+14,3	114,3
1991	30.176	+8,8	139,5
1992	28.212	- 6,5	130,4
1993	29.614	+5,0	136,9
1994	32.922	+11,2	152,2
1995	37.458	+13,8	173,1
1996	32.701	- 12,7	151,2
1997	35.508	+8,6	164,1
1998	42.444	+19,5	196,2
1999	50.560	+19,1	233,7
2000	43.680	- 13,6	201,9
2001	45.768	+5,1	211,6
2002	59.196	+29,3	273,6
2003	62.806	+6,1	290,3
2004	87.430	+39,2	404,1
2005	57.756	- 33,9	267,0
2006	76.486	+32,4	353,5
2007	66.290	-13,3	306,4
2008	69.359	+4,63	320,6
2009	83.000	+19,7	383,7
2010	83.678	+0,8	386,8
2011	81.964	-2,05	378,9
2012	89.084	+8,7	411,8
2013	104.172	+16,94	481,5
2014	107.270	+2,97	495,8

Source : Moniteur belge, http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech_f.htm

Tableau 1

En ce qui concerne la législation médicale, l'édition du 8 août fut la plus chargée de l'année 2014 :

- Sept arrêtés royaux en date du 25.04.2014 relatifs aux maladies rares⁶⁸ ;
- Sept arrêtés royaux en date du 25.04.2014 sur l'appareillage médical lourd dans les hôpitaux et sur l'installation d'un tomographe numérique (CT) ; d'un tomographe numérique à émission de photons simples en combinaison avec tomographe numérique (SPECT-CT) ; d'un tomographe par émission de positrons (PET) ; d'un tomographe numérique en combinaison avec tomographe par émission de positrons (PET-CT) ; d'un tomographe par émission de positrons en combinaison avec le tomographe à résonance magnétique (PET - RMN) ; d'un tomographe à résonance magnétique (RMN), y compris le tomographe à résonance magnétique « extremity only » et des appareils de radiothérapie à émission de photons, de protons, d'électrons ou de ions hadron⁶⁹ ;
- Cinq arrêtés royaux en date du 19.04.2014 relatifs aux soins de l'accident vasculaire cérébral (AVC)⁷⁰ ;

⁶⁸ MB 08.08.2014, pages 57875-57887.

⁶⁹ MB 08.08.2014 pages 57888-57896.

⁷⁰ MB 08.08.2014 pages 57896-57906.

- Un arrêté royal du 25.04.2014 modifiant l'arrêté royal du 15 décembre 1987 portant exécution des articles 13 à 17 inclus de la loi sur les hôpitaux, coordonnée par l'arrêté royal du 7 août 1987 ; en d'autres termes : davantage d'obligations administratives pour le médecin-chef et davantage de contrôle sur les médecins hospitaliers, entre autres à travers l'organisation d'un audit médical ciblé⁷¹ ;
- Huit arrêtés ministériels en date du 22.04.2014 relatifs aux compétences supplémentaires en kinésithérapie⁷² (kinésithérapie pédiatrique, rééducation périnatale et du bassin, kinésithérapie neurologique, thérapie manuelle, kinésithérapie cardiovasculaire et respiratoire) ;
- Et – en guise de dessert – le protocole d'accord « Plan VHC »⁷³.

À la veille de mon congé estival, ce ne fut pas une mince affaire. Nous faisons donc encore abstraction d'un élément de la loi⁷⁴ portant assentiment à la Convention du travail maritime de 2006, dans lequel des prescriptions et guidelines décrivent à quoi doit ressembler le certificat médical d'un marin afin de garantir qu'il est médicalement apte à remplir ses tâches en mer et qu'il dispose de soins médicaux aussi bien en mer qu'à terre.

4.2 Plateforme eHealth

Des 37 mentions de lois portant des dispositions diverses dans le Moniteur Belge de 2014, c'est surtout celle du 10.04.2014 portant les dispositions diverses en matière de santé⁷⁵ qui a retenu notre attention. Elle contient en effet des modifications au système des montants de référence pour les hôpitaux, le financement des préposés pour le système unifié dans l'organisation d'un service de garde de généralistes et une modification importante au fonctionnement de la plateforme eHealth.

Dans la loi originelle du 21.08.2008 relative à la création et à l'organisation de la plateforme eHealth⁷⁶, une ASBL devait être créée avec l'INAMI, les organismes assureurs et les associations de prestataires de soins et les institutions de soins. L'ASBL devait servir à : « appuyer la promotion de la qualité de la pratique médicale et des instances chargées de cette mission par l'organisation de l'échange de données cliniques. » Mais cette ASBL n'a jamais vu le jour en raison de l'inflexibilité et de la tyrannie des mutualités.

Au chapitre 2 de la loi du 10.04.2014 portant des dispositions diverses en matière de santé, le « Comité de concertation des utilisateurs » a été créé ; celui-ci doit assister le Comité de gestion de la plateforme eHealth dans l'accomplissement de ses missions. Le comité s'occupe de tout un éventail de missions, telles que l'organisation des flux de données électroniques pour la collecte, le traitement et la mise à disposition de données cliniques dans le cadre de l'INAMI, l'organisation des registres relatifs à différents domaines cliniques et l'obtention et la mise à disposition de données codées et anonymes au Centre fédéral d'expertise des soins de santé et aux institutions scientifiques.

Les missions du « Comité de concertation des utilisateurs » restent subordonnées aux compétences du Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé.

Ce comité sectoriel est constitué au sein de la Commission vie privée^{77,78}. Il est composé pour moitié de membres de la Commission vie privée et pour moitié d'experts du secteur. La Commission vie privée est

⁷¹ MB 08.08.2014 pages 57906-57908.

⁷² MB 08.08.2014 pages 57908-57925.

⁷³ MB 08.08.2014 pages 57926-57940.

⁷⁴ Loi du 17.08.2013 portant assentiment à la Convention du travail maritime, adoptée à Genève le 23 février 2006 par la Conférence internationale du Travail à sa 94^e session (MB 08.08.2014; pages 57762 – 57870).

⁷⁵ Loi du 10.04.2014 portant les dispositions diverses en matière de santé (M.B. 30.04.2014).

⁷⁶ Article 37 de la loi du 21.08.2008 relative à l'institution et à l'organisation de la plate-forme eHealth (MB 13.10.2008)

⁷⁷ Loi du 08.12.1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel (MB 18.03.1993).

⁷⁸ Article 31bis de la « loi modifiant la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel et la loi du 15 janvier 1990 relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-Carrefour de la sécurité sociale en vue d'aménager le statut et d'étendre les compétences de la Commission de la protection de la vie privée. » (MB 26.06.2003; éd. 1).

instituée en tant qu'organe de contrôle indépendant auprès de la Chambre des représentants depuis le 1^{er} janvier 2004.

M. Frank ROBBEN, administrateur général de la Banque Carrefour de la sécurité sociale, directeur général de la plateforme eHealth et CEO de l'entreprise gouvernementale d'information Smals⁷⁹, est également membre de la Commission vie privée et membre avec voix consultative du Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé. Le cumul de ces fonctions n'est pas apprécié par tous. Un certain nombre de médecins craignent en effet que cela ne mette en péril le secret médical. Il doit principalement faire face à une opposition politique du côté francophone de par son statut de Flamand (pourtant parfaitement bilingue) avec une étiquette CD&V. Les fournisseurs de logiciels médicaux le considèrent comme un concurrent déloyal qui utilise les potentialités de l'entreprise gouvernementale Smals contre eux pour les écarter du marché, en particulier en ce qui concerne les packages pour les médecins généralistes, et pour imposer aux médecins belges un package unique. Selon moi, il ne recherche que la qualité, et ce à juste titre. Et elle n'est pas toujours au rendez-vous chez certains distributeurs de logiciels.

Par ailleurs, le secteur privé dispose encore de possibilités commerciales sur le marché de la médecine spécialisée. L'accord médico-mut du 22.12.2014 prévoit au point 6.6.2 pour la première fois un accord pour l'informatique chez les spécialistes⁸⁰ (voir point 6.11).

Il est regrettable qu'un « flou artistique » règne encore en ce qui concerne les signatures électroniques dans le secteur médical. En effet, il manque toujours un arrêté d'exécution qui rendrait définitivement légales les prescriptions électroniques de médicaments, de biologie clinique, d'imagerie médicale et de bien d'autres prestations plutôt que de simplement les « tolérer » comme c'est actuellement le cas.

4.3 Poker politique

Les élections du 25 mai 2014 ont livré la formation d'un gouvernement inédit. Au niveau fédéral, Charles MICHEL (MR) devient le plus jeune premier ministre de l'histoire (né à Namur, le 21 décembre 1975) et le premier ministre libéral francophone en 77 ans, depuis Paul-Emile JANSON en 1937 (novembre 1937 - mai 1938) et les socialistes ont été écartés du gouvernement. L'opposition a qualifié ce gouvernement de « kamikaze » et a dans la foulée organisé une série de grèves et de manifestations à l'automne 2014 espérant par là faire de leurs vœux pieux une réalité.

Autre nouveauté en Belgique, le gouvernement fédéral n'est plus un patchwork d'opinions politiques mais un gouvernement dont l'idéologie crée un fossé entre elle et l'opposition.

Maggie DE BLOCK dirigera au cours des cinq prochaines années aussi bien la Santé publique que les Affaires sociales. Elle est la première libérale à obtenir la Santé publique dans un gouvernement fédéral et le premier médecin ministre de la Santé publique depuis Albert MARTEAUX, membre du Parti communiste de Belgique entre 1944 et 1946.

En tant que responsable (adjoint) du KCE⁸¹ entre 2010 et 2011, j'y ai fait la connaissance de Maggie DE BLOCK – avant qu'elle n'obtienne le poste de secrétaire d'État à l'Asile, à l'Immigration et à l'Intégration sociale au sein du gouvernement DI RUPO. C'était une *backbencher*, véritable dévoreuse de dossiers qui émettait des commentaires spontanés, honnêtes et simples au sujet des raisonnements parfois sinueux qui circulaient au conseil d'administration du KCE pour relier la science à l'idéologie des intervenants. Après son départ du KCE, son approche de bon sens m'a manqué.

⁷⁹ Smals soutient et encadre le programme d'e-government du secteur social et du secteur des soins de santé. Les services ICT offerts vont du développement de software, de l'installation du hardware adéquat jusqu'à la mise à disposition de personnel spécialisé.

⁸⁰ 6.2.2. Une prime de télémédecine annuelle à concurrence de 500 euros est octroyée aux médecins spécialistes entièrement conventionnés et qui participent activement à l'enregistrement de données médicales concernant les projets fixés par la CNMM (safe, orthopédie, qermid, diabète, etc.). La CNMM fixera les conditions d'octroi concrètes pour le 30 juin 2015.

⁸¹ Centre fédéral d'expertise des soins de santé.

En tant que secrétaire d'État, elle a d'abord été calomniée puis rapidement aimée, populaire, voire presque adorée. En février 2012, elle figurait encore à la quinzième place sur la liste des politiciens les plus populaires ; en mars 2013, elle était à la troisième place en Flandre, après Bart DE WEVER et Kris PEETERS. En mars 2014, à la veille de la « mère de toutes les élections », elle était la figure politique la plus populaire du pays⁸². Aujourd'hui, elle vole même la vedette à Charles MICHEL dans la presse francophone⁸³.

Comme l'a déclaré Maggie DE BLOCK au début de sa prise de fonction en tant que secrétaire d'État au sujet de la politique d'asile et d'immigration : « *Il m'est impossible de proposer en sept semaines une solution cohérente à ces échecs collectifs qui durent depuis des années* »⁸⁴. De même, elle ne pouvait pas non plus apporter en sept semaines une solution au sempiternel dossier pourrissant depuis plus de 17 ans du numerus clausus en Belgique francophone, *a fortiori* face aux apparatchiks du parti socialiste francophone, loin d'être dignes de confiance. Mais peut-être qu'une solution se profile déjà? (cf. point 4.6.5).

Là où Laurette ONKELINX a ignoré ou laissé pourrir le dossier Ebola pendant plus de sept mois – il y avait en effet des choses plus importantes à faire, notamment mener la campagne du PS au sud de la frontière linguistique – Maggie DE BLOCK est parvenue en sept semaines à rassurer la population et à désigner un commissaire Ebola – notre consœur Erika VLIEGHE, chef du service médecine tropicale de l'hôpital universitaire d'Anvers – qui a mis en place une stratégie solide.

4.4 Début de la 51^e année INAMI

Le 30.01.2014 fut le point culminant de la 50^e année d'existence de l'INAMI. En présence du roi Philippe et d'une série de ministres et d'ex-ministres, principalement socialistes – depuis que Jean-Luc DEHAENE a quitté sa fonction de ministre des Affaires sociales et de la Santé publique en 1988, l'INAMI est tombé, jusqu'en octobre 2014, sous la compétence des excellences socialistes francophones, avec une pause de quatre ans pour le socialiste flamand Frank VANDENBROUCKE (1999 – 2003) –, plusieurs orateurs éminents ont fait part de leur vision. Étonnamment, la secrétaire d'État Maggie DE BLOCK était présente, même si elle n'était pas officiellement invitée. Elle avait donc, déjà en janvier 2014, clairement des vues sur le poste de ministre des Affaires sociales et de la Santé publique.

D'autres confrères présents de ma génération et moi-même avons le sentiment de nous être trompés pendant toute notre carrière. La médecine collective gratuite pour le peuple n'était en effet pas encore devenue une réalité et la Belgique n'avait pas encore mis en place de système gouvernemental de soins de santé à l'image du National Health Service britannique. Peut-être que la secrétaire d'État Maggie DE BLOCK a eu le même sentiment et que cela l'a d'autant plus motivée à renverser radicalement la vapeur.

Elle se rendait alors peut-être compte que l'impact économique de la santé publique est considérable. Une hausse de 100 € dans la santé publique va de pair avec une hausse de 145 € dans la production totale de l'économie globale. Les soins de santé et l'action sociale sont devenus une activité économique centrale importante. Leur part dans le PNB est passée de 3,2 % en 1970 à 7,8 % en 2012⁸⁵.

Mais depuis 1970, les dépenses publiques par habitant pour la santé publique ont plus que quadruplé en termes réels, ce qui est en discordance avec le PNB, qui n'a crû que de 2,9 % à 7,9 % sur la même période.

Cette hausse s'explique en partie par la forte hausse de la part du secteur d'activités santé et de l'action sociale sur le marché de l'emploi qui, entre 1970 et 2001, est passée de 2,7 % à 12 % et a été plus importante que les opportunités professionnelles dans l'industrie. Entre 1970 et 2012, la valeur ajoutée du secteur d'activités soins

⁸² « *Buitengewoon Maggie De Block* ». Marijke Libert. Manteau, 2014, p. 154.

⁸³ Entre autres, dans lavenir.net 01.02.2015.

⁸⁴ « *Buitengewoon Maggie De Block* ». Marijke Libert. Manteau, 2014, p. 140.

⁸⁵ « La signification sociale des soins de santé ». Janvier 2014 ; Karel Van den Bosch, Peter Willemé ; Bureau fédéral du Plan, Avenue des Arts 47-49, 1000 Bruxelles contact@plan.be, <http://www.plan.be> - Institut national d'assurance maladie-invalidité, Avenue de Tervueren 211, 1150 Bruxelles communication@inami.fgov.be, <http://www.inami.be>.

de santé et l'action sociale a connu en volume une croissance de 3,5 % par an⁸⁶ ; la part du secteur santé et action sociale dans le PNB est passée de 3,2 % en 1970 à 7,8 % en 2012.

Et, en guise de consolation, le public de médecins déçus a appris pendant le congrès et l'exposition(s) connexe(s) de l'INAMI (d'ailleurs très bien organisés) que l'espérance de vie en Belgique a augmenté de 8,9 ans chez les hommes et de 8,2 ans chez les femmes entre 1970 et 2010, et que ce chiffre est principalement imputable au secteur des soins de santé grâce auquel l'espérance de vie a augmenté de 5,9 ans (66 % du total) pour les hommes, et de 4,5 ans (55 % du total) pour les femmes. La plus forte hausse de l'espérance de vie a été enregistrée par les pédiatres et médecins généralistes dans les années 1950 et 1960 en raison de la baisse des décès évitables chez les enfants au cours de leur première année de vie.

Côté points faibles, il a été indiqué qu'aucune enquête approfondie n'était disponible concernant les impacts sociaux des contributions propres au financement de la santé publique. Les contributions propres pour la santé ont été qualifiées de catastrophiques étant donné qu'elles empêchent leur utilisation à d'autres fins commercialement plus rentables. Une enquête indique que 6 % des 50 ans et plus en Belgique sont confrontés à des contributions propres pour leur santé représentant plus de 10 % de leurs revenus. Dans le quintile des revenus les plus bas, cela atteindrait 21 %, ce qui serait considérablement plus élevé que dans nos pays voisins.⁸⁷

La ministre Maggie DE BLOCK accordera à juste titre une attention particulière à l'efficacité des soins. L'un de ses collaborateurs, Briec VAN DAMME, a écrit à ce sujet : « *Dans la foulée de la citation bien connue de Karl Popper⁸⁸ "Optimism is a moral duty", on peut également affirmer que l'efficacité, elle aussi, est un devoir moral.* »⁸⁹ Oui, nous médecins pouvons agréer, pour autant qu'ils fassent passer les aspects humains avant une froide approche commerciale.

4.5 Protocole d'accord Imagerie médicale

4.5.1 Introduction

Année après année, l'enveloppe des dépenses en imagerie médicale est mise à mal, soit pour y réaliser de pures économies, soit parce que le budget serré était dépassé, ou menaçait d'être dépassé. On stigmatise systématiquement le (trop) grand nombre d'examens CT⁹⁰ réalisés en Belgique (par rapport à la moyenne européenne) et le (trop) faible nombre d'examens IRM⁹¹. L'explication est sous nos yeux. L'acquisition de scanners CT n'est pas soumise à une programmation de telle sorte que, s'ils sont placés dans un hôpital, ils peuvent être librement acquis et utilisés, contrairement aux appareils RMN, pour lesquels une programmation en tant qu'appareillage médical lourd est d'application. Depuis des années déjà, les radiologues sont demandeurs d'une programmation plus réaliste des IRM, mais pour des raisons budgétaires, cela n'a jamais été placé à l'agenda politique.

Parallèlement et de manière très similaire, les spécialistes en médecine nucléaire ont demandé l'extension de la programmation PET⁹², étant donné que la Belgique, ici aussi, est désespérément en retard sur les pays voisins. La section programmation du Conseil National des Établissements Hospitaliers s'était également exprimée à plusieurs reprises pour une extension du nombre d'appareils PET et IRM⁹³.

En 2013, le cabinet de la ministre Laurette ONKELINX avait pris l'initiative d'entamer les discussions, dans

⁸⁶ Selon les chiffres des comptes nationaux.

⁸⁷ Discours d'Hendrik Bogaert, Commissaire au Plan. Séance académique 50 ans de l'INAMI. 30.01.2014.

⁸⁸ Philosophe anglo-autrichien qui est généralement considéré comme l'un des plus grands philosophes scientifiques du XX^e siècle.

⁸⁹ « La bourse ou la vie ? Plaidoyer pour plus d'analyses coût/efficacité dans les soins de santé belges ». Institut Itinera ; Lieven ANNEMANS et Briec VAN DAMME, Septembre 2011.

⁹⁰ CT- scan: tomographie axiale calculée par ordinateur.

⁹¹ IMR : Imagerie par résonance magnétique nucléaire, aussi appelée [résonance magnétique nucléaire](#) (RMN).

⁹² PET: tomoscintigraphie par émission de positons.

⁹³ 2013 05 16 - CNEH/D/422-2 – Avis concernant l'imagerie médicale - 2013 03 14 - CNEH/D/423-4 Avis du CNEH concernant la programmation, l'agrément et le financement du PET-scan.

un cadre budgétaire strict, afin de déterminer si une adaptation de la programmation pour ce type d'appareils était possible.

La sixième réforme de l'État a cependant entraîné des problèmes supplémentaires inattendus. Le chapitre santé publique de la sixième réforme de l'État prévoit un transfert partiel du Budget des Moyens Financiers (BMF), à savoir la sous-partie A3, vers les communautés. Cette sous-partie englobe le financement de l'investissement de l'appareillage médical lourd (programmé), dont font partie les PET et les IRM. Une extension de la programmation va entraîner une augmentation du nombre d'appareils, qui doivent être financés et qui relèvent donc également, à partir de 2015, de la responsabilité des communautés. En d'autres termes : les communautés ont dû prendre part aux négociations, ce qui n'a pas facilité la tâche.

La présence d'appareils « noirs », placés en dehors de toute programmation, mais tolérés depuis des années, constituait un problème supplémentaire. La répartition asymétrique de ces appareils « noirs » (principalement PET) était particulièrement problématique du côté flamand. Après des négociations dans les groupes de travail intercabinets sans fin pendant plus d'un an, un protocole d'accord a finalement été signé le 24 février 2014 sous la pression du cabinet ONKELINX.⁹⁴

Ce protocole d'accord comprend quatre volets :

4.5.2 Extension du nombre d'appareils IRM

Il est convenu que le nombre actuel d'appareils agréés (109) est augmenté de 24, et ce dans le cadre budgétaire actuel. Cela ne peut se faire qu'en cas de substitution des examens CT par les IRM. À l'automne 2014, on a constaté que la marge du budget de l'imagerie médicale était suffisante pour mettre en œuvre l'élargissement, et l'extension a pu être concrétisée pour le 1er janvier 2015. Cependant, dans le protocole d'accord, il avait été convenu d'une correction de la répartition géographique et d'une installation des 12 nouveaux appareils exclusivement dans des hôpitaux qui pour l'heure ne disposent pas encore d'appareil IRM. Cinq appareils ont été attribués à la Wallonie, sept à la Flandre et aucun appareil supplémentaire n'a été prévu dans la région de Bruxelles-Capitale. Il relève de la responsabilité des communautés de rédiger les critères d'agrément et d'agréer les nouveaux appareils. Pour l'instant, cela n'a pas encore été fait. Les critères peuvent différer de communauté à communauté !

Étant donné qu'une augmentation du nombre d'appareils IRM va également entraîner une hausse du budget A3 transféré, il a été convenu qu'un financement supplémentaire provenant des moyens financiers nationaux serait prévu.

Lorsque les douze appareils auront été installés, une évaluation sur une période de deux ans sera réalisée dans le but d'établir s'il est possible et souhaitable d'étendre davantage cette programmation, mais toujours dans les limites du cadre budgétaire.

Remarque importante : ce protocole d'accord a été signé le 24 février 2014 mais n'a été publié que le 20 juin 2014. Le 7 mai 2014, la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale a agréé, avec effet rétroactif au 17 octobre 2007, un appareil IRM supplémentaire sur son territoire⁹⁵. La politique dans toute sa splendeur...ou est-ce tout simplement propre à la Belgique ? La découverte de cette magouille a été tardive et n'a suscité de l'indignation que dans la presse flamande⁹⁶.

4.5.3 Extension du nombre d'appareils PET

Étant donné que pour les PET, il n'est pas question de substitution, il sera bel et bien question d'une dépense supplémentaire s'il y a extension de sa programmation. Afin de limiter au mieux cette dépense, il a été convenu que le nombre d'examens remboursés par l'assurance maladie serait limité pour chaque appareil, sans qu'il ne soit question d'un moratoire absolu ne pouvant être dépassé. Les hôpitaux universitaires ont également la

⁹⁴ MB 20.06.2014.

⁹⁵ Cette décision a été subrepticement introduite dans l'article 50 de la loi portant des dispositions diverses en matière de santé du 10.04.2014 dans les derniers jours du gouvernement Di Rupo (MB 30.04.2014).

⁹⁶ « *Zwarte scanners toch in stilte erkend* », *De Standaard*, 06.01.2015.

possibilité d'acquérir un deuxième appareil, en partie pour la recherche scientifique et en partie pour les prestations cliniques. Le nombre d'appareils PET passe de 13 à 24. Cela permet à la Wallonie de régulariser les trois appareils actuellement non agréés. En Flandre, six appareils supplémentaires peuvent être installés (à l'heure actuelle, un appareil n'est pas agréé). À Bruxelles, les trois appareils non agréés sont remplacés par un appareil agréé. Ici aussi devrait intervenir une correction sur base géographique. Contrairement à la programmation IRM, l'extension n'est pas prévue avant le 1^{er} janvier 2016, ce qui laisse donc quelques mois aux communautés pour rédiger leurs critères d'agrément. Le Conseil Technique Médical et le Conseil Technique des Radio-isotopes de l'INAMI ont entretemps entrepris toutes les démarches nécessaires pour une adaptation de la nomenclature, qui prendra également cours le 1^{er} janvier 2016.

4.5.4 Moratoire et registre de l'imagerie médicale

Afin d'éviter l'installation et l'exploitation d'appareils non agréés, il a également été décidé de créer un registre (cadastre) de l'appareillage médical lourd dans lequel chaque appareil vendu en Belgique sera enregistré. À cette fin, la liste des appareils qui tombent sous la dénomination « appareillage médical lourd » est étendue à tous les scanners CT, aux appareils PET, aux appareils IRM et aux appareils dits « hybrides ». Les appareils cone beam CT ne sont pas enregistrés dans ce registre⁹⁷.

Grâce à un numéro d'identification unique de l'appareil, l'on peut vérifier si un appareil est agréé ou non. Le remboursement par l'INAMI n'est autorisé que si l'appareil est agréé. À l'heure actuelle, un groupe de travail du SPF Santé Publique se penche sur la réalisation de ce registre.

Une fois que tous les appareils CT existants seront identifiés dans ce registre, entrera en vigueur un moratoire sur les appareils CT en activité selon lequel tout nouvel appareil ne pourra être installé et exploité que lorsqu'un ancien agréé sera mis hors service (au niveau national). Cette mesure permet de faciliter la substitution des appareils CT par des appareils IRM.

4.5.5 Politique de contrôle

Comme indiqué plus haut, l'INAMI vérifiera grâce au registre si les examens remboursés par l'assurance maladie sont réalisés sur un appareil agréé ou, pour les appareils PET, si le nombre d'examens annuel par appareil n'est pas dépassé. Si – et seulement si – la prestation répond aux conditions, elle pourra être remboursée.

Cependant, toutes les autres instances auront également accès au registre pour assurer l'application de la politique de contrôle (entre autres les communautés, qui peuvent procéder à la mise hors service d'appareils non agréés).

Ainsi, il devrait être impossible d'exploiter en Belgique des appareils qui n'auraient pas été agréés, y compris ceux pour lesquels aucun examen n'est porté en compte de l'assurance maladie.

Les arrêtés d'exécution de ce protocole d'accord ont été promulgués sous la forme de six arrêtés royaux distincts le 25 avril 2014 et ont été publiés au Moniteur belge le 8 août 2014 (voir point [4.1.](#)).

4.6 Numerus clausus

4.6.1 La genèse du problème

La loi du 29 avril 1996 a institué la Commission de planification⁹⁸, qui a pour tâche de décider du nombre de médecins ayant annuellement accès soit à une formation de médecin généraliste, soit à une formation de médecin spécialiste. Le premier arrêté d'exécution qui fixe son fonctionnement et sa composition date du

⁹⁷ Les appareils cone beam CT sont principalement utilisés en stomatologie, ORL et orthopédie. Ils génèrent une exposition au rayonnement bien plus basse que les appareils CT classiques.

⁹⁸ Art 169 à 173 de la Loi du 29.04.1996: création de la Commission de planification - offre médicale (MB 30.04.1996).

02.07.1996⁹⁹ mais a été adapté à plusieurs reprises, entre autres le 12 juin 2008¹⁰⁰ pour définir le nombre de médecins pouvant bénéficier d'un numéro INAMI.

Dans le but d'ajuster le nombre d'étudiants qui sortent des facultés de médecine au nombre de places de formation complémentaire disponibles, les universités de la Communauté flamande ont d'emblée mis en place un examen d'entrée aux études de médecine. Après avoir essayé et abrogé différentes méthodes de contingentement, la Communauté française a préféré instaurer une sélection à la fin de la première année d'études plutôt qu'organiser un examen ou un concours d'entrée préalable à cette année d'études « afin d'éviter que les étudiants issus des meilleurs établissements d'enseignement secondaire n'occupent la plus grande part des places disponibles, ce qui aurait nui à la démocratisation de l'accès à l'enseignement supérieur »¹⁰¹. En 2008 suite à des actions en justice, des étudiants s'estimant lésés ont obtenu un accès entièrement libre aux études de médecine.

Les étudiants se sont alors rués sur les études de médecine ; le nombre de médecins inscrits en première année est passé de 1.914 pour l'année académique 2008-2009 à 3.438 pour l'année académique 2012-2013, soit une augmentation de 80 %. Selon une information en provenance des doyens des facultés de médecine, le nombre d'inscrits en 1^{ère} année aurait connu une baisse de 10 % pour l'année académique 2013-2014.

4.6.2 La situation devient « INAMI-ssible... »

Au fil des années, les médecins nouvellement diplômés ont été plus nombreux que ne l'autorisait l'A.R sur le contingentement. Jusqu'en 2014, les universités francophones ont délivré un nombre de numéros INAMI supérieur aux quotas édictés par les chiffres de l'A.R. susmentionné, ce qu'il autorisait, pour autant que les quotas définis soient respectés dans leur globalité pour 2018 au plus tard. Ainsi, pour les universités relevant de la Fédération Wallonie-Bruxelles, l'A.R du 12 juin 2008 prévoit d'attribuer un numéro INAMI à 410 médecins diplômés en 2014 et à 492 médecins pour chacune des années de 2015 à 2018. Pour les universités relevant de la Communauté flamande, ce nombre a été fixé à 615 pour l'année 2014 et à 738 pour les années 2015 à 2018 (cf. tableaux 2 et 3).

ANNÉE	MÉDECINS*			MÉDECINS GÉNÉRALISTES **			SPÉCIALISTES
	Belgique	Flandre	Communauté française	Belgique	Flandre	Communauté française	
2008	757	454	303	300	180	120	Aucun minima fixé sauf pour les spécialités (voir tableau NC + 1)
2009	757	454	303	300	180	120	
2010	757	454	303	300	180	120	
2011	757	454	303	300	180	120	
2012	890	534	356	300	180	120	
2013	975	585	390	300	180	120	
2014	1.025	615	410	300	180	120	
2015	1.230	738	492	360	216	144	
2016	1.230	738	492	400	240	160	
2017	1.230	738	492	400	240	160	
2018	*2.460	1.476	984	800	480	320	
2019	1.230	738	492	400	240	160	
2020	1.230	738	492	400	240	160	

* Maxima

** Minima

Source : A.R. du 12.06.2008 (BS 18.06.2008) modifié par l'A.R. du 07.05.2010 (MB 11.06.2010) et l'A.R. du 01.09.2012 (MB 05.09.2012).

Tableau 2

⁹⁹ A.R. du 02.07.1996 fixant les règles relatives à la composition et au fonctionnement de la Commission de planification de l'offre médicale (MB 29.08.1996).

¹⁰⁰ AR du 12.06.2008 relatif à la planification de l'offre médicale (MB 18.06.2008; éd. 1), depuis lors adapté par les AR du 07.05.2010 (MB 11.06.2010) et du 01.09.2012 (MB 05.09.2012).

¹⁰¹ Les choix idéologiques discutables de la Communauté française, et notamment du nivellement des études universitaires, pour ne plus les réserver aux seuls privilégiés, sont détaillés dans les documents parlementaires : Doc., Parlement de la Communauté française, 2004-2005, n° 117/1, p. 7.

Année	Psychiatrie infanto-juvénile			Médecine aiguë			Médecine d'urgence			Gériatrie		
	B.	Comm. fl.	Comm. fr.	B.	Comm. fl.	Comm. fr.	B.	Comm. fl.	Comm. fr.	B.	Comm. fl.	Comm. fr.
2008	20	12	8	10	6	4	10	6	4	20	12	8
2009	20	12	8	10	6	4	10	6	4	20	12	8
2010	20	12	8	12	12	8	10	6	4	20	12	8
2011	20	12	8	12	12	8	10	6	4	20	12	8
2012	20	12	8	12	12	8	10	6	4	20	12	8
2013	20	12	8	12	12	8	10	6	4	20	12	8
2014	20	12	8	12	12	8	10	6	4	20	12	8
2015	20	12	8	12	12	8	10	6	4	20	12	8
2016	20	12	8	12	12	8	10	6	4	20	12	8
2017	20	12	8	12	12	8	10	6	4	20	12	8
2018	40	24	16	16	24	16	20	12	8	40	24	16
2019	20	12	12	12	12	8	10	6	4	20	12	8
2020	20	12	12	12	12	8	10	6	4	20	12	8

Source : A.R. 12.06.2008 (MB 18.06.2008) article 4, 4° à 11°, tel que modifié par l'A.R. du 01.09.2012 (MB 05.09.2012)

Tableau 3

Pour l'année académique 2014-2015, les universités francophones ont dû prendre la décision de ne plus délivrer d'attestations surnuméraires. Et si les quotas ne sont pas modifiés entretemps, elles se verront même obligées d'en délivrer moins que les quotas des prochaines années, et ce jusqu'en 2018 ! Défendre la liberté de choix des études et simultanément le droit d'accès à la profession est difficilement défendable dans un contexte de contingentement imposé au niveau fédéral. C'est pourtant ce pari insensé qu'a fait la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Dans les années à venir, la planification de l'offre médicale sera de plus en plus délicate et humainement compliquée en Belgique francophone. Il y a lieu de se demander si ce véritable drame humain pour des centaines d'étudiants qui ne se verraient pas attribuer de numéro INAMI n'est pas la conséquence du refus des politiciens de la Communauté française, soutenus par les doyens francophones de ne pas organiser d'examen d'entrée, ce qui aurait dû être le cas depuis au moins 15 ans.

Pire encore, ils ont abandonné le mécanisme du lissage en 2008¹⁰² à la suite de l'aboutissement de recours introduits par des étudiants francophones en médecine, ce qui fait que la situation a encore empiré. Les statistiques d'inscription en médecine montrent l'erreur commise par la Communauté française en laissant l'accès totalement libre depuis 2008 aux études de médecine, ce qui a fait exploser le nombre d'étudiants, comme le montre le tableau suivant :

Estimation de l'évolution du nombre d'étudiants en médecine en communauté française			
Année académique	1^{ère} année	Bachelor	Master
2006-2007	1732	2917	1492
2007-2008	1847	2907	1665
2008-2009	1914	3200	1792
2009-2010	2546	4108	1852
2010-2011	3230	5061	1993
2011-2012	3521	5777	2162
2012-2013	3438	6048	2431

(source: www.cref.be - Conseil des recteurs des universités francophones de Belgique)

Tableau 4

¹⁰² AR 12.06.2008 article 6, §2, 2° (modification par l'AR du 01.09.2012, MB 05.09.2012).

4.6.3 Le GBS plaide pour la mise en place d'un examen d'entrée

Le GBS est préoccupé et ému par la situation de désarroi des étudiants en médecine des universités francophones qui n'ont pas hésité à lancer des mouvements de grève pour réclamer un numéro INAMI qu'ils pourraient ne pas se voir attribuer après sept longues années de travail acharné et de sacrifices. Le 30 octobre 2014, certains étudiants médecins de l'UCL sont partis en « grève des stages »¹⁰³, devant la situation critique qui est aujourd'hui la leur, rejoints par des étudiants de l'ULB avec l'impression d'être soutenus par leurs doyens¹⁰⁴.

Il y a lieu de se demander si ces manifestations ne viennent pas à point nommé pour faire plier la ministre Maggie DE BLOCK, au risque de déplaire aux Flamands qui, grâce à la mise en place d'un examen d'entrée, ont rationalisé l'offre médicale.

L'AMSFr, l'aile francophone du GBS¹⁰⁵, a plaidé fermement pour la mise en place dans les universités francophones d'un examen d'entrée communautaire (voire national) similaire à celui qui a été mis en place dans les universités néerlandophones (en lieu et place des concours d'entrée en spécialisation en fin de maîtrise actuellement en cours), et pour la mise en place au plus vite d'un cadastre des professions médicales pour ajuster l'offre de soins.¹⁰⁶

Le doyen de l'UCL, le Prof. Dominique VANPEE, a reçu une délégation de l'AMSFr, composée des docteurs Michel LIEVENS, et du Pr. Francis HELLER, accompagnée du président du GBS, le Dr Jean-Luc DEMEERE, pour expliquer la position de bon sens du GBS.

4.6.4 Le cadastre des professions médicales

Dans l'accord gouvernemental du 9 octobre 2014, il est question d'établir un cadastre détaillé et fiable des professions médicales, qui rendra compte de l'activité effective et géographique des médecins, généralistes et spécialistes, avec une ventilation indispensable de leurs âge et sexe. Ce cadastre devra servir de base à une meilleure planification de l'offre médicale, et devra permettre une filtration idéale du nombre d'étudiants, dès le début de leurs études.

Très rapidement, un « cadastre » a commencé à circuler¹⁰⁷. Ce cadastre tirait notamment des conclusions très optimistes sur la pénurie médicale, et a suscité un élan d'enthousiasme.

Tout est pardonné ? Non, « ceci n'est pas un cadastre », et le SPF santé publique a dû mettre les points sur les i : les chiffres circulant dans la presse font référence à un document de travail incomplet. Le Service Public Fédéral (SPF) Santé publique continue de son côté à élaborer un cadastre complet sur base du couplage des données SPF – INAMI – ONSS APL¹⁰⁸ - INASTI¹⁰⁹.

4.6.5 Maggie DE BLOCK accordera les numéros INAMI, mais attend une mesure forte de la Communauté française

Le 5 décembre 2014, la ministre de la Santé, MAGGIE DE BLOCK a décidé que les numéros INAMI pourront être délivrés à l'ensemble des étudiants francophones en attente cette année, moyennant un lissage négatif pour l'avenir. Dans le même temps, la ministre a demandé à son administration d'établir le plus rapidement possible un cadastre des médecins. Ce cadastre est prioritaire pour fixer les futurs quotas en fonction de l'offre

¹⁰³ « Numéro INAMI. Les étudiants en médecine de l'UCL en grève ». *La Capitale*, 27.10.2014.

¹⁰⁴ « La grève des "Med 24" de l'UCL devrait s'étendre ». *La Libre Belgique*, 28.10.2014.

¹⁰⁵ Association des médecins spécialistes francophones.

¹⁰⁶ Le communiqué de l'aile francophone du GBS a été publié sur le site web du GBS: http://www.gbs-vbs.org/uploads/media/Communique_AMSFr_01.pdf; il a été également envoyé à la presse et aux associations étudiantes francophones. Le Pr. Dominique VAN PEE, doyen de l'UCL a pris contact avec le GBS pour diffuser ce communiqué à ses étudiants.

¹⁰⁷ « Planification & contingentement. Un cadastre déjà exploitable ». *Le Journal du Médecin*, 14.11.2014.

¹⁰⁸ Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales.

¹⁰⁹ Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants.

disponible et des besoins de santé de la population¹¹⁰.

Le ministre de l'Enseignement supérieur wallon, Jean-Claude MARCOURT, a d'abord réagi en se disant prêt à faire évoluer le système en place. Le 30 janvier 2015, il se confie à la presse pour « lancer un défi » à Maggie DE BLOCK en déclarant qu'il organisera un concours pour les étudiants de médecine en fin de première année à partir de la prochaine année académique^{111, 112, 113}. Ce concours est une aberration, puisqu'il revient à la situation qui avait été cassée en 2008 à la suite de plaintes d'étudiants, et parce qu'il prévoit quand même que les étudiants ayant réussi mais n'étant pas classés en ordre utile pourraient poursuivre leurs études, sans pouvoir obtenir de numéro INAMI.

Le GBS s'oppose à cette solution, qui ne fait que retarder quelque peu l'écroulement social, et plaide pour le maintien d'un examen d'entrée. L'examen d'entrée est la seule manière de maintenir une médecine de qualité, et de préserver les différences communautaires, tout en assurant la meilleure médecine possible pour tous les Belges.

La mise en place d'un examen d'entrée s'est imposée depuis longtemps pour les études d'ingénieurs francophones et en médecine vétérinaire. Celui-ci ne suscite pas de controverse. Il est difficile de démontrer qu'il n'en irait pas de même pour les études de médecine humaine.

La Communauté flamande organise un examen d'entrée, ce qui permet d'adapter le nombre d'étudiants aux besoins. Pour l'année académique 2012-2013, en Communauté française, 2.109 étudiants se sont inscrits pour la première fois¹¹⁴, et 1.329 étudiants se sont inscrits pour la seconde fois, alors que la même année, il n'y avait de la place que pour 1.552 étudiants en deuxième année (et ce chiffre inclut des bisseurs de deuxième année) ! N'est-ce pas là que se trouve le gâchis, à la fois pour chaque étudiant qui perd son temps, mais aussi pour la société et les familles qui financent plusieurs années d'étude, qui pour de nombreux étudiants ne mèneront à rien ?

¹¹⁰ « Le plan De Block pour réguler le nombre de futurs médecins ». *La Libre Belgique*, 12.12.2014.

¹¹¹ « Un concours ponctuera la première année de médecine ». *L'Echo*, 30.01.2015.

¹¹² « Un filtre en fin de Bac 1 de médecine ». *La Libre Belgique*, 30.01.2015.

¹¹³ « Numéros INAMI : le défi de Marcourt à De Block ». *Le Soir*, 30.01.2015.

¹¹⁴ Source : http://www.cref.be/Doc_PDF/Annuaire2013/TAB13_1-4-3.pdf.

Évolution du nombre d'étudiants en médecine en Communauté flamande			
Année académique	1^{ère} année	Bachelor	Master
2006-2007	666	2326	Autre méthode de comptage
2007-2008	698	2301	
2008-2009	558	2291	
2009-2010	747	2569	
2010-2011	648	2679	
2011-2012	564	2677	3127
2012-2013	571	2663	3337
2013-2014	684	2863	3426
2014-2015	676	3041	3422

Tableau 5

Source: estimations calculée sur base des annuaires statistiques des années académiques 2006-2007 à 2014-2015

<http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/werken/studentadmin/studentengegevens/>

Le numerus clausus n'est-il pas la solution de bon sens pour l'organisation d'études financées pour la plus grande partie par la collectivité, qui de surcroît fait face à des difficultés financières, et sociales, et qui doit assurer du mieux qu'elle peut la meilleure santé de tous au moindre coût ?

Un indicateur qu'on peut déduire des informations à notre disposition ajoute du poids à ces considérations : en Communauté française, pour chaque médecin formé obtenant théoriquement son numéro INAMI, on compte environ 21 étudiants dans les universités, tandis qu'en Communauté flamande, pour chaque médecin formé obtenant théoriquement un numéro INAMI, on compte environ 10 étudiants.¹¹⁵ La mise en place d'un examen d'entrée permettrait certainement de concentrer les efforts de la collectivité sur l'excellence de la formation et réduirait de moitié le nombre d'étudiants en médecine !

4.7 L'euthanasie belge de nouveau au centre de toutes les attentions (internationales)

Personnellement, je reste un opposant à la législation sur l'euthanasie, et non à l'euthanasie en soi. Les médecins et les nombreux juristes en faveur de loi qualifient cette attitude de paternaliste. L'année 2014 a montré jusqu'où pouvait mener cette loi et a entraîné à plusieurs reprises des commentaires très négatifs sur la Belgique. Début janvier 2014, le débat sur l'euthanasie chez les mineurs a fait l'objet de toutes les attentions et a entraîné de nombreuses controverses lorsque le projet de loi a été voté au sein de la commission compétente de la Chambre le 28.01.2014^{116, 117, 118}. La chaîne CNN et le New York Times ont vivement critiqué l'élargissement de la législation sur l'euthanasie qui pour les Américains était déjà extrême¹¹⁹. Il s'agissait surtout, et une fois de plus, d'un débat purement idéologique, tandis que la grande majorité des pédiatres spécialisés en hématologie-oncologie, systématiquement confrontés à de telles situations, ne comprenaient ni l'utilité, ni la nécessité de l'extension de loi¹²⁰. 160 pédiatres ont protesté, mais aucune audition supplémentaire n'a été proposée. L'un des principaux moteurs de l'extension de la loi, Jean-Jacques DE GUCHT (Open VLD),

¹¹⁵ Ce résultat est obtenu en divisant le nombre total d'étudiants par le nombre de médecins que peut former chaque communauté, et qui est précisé dans l'A.R. du 12 juin 2008.

¹¹⁶ « *Huidige palliatieve maatregelen voor minderjarigen volstaan. Zoveel haast voor een nutteloze wet* ». Opinion van 20 pediaters. *De Standaard*, 29.01.2014.

¹¹⁷ « *Zelfs de meest complexe gevallen kunnen binnen het huidige juridische kader opgelost worden met de middelen en de expertise die we hebben* ». « *Nakende uitbreiding euthanasie polariseert* ». *De Standaard*, 29.01.2014.

¹¹⁸ « *Fin de vie des enfants: une loi inutile et précipité* ». Opinion de 4 pédiatres, *La Libre Belgique*, 30.01.2014.

¹¹⁹ « *This must be Belgium. Wetsontwerp euthanasie ook in de wereldpers* ». *De Morgen*, 10.02.2014.

¹²⁰ « *Une loi pour régler un non problème* ». *La Libre Belgique*, 10.02.2014.

estimait que le débat avait été très approfondi et qu'il avait assez duré ; il considérait donc qu'il fallait voter la loi¹²¹. Les réactions des parlementaires, y compris au sein d'un même parti, étaient partagées¹²²¹²³.

Malgré tous les efforts des experts, la Chambre a approuvé le projet de loi le 13.02.2014¹²⁴¹²⁵. Le roi Philippe a signé la loi sans broncher, ignorant du même coup une pétition de plus de 200.000 sujets¹²⁶, un appel filmé d'un mineur canadien atteint d'une maladie du cœur à ne pas signer la loi¹²⁷, ainsi que les commentaires acerbes des médias étrangers. La loi a été publiée au Moniteur belge du 12 mars 2014.¹²⁸ De quoi calmer les esprits l'espace d'un instant. Cela n'a rien changé à la pratique des services pédiatriques des hôpitaux. En effet, fin décembre 2014, aucun mineur n'avait encore choisi l'euthanasie¹²⁹.

Déjà en janvier 2014, le cas de Frank VAN DEN BLEEKEN avait fait l'objet de l'attention de la presse.¹³⁰ Un délinquant et meurtrier malade psychologiquement ne pouvant obtenir de l'aide en Belgique demandait à être euthanasié parce qu'il souffrait de problèmes psychiques insupportables. À nouveau un scandale en Belgique : après un demi-siècle de disputes, de plaintes internationales, et de procès contre l'État belge, on laisse des prisonniers croupir dans leur cellule sans traitement. Un médecin a été trouvé et le service médical de la prison de Bruges était prêt à faire euthanasier le prisonnier. N'importe quel mauvais feuilleton surpasserait ce drame. Finalement, la « peine de mort sur demande » ou « peine de mort déguisée », comme qualifiée par la presse internationale¹³¹, n'a pas été administrée *in extremis* parce que le médecin s'est rétracté et parce que le ministre de la Justice, Koen GEENS, serait parvenu à convaincre Frank VAN DEN BLEEKEN de suivre un traitement dans un centre spécialisé aux Pays-Bas, ce qui n'avait jusque-là pas été possible¹³².

Entretemps, le nombre de demandes d'euthanasie a augmenté d'année en année : 20.141 en 2013 et 24.360 en 2014, soit une hausse de 21 %. Le nombre d'euthanasies réalisées continue également d'augmenter : entre 2003 et 2013, le nombre de cas est passé de 235 à 1.807 par an, soit une augmentation d'un facteur de 7,69 sur 10 ans (voir tableau 6). En 2013, cela correspond à presque cinq cas par jour¹³³.

Notons que depuis le début, moins d'une euthanasie enregistrée sur cinq concerne des francophones.

¹²¹ « *Kinderartsen in verzet tegen euthanasie* ». *De Tijd*, 12.02.2014.

¹²² « *Euthanasie voor kinderen spijt kinderartsen en parlement* ». *De Tijd*, 13.02.2014.

¹²³ « *Je voterai contre la loi sur l'euthanasie des enfants. En âme et conscience* ». Marie-Christine Marghem, députée MR ; *La Libre Belgique* 11.02.2014 (ndr : en octobre 2014, elle est devenue Ministre de l'Énergie, de l'Environnement et du Développement durable).

¹²⁴ « *Vote définitif de l'euthanasie des mineurs* ». *Le Soir*, 14.02.2014.

¹²⁵ « *Désormais, les enfants aussi auront droit à l'euthanasie* ». *L'Echo*, 14.02.2014

¹²⁶ « *Filip keurt euthanasiewet zonder morren goed* ». *Het Laatste Nieuws*, 04.03.2014.

¹²⁷ « *Canadees meisje spreekt in videoboodschap koning Filip aan over euthanasiewet: "Majesteit, onderteken de wet niet, alsjeblief"* ». *Het Laatste Nieuws*, 04.02.2014.

¹²⁸ 28 FÉVRIER 2014. - Loi modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, en vue d'étendre l'euthanasie aux mineurs (MB 12.03.2014, éd. 1).

¹²⁹ « *Nog geen enkele minderjarige koos voor euthanasie* ». *De Standaard*, 19.12.2014.

¹³⁰ « *This must be Belgium. Nederland wil geïnterneerde Belg die euthanasie vraagt* ». *De Morgen*, 29.01.2014.

¹³¹ « *Zaak Frank van den Bleeken beroert internationaal de gemoederen* ». *De Standaard*, 17.09.2014.

¹³² « *Koen Geens en prison, pour négocier* ». *Le Soir*, 24-25.01.2015.

¹³³ « *This must be Belgium. "Belgisch dokters doden vijf mensen per dag"* ». *De Morgen*, 30.05.2014.

Nombre d'euthanasies administrées en Belgique

Année	Nombre total	Flamands	Francophones	% Francophones
2002	24	17	7	29,2
2003	235	199	36	15,3
2004	349	304	45	12,9
2005	393	332	61	15,5
2006	429	340	89	20,7
2007	495	412	83	16,8
2008	704	578	126	17,9
2009	822	656	166	20,2
2010	953	809	144	15,1
2011	1.133	918	215	19,0
2012	1.432	1.156	276	19,3
2013	1.807	1.454	353	19,5
Total	8.776	7.175	1.601	18,2

Source : Le Journal du Médecin du 05.09.2014.

Tableau 6

5 Le Conseil supérieur et les commissions d'agrément

5.1 Travaux

Le Conseil supérieur s'est réuni quatre fois en deuxième séance en 2014 : le 27 février, le 24 avril, le 9 octobre, et le 11 décembre. Comme à l'habitude, une première réunion est convoquée 7 jours plus tôt mais étant donné que le quorum n'est jamais atteint, le Conseil supérieur ne peut valablement décider. La modification de cette procédure de fonctionnement ne figure pas parmi les priorités de nos politiciens.

Depuis la séance du 24 avril 2014, les membres du Conseil supérieur doivent s'habituer à une nouvelle méthode de travail. Seuls l'invitation à la réunion et les procès-verbaux sont encore envoyés par voie électronique. Par le passé, les annexes plutôt volumineuses envoyées avec l'invitation à la réunion avaient bloqué les boîtes e-mails de nombreux membres. Les annexes doivent désormais être consultées sur le « Sharepoint », c'est-à-dire sur une plateforme électronique du SPF Santé.

À l'issue de la réunion du 9 octobre 2014, le Dr Dirk CUYPERS, renommé le 24 juillet 2013¹³⁴ pour un nouveau mandat de six ans, a annoncé qu'il abandonnait sa fonction de président du Conseil supérieur pour des raisons personnelles. Sa succession a suscité la curiosité de tous les membres. Ce fut donc une surprise de lire dans un communiqué de presse du Conseil des ministres, le 27 novembre 2014, que le mandat du Dr Dirk CUYPERS était prolongé jusqu'au 31 mai 2015.

5.2 La sixième réforme de l'État

M. Christiaan DECOSTER, directeur général des DG 1 et 2 a organisé au sein du SPF Santé publique, le 1^{er} juillet 2014, une réunion sur l'impact de la 6^e réforme de l'État sur la pratique des professions de santé¹³⁵. Si le Prof. Jacques GRUWEZ ne fait plus partie du Conseil supérieur, il continue à s'intéresser à tout ce qui peut avoir une influence sur la formation des spécialistes. Il a donc signé présent à cette réunion.

Le gouvernement fédéral reste compétent pour la détermination des normes d'agrément, la délivrance, la suspension ou le retrait du visa, et l'agrément des maîtres de stage et des services de stage. L'agrément et la procédure d'agrément des prestataires de soins ont été communautarisés à partir du 1^{er} juillet 2014. Afin que tout se déroule de manière fluide pendant la période transitoire, qui expire le 31 décembre 2015, un protocole d'accord a été conclu entre le gouvernement fédéral et les communautés. Les commissions d'agrément existantes restent compétentes pour les demandes d'agrément. À partir du 1^{er} juillet 2014, les communautés endossent la responsabilité politique de l'agrément des prestataires de soins.

Au sein de la communauté flamande, l'agrément des professions de santé relève de la compétence du ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille. Cette compétence est donc attribuée au ministre Jo VANDEURZEN du gouvernement flamand actuel. En communauté française, l'agrément des professions de santé a été transmis *de facto* à l'Administration générale de l'Enseignement et de la Recherche scientifique, et plus particulièrement à la Direction générale de l'Enseignement non obligatoire et de la Recherche scientifique de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

En vertu d'un arrêté du 22 juillet 2014¹³⁶ du gouvernement de la Communauté française fixant la répartition des compétences entre les ministres et réglant la signature des actes du Gouvernement, la compétence relative à l'agrément et au contingentement des professions de santé a été attribuée à Paul MAGNETTE, Ministre-Président. Cependant, le Ministre-Président a délégué *de facto* ses compétences à son collègue Jean-Claude MARCOURT, vice-président du gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles, au sein de laquelle il occupe la fonction de ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et des Médias et également celle

¹³⁴ MB 16.08.2013.

¹³⁵ Impact de la 6^e réforme de l'État sur la pratique des professions de santé – Avenir des organes consultatifs.

¹³⁶ MB 18.08.2014.

de vice-président du gouvernement de la région Wallonne, au sein de laquelle il occupe la fonction de ministre de l'Économie, de l'Industrie et de l'Innovation, et du numérique.

Les francophones ont visiblement estimé qu'il était plus facile de ne pas confier le dossier *au* ministre qui a la Santé publique dans ses attributions. En Fédération Wallonie-Bruxelles, pas moins de trois ministres sont compétents, chacun pour un secteur de la Santé publique. En voici le casting :

- Région Bruxelles capitale : 1 ministre et 1 secrétaire d'État
 - Guy VANHENGEL (Open VLD): Membre du Collège réuni de la Commission communautaire commune (CoCom), chargé des Finances, du Budget, des Relations extérieures et de la Coopération au Développement ;
 - Cécile JODOIGNE (FDF) : Secrétaire d'État à la Région de Bruxelles-Capitale, chargée du Commerce extérieur et de la Lutte contre l'Incendie et l'Aide médicale urgente (compétence déléguée par le Ministre Didier GOSUIN), Membre du Collège de la Commission communautaire française (COCOF), chargée de la Fonction publique et de la Politique de la Santé ;
- Région wallonne : Maxime PREVOT (CDH), ministre de la Santé publique ;
- Fédération Wallonie-Bruxelles : Joëlle MILQUET (CDH), vice-présidente du gouvernement et ministre de l'Éducation, de la Culture et de l'Enfance (y compris leurs soins de santé).

En ce qui concerne l'agrément des professions de santé, nous pouvons donc parler d'une évolution fondamentalement différente entre les deux communautés.

La détermination du quota général reste également une matière fédérale (voir point 4.6. « Numerus clausus »)¹³⁷. Mais les communautés sont compétentes pour la détermination des sous-quotas, à l'exception des professions en pénurie.

Outre l'intervention de l'INAMI pour les prestations, la pratique de la médecine reste une matière fédérale en tant que telle. M. Christiaan DECOSTER suit cela de très près. En tant que membre du Conseil d'administration du KCE, il a pour ces raisons bloqué en première lecture l'étude du KCE relative à l'ophtalmologie extramurale. Les communautés peuvent déterminer les critères architecturaux. Il n'appartient cependant pas aux communautés de déterminer la manière dont la chirurgie plastique, la médecine interne, etc. seront pratiquées. Cela reste en effet une compétence fédérale.

Les communautés sont compétentes pour l'organisation des soins de santé de première ligne et le soutien des professions de santé de première ligne.

5.3 Les critères transversaux

Dans une tentative antérieure de soumettre à l'avis du Conseil supérieur les critères d'agrément actualisés pour la dermatologie et l'anatomie pathologique, on a constaté qu'aucun travail n'avait encore été réalisé dans l'élaboration des critères transversaux ou généraux qui doivent être respectés par toutes les spécialités.

À l'occasion de la réunion-marathon du Conseil supérieur du 5 décembre 2013, le Prof. KOENRAAD VANDEWOUDE a, en tant que membre du cabinet de Laurette ONKELINX, expliqué les grandes lignes de ces critères dans une présentation PowerPoint. Il a été chargé de traduire des critères proposés en un projet d'arrêté ministériel. Ces critères transversaux ont été discutés à plusieurs reprises par le Dr M. MOENS et M^{me} F. VANDAMME avec le Prof. KOENRAAD VANDEWOUDE ainsi qu'avec des juristes (néerlandophones) du SPF Santé publique au cabinet de Laurette ONKELINX. Les représentants des universités ont également été invités à la concertation, mais séparément et à d'autres occasions. Les professeurs francophones ont défendu leurs points de vue auprès de M. Xavier VAN CAUTER, juriste et collègue francophone du Prof. VANDEWOUDE au sein du cabinet de la ministre Laurette ONKELINX.

¹³⁷ A.R. 12.06.2008 (MB 18.06.2008) ; modifié par l'A.R. du 07.05.2010 (MB 11.06.2010) et l'A.R. du 01.09.2012 (MB 05.09.2012).

L'arrêté ministériel du 23 avril 2014 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage a été publié au Moniteur belge du 27 mai 2014. Il s'agit des critères dits transversaux valables pour toutes les spécialités.

L'article 10 de cet arrêté prévoit que minimum 1/3 et maximum 2/3 des stages en hôpital se déroulent dans un hôpital non universitaire. L'union professionnelle anesthésie a été la première à attirer l'attention sur une différence entre les textes néerlandophone et francophone. En effet, dans la version néerlandaise, il est clair qu'au moins 1/3 des stages *doit* se dérouler dans un service de stage non universitaire. En revanche, cet aspect n'est pas aussi évident dans la version française. En effet, il y est indiqué que minimum 1/3 des stages *peut* se dérouler dans un service de stage non universitaire. Cette version ne comporte donc aucune obligation d'effectuer une partie des stages dans un hôpital non universitaire. Cette traduction erronée a été rectifiée par un erratum publié au Moniteur belge du 10 septembre 2014, p. 71399.

Il convient de signaler que tous les participants à ces réunions préparatoires, sous la direction du Prof. K. VANDEWOUDE, étaient néerlandophones. Les projets de texte initiaux n'ont donc été rédigés qu'en néerlandais, et ont été traduits en français par la suite. L'incohérence entre les textes en néerlandais et en français est le résultat d'une mauvaise traduction.

Le Prof. K. VANDENWOUDE a reçu de nombreuses critiques de la part de ses collègues universitaires concernant ces critères transversaux. Avec les représentants de la profession, il est cependant convaincu que pour le candidat spécialiste, suivre l'ensemble de sa formation exclusivement dans le circuit soit universitaire soit non universitaire n'est pas souhaitable. En effet, il convient qu'au cours de sa formation, le candidat spécialiste se familiarise avec les deux milieux hospitaliers.

Les commissions d'agrément vont devoir s'habituer à ces nouveaux critères transversaux, et dorénavant en tenir compte dans l'actualisation des critères propres à leur discipline.

5.4 Oncologie

Depuis 1998, l'oncologie constitue un sujet récurrent dans notre rapport annuel. Voit-on enfin le bout du tunnel ?

Pour un certain nombre de disciplines, la récente évolution est déjà un grand pas dans la bonne direction. Les critères d'agrément des oncologues médicaux ont été publiés en 2007¹³⁸. Il a fallu attendre 2010 pour que soient publiés les critères d'agrément de la qualification professionnelle particulière en oncologie pour les pneumologues¹³⁹ et les gastro-entérologues¹⁴⁰. Au cours des années suivantes, la composition des commissions d'agrément qui devaient conseiller le ministre compétent a suscité de nombreuses querelles. Deux différences fondamentales de point de vue ont entraîné le blocage du dossier pendant des années. Le Prof. Dr Dominique DE VARIOLA, médecin oncologue, directeur général de l'Institut Jules BORDET à Bruxelles et proche de Laurette ONKELINX, a défendu le point de vue selon lequel la commission d'agrément des oncologues médicaux était la mieux placée pour émettre un avis relatif à l'agrément des pneumologues et gastro-entérologues comme oncologues. De leur côté, les pneumologues et gastro-entérologues estimaient au contraire que la commission d'agrément de leur discipline de base était la mieux placée pour émettre un avis. Après que le Dr Dominique DE VARIOLA a quitté son poste de conseiller au cabinet de Laurette ONKELINX, le dossier a pu enfin progresser, notamment parce que les gynécologues ont menacé, comme l'avaient fait les ostéopathes, d'aller au tribunal pour condamner la ministre à verser une astreinte au cas où un résultat ne serait pas rapidement obtenu dans leur dossier.

¹³⁸A.M. du 11 mai 2007 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en oncologie médicale et de la qualification professionnelle particulière en oncologie ainsi que des maîtres de stage et des services de stage pour cette spécialité et cette qualification professionnelle particulière.

¹³⁹A.M. du 29 janvier 2010 fixant les critères d'agrément supplémentaires des candidats, maîtres de stage et services de stage pour la qualification particulière en oncologie, spécifiques aux médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en pneumologie.

¹⁴⁰A.M. du 29 janvier 2010 fixant les critères d'agrément supplémentaires des candidats, maîtres de stage et services de stage pour la qualification particulière en oncologie, spécifiques aux médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en gastro-entérologie.

C'est ainsi que dans le Moniteur belge du 10 février 2014, ont été publiés les noms d'experts en oncologie gastroentérologique et en oncologie pneumologique, qui participent à la commission d'agrément de leur discipline de base pour émettre un avis dans les dossiers où une qualification en oncologie est demandée par un candidat. Des experts oncologues hématologues pédiatriques ont été désignés dans un arrêté du 29 janvier 2014 et leurs noms publiés au Moniteur belge du 10 février 2014. L'agrément de leur titre professionnel remonte déjà à 2007¹⁴¹, mais aucun pédiatre n'avait encore pu obtenir ce titre en raison de la non-existence de la commission spécifique exigée par Laurette ONKELINX.¹⁴²

Étant donné que la publication de la composition des commissions d'agrément a tardé aussi longtemps, les dispositions transitoires pour l'attribution de la qualification professionnelle particulière en oncologie étaient inexorablement dépassées. En sa réunion du 9 octobre 2014, le Conseil supérieur a été invité à donner un avis sur l'actualisation des mesures transitoires. En outre, un règlement spécifique a été mis au point pour nos jeunes confrères. La publication des mesures transitoires est attendue d'ici peu.

Pour les gynécologues, l'avis du Conseil supérieur rendu au cours de la réunion du 11 décembre 2014 a été pour le moins inhabituel. C'est le Prof. Ignace VERGOTE¹⁴³ qui a présenté un projet. Ce projet comprenait la création de deux titres professionnels particuliers en oncologie pour les gynécologues, qui peuvent être acquis soit de manière exclusive, soit de manière cumulative. La proposition de création d'une qualification professionnelle particulière en oncologie gynécologique a généralement été bien accueillie. En revanche, la proposition de créer une qualification particulière en oncologie gynécologique médicamenteuse a fait l'objet de critiques acerbes des oncologues médicaux. Cette dernière proposition n'a pas été approuvée au cours de la réunion. La discussion n'est pas encore close. Le Conseil supérieur ne donne qu'un avis. Les lobbyistes rencontrent ensuite les « cabinettards ». Nous pouvons annoncer sans trop prendre de risques que le dossier oncologie sera de nouveau abordé dans le rapport annuel du GBS de l'année prochaine.

6 Accord médico-mutualiste national 2015

6.1 Introduction

L'accord qui est arrivé à expiration le 31 décembre 2014 a été conclu le 23 janvier 2013 et était valable pendant deux ans, durée normale d'un accord¹⁴⁴. Parmi les 24 accords des 50 dernières années traçables dans le Moniteur belge, neuf n'étaient valables que pendant un an, en raison des circonstances politiques et/ou socio-économiques du pays : ceux de 1977, 1986, 1987, 1996, 2003, 2008, 2011, 2012 et désormais, l'accord du 22.12.2015¹⁴⁵, à savoir le 26^e depuis celui du 26.06.1964, dit « de la Saint-Jean ». Au départ, la règle des deux ans n'était pas (encore) d'application, si bien que certains accords étaient valables pendant trois, voire cinq ans (respectivement en 1967 et en 1970)¹⁴⁶.

Aucun accord n'a été conclu en 1966¹⁴⁷, 1978, 1979, et 1993. Au cours des années 1997 et 1998, l'ABSyM a abrogé l'accord en cours (voir tableau 7).

¹⁴¹ AM du 14.05.2007 fixant les critères d'agrément des médecins spécialistes porteurs de la qualification professionnelle particulière en hématologie et oncologie pédiatriques (MB 06.06.2007).

¹⁴² Cf. Rapport annuel du GBS 2011 : « EU, to live and let die », Dr. M. Moens, 04.02.2012, point 2.8. « Conseil supérieur et agrégation de l'oncologie » (pp. 13-14).

¹⁴³ Chef de service gynécologie oncologie, hôpital universitaire Gasthuisberg, KU Leuven.

¹⁴⁴ Loi soins de santé et indemnités du 14.07.1994 ; article 50 §8 : « Les accords, conclus au sein de la Commission nationale médico-mutualiste et de la Commission nationale dento-mutualiste sont conclus pour une durée de deux ans au moins. Toutefois le Comité de l'assurance peut, dans des circonstances exceptionnelles, approuver un accord d'une durée inférieure à deux ans. »

¹⁴⁵ Accord médico-mutualiste pour l'année 2015, conclu le 22.12.2014 (MB 27.01.2015).

¹⁴⁶ Selon ce que nous avons pu retrouver dans le Moniteur belge et dans nos propres archives.

¹⁴⁷ http://www.absym-bvas.be/images/actualite/docs/Nederlands/Evenementen/20111008_vassymposium/01-RIZIV_J_De_Cock.pdf (en néerlandais).

Accords médico-mutualistes

Date de conclusion (président)	Date de publication Moniteur belge	Durée
25.06.1964 (Dr J. D.)	Accords de la Saint-Jean	1964-1965 + 1967-1969
Pas d'accord (1966)		
14.01.1970 (Dr J. D.)	28.03.1970	1970-1975
22.12.1975 (Dr J. D.)	07.02.1976	1975-1977
29.12.1976 (Dr J. D.)		1977
Pas d'accord (1978)		
Pas d'accord (1979)		
28.03.1980 (Dr J. D.)		1980-1980
30.09.1982 (Dr J. D.)	12.10.1982	1982-1982
28.12.1983 (Dr J. D.)	05.01.1984	1984-1984
28.12.1984	12.01.1985	1985
20.01.1986 (Dr J. D.)	18.02.1986	1986
29.12.1986 (Dr J. D.)	08.01.1987	1987
20.06.1988 (Dr J. D.)	30.07.1988	2S/1989 – 1990
18.12.1990 (Dr J. D.)	25.01.1991	1991 – 1992
Pas d'accord (1993)		
13.12.1993 (Dr J. D.)	05.01.1994	1994 – 1995
11.12.1995 (Dr J. D.)	09.01.1996	1996 – 1997*
03.11.1997 (Dr J. D.)	09.12.1997	1998*
15.12.1998 (G. P.)	08.01.1999	1999 – 2000
18.12.2000 (G. P.)	20.01.2001 - éd. 2	2001-2002
19.12.2002 (G. P.)	20.01.2003 - éd. 1	2003
15.12.2003 (G. P.)	21.01.2004 - éd. 1	2004-2005
20.12.2005 (G. P.)	23.01.2006	2006 – 2007
20.12.2007 (J. D. C.)	14.01.2008	2008
17.12.2008 (J. D. C.)	19.01.2009	2009 – 2010
13.12.2010 (J. D. C.)	17.01.2011 - éd. 2	2011
21.12.2011 (J. D. C.)	23.01.2012	2012
23.01.2013 (J. D. C.)	11.02.2013 - éd. 2	2013-2014
22.12.2014 (J. D. C.)	27.01.2015	2015

Dr J. D. = Docteur Jérôme DUARDIN

G. P. = Monsieur Gabriel PERL

J. D. C. = Monsieur Johan De COCK

Temps moyen entre la conclusion et la publication au Moniteur belge (à partir des données de publications retrouvées) : 30,5 jours, avec deux extrêmes : les accords des 28.12.1983 et 14.01.1970, respectivement 8 jours et 73 jours.

*Les accords de 1997 et 1998 ont été suspendus avant terme.

Tableau 7

À l'automne 2014, des négociations devaient donc démarrer avec pour perspective la conclusion d'un nouvel accord.

6.2 Historique des événements...

Au printemps 2014, à l'approche des élections du 25 mai, la tension a monté d'un cran. Les élections ont été suivies par des négociations gouvernementales durant plusieurs mois, dont l'issue n'est apparue qu'en automne, avec pour conséquence que Laurette ONKELINX n'a pu envisager un cinquième mandat en tant que ministre des Affaires sociales et de la Santé publique¹⁴⁸. Toutes sortes de rumeurs ont circulé sur les

¹⁴⁸ Laurette ONKELINX était ministre de l'Intégration sociale, de la Santé publique et de l'Environnement en 1992-1993 sous le gouvernement DEHAENE I ; elle était ministre des Affaires sociales et de la Santé publique de décembre 2007 à

interventions en matière de sécurité sociale, allant d'une diminution de la norme de croissance, qui avait été fixée à 3 % par le gouvernement sortant, à une réduction pure et simple du budget. C'est ainsi que le budget dont pouvait disposer la Commission nationale médico-mutualiste pour entamer les négociations pour un nouvel accord est resté non précisé.

Outre cette « mère de toutes les élections », ont eu lieu les élections des représentants des syndicats de médecins, auxquelles ont participé non seulement l'ABSyM¹⁴⁹ et le Cartel¹⁵⁰, comme à l'habitude, mais également – grâce à toute une série de subterfuges – l'AADM¹⁵¹, une association qui ne défend en réalité que les intérêts des médecins généralistes flamands et qui porte un nom tout à fait différent en français!

La participation à ces élections a encore été lamentablement basse, avec un taux de participation de seulement 37,54 % (voir tableau 8 A). L'obligation d'aller au préalable récupérer une lettre recommandée de l'INAMI à la poste (le médecin moyen n'est pas à son domicile lorsque le facteur se présente) pour pouvoir voter par voie électronique explique en grande partie ce taux bas. Plus de 80 % des voix des spécialistes sont allées à l'ABSyM (voir tableau 8 D). Les médecins généralistes flamands ont massivement voté pour Domus Medica, la société scientifique déguisée en syndicat, et pour le nouveau venu AADM (voir tableau 8 C). On a ainsi observé une modification importante de la répartition des sièges de la Commission nationale médico-mutualiste. L'ABSyM a tout de même conservé une position déterminante sur le banc des médecins, avec six sièges (5 spécialistes et 1 généraliste), mais l'AADM a obtenu d'emblée 3 sièges pour les médecins généralistes. Le Cartel a obtenu les trois sièges restants : 2 médecins généralistes et 1 spécialiste (voir tableau 8 F). Étant donné que la conclusion d'un accord nécessite une majorité tant sur le banc des mutualités que sur le banc des syndicats de médecins, l'approbation de l'ABSyM reste une condition nécessaire à la conclusion d'un accord.

mars 2008 sous le gouvernement VERHOFSTADT III ; de mars 2008 à décembre 2008 sous le gouvernement LETERME I et sans interruption de décembre 2008 à octobre 2014 sous les gouvernements VAN ROMPUY I, LETERME II et DI RUPO.

¹⁴⁹ Association Belge des Syndicats Médicaux.

¹⁵⁰ Le Cartel est composé de l'*Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België* (ASGB), du Groupement belge des Omnipraticiens (GBO) et du Monde des Spécialistes (MoDeS).

¹⁵¹ Alliantie Artsenbelang Domus Medica – Alliance Avenir des Médecins.

ÉLECTIONS MÉDICALES : PARTICIPATION

	1998			2002			2006			2010			2014		
	Envoyés	Reçus		Envoyés	Reçus		Envoyés	Reçus		Envoyés	Reçus		Envoyés	Reçus	
		Absolu	%		Absolu	%		Absolu	%		Absolu	%		Absolu	%
Médecins généralistes	16.919	11.755	69,5	17.872	10.341	57,9	17.832	8.031	45,03	17.904	9.149	51,10	18.266	7.852	42,99
Spécialistes	20.464	14.659	71,6	22.218	12.241	55,1	24.038	11.398	47,42	25.747	12.160	47,23	28.083	9.548	34,00
Total	37.383	26.414	70,7	40.090	22.582	56,3	41.870	19.429	46,40	43.651	21.309	48,82	46.349	17.400	37,54

Tableau 8 A

ÉLECTIONS MÉDICALES : RÉSULTATS

	1998		2002		2006		2010		2014	
	absolu	%	absolu	%	absolu	%	absolu	%	absolu	%
ENSEMBLE DES MÉDECINS										
ABSyM	17.737	67,15	13.568	60,08	12.939	66,60	13.466	63,19	9597	55,16
CARTEL	8.381	31,73	8.336	36,91	5.713	29,40	5.628	26,41	3907	22,45
AADM	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	3603	20,71
Votes blancs	182	0,69	208	0,92	424	2,18	2.040	9,57	176	1,01
Votes nuls	114	0,43	470	2,09	353	1,82	175	0,82	117	0,67
TOTAL GÉNÉRAL	26.414	100,00	22.582	100,00	19.429	100,00	21.309	100,00	17400	100,00

Tableau 8 B

ÉLECTIONS MÉDICALES : RÉSULTATS

	1998		2002		2006		2010		2014	
	absolu	%	absolu	%	absolu	%	absolu	%	absolu	%
Médecins généralistes										
ABSyM	4.665	39,69	2.908	28,12	3.224	40,14	3.489	38,14	1902	24,22
CARTEL	6.937	59,01	7.148	69,12	4.255	52,98	3.806	41,60	2554	32,53
AADM	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	3300	42,03
Votes blancs	90	0,77	81	0,79	246	3,06	1.744	19,06	62	0,79
Votes nuls	63	0,53	204	1,97	306	3,82	110	1,20	34	0,43
Total	11.755	100,00	10.341	100,00	8.031	100,00	9.149	100,00	7852	100

Tableau 8 C

Source : ABSyM

ÉLECTIONS MÉDICALES : RÉSULTATS

	1998		2002		2006		2010		2014	
	absolu	%	absolu	%	absolu	%	absolu	%	absolu	%
Médecins spécialistes										
ABSyM	13.072	89,17	10.660	87,08	9.715	85,23	9.977	82,05	7695	80,59
CARTEL	1.444	9,85	1.188	9,71	1.458	12,79	1.822	14,98	1353	14,17
AADM	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	303	3,17
Votes blancs	92	0,63	127	1,04	178	1,56	296	2,43	114	1,19
Votes nuls	51	0,35	266	2,17	47	0,42	65	0,53	83	0,88
TOTAL	14.659	100,00	12.241	100,00	11.398	100,00	12.160	100,00	9548	100

Tableau 8 D

Élections médicales : résultats et participation
Synthèse (en %)

Ensemble des médecins	1998	2002	2006	2010	2014
Résultats					
ABSyM	67,2	60,1	66,6	63,19	55,16
KARTEL	31,7	36,9	29,4	26,41	22,45
AADM	-----	-----	-----	-----	20,71
Blancs + Nuls	1,1	3,0	4,0	10,39	1,68
Participation					
	70,7	56,3	46,4	48,82	37,54

Tableau 8 E

Élections médicales :
Répartition des 12 sièges au sein de la Commission nationale médico-mutualiste

Année	Médecins généralistes.			Spécialistes			Total		
	ABSyM	Cartel	AADM	ABSyM	Cartel	AADM	ABSyM	Cartel	AADM
1998	2	4	-----	5	1	-----	7	5	-----
2002	2	4	-----	5	1	-----	7	5	-----
2006	3	3	-----	5	1	-----	8	4	-----
2010	3	3	-----	5	1	-----	8	4	-----
2014	1	2	3	5	1	0	6	3	3

Tableau 8 F

En juin, un rapport standardisé de mi-année sur l'actuariat de l'INAMI (lesdits rapports d'audit) a également été publié¹⁵². L'évolution des dépenses dans l'assurance maladie y est décrite de manière très détaillée et des remarques concernant un certain nombre d'évolutions frappantes ou de dépenses supplémentaires imprévues y sont formulées. Ce document de 623 pages constitue une lecture de vacances idéale et est à la base de la détermination du budget de l'année suivante, et donc implicitement de l'accord entre les médecins et les mutualités. Il inspire souvent la mise en œuvre de certaines économies.

Ces dernières années, à travers leur influence directe et indirecte dans la détermination des budgets, les mutualités avaient fortement contribué à saper le modèle de concertation classique de la médico-mut. La question de l'avenir de ce modèle de concertation s'est explicitement posée.

6.3 Contexte politique

La ministre sortante Laurette ONKELINX (PS) a exercé une pression supplémentaire sur les négociations avec son projet de modification radicale du financement des hôpitaux et de la nomenclature. Pour l'heure, nous ne savons absolument pas ce qui découlera de ces plans, mais la possibilité intrinsèque de désorganiser l'ensemble du système, y compris le modèle de concertation, ne contribue pas à créer un climat positif. Il semble que la ministre Maggie DE BLOCK (Open-VLD), qui lui succède, soit encline à adopter une approche complètement différente. Elle a déjà placé son cabinet entre de bonnes mains pour traiter correctement ces dossiers : le Prof. Dr Katrien KESTELOOT, directrice financière de l'hôpital universitaire KU Leuven, et le Dr Bert WINNEN, conseiller général à l'INAMI jusqu'en octobre 2014, et désormais chef de cabinet adjoint de la ministre Maggie DE BLOCK. Les représentants des médecins et des mutualités au sein de la médico-mut sont d'ores et déjà invités à la table des négociations.

Pour altérer davantage la confiance dans la concertation, le gouvernement sortant avait en outre trouvé le moyen d'imposer des économies supplémentaires sur les honoraires des médecins, deux mois seulement après la conclusion d'un accord en janvier 2013, à l'issue de négociations intenses. L'accord du 23.01.2013 prévoyait 105 millions d'économies chez les médecins. Le 30.03.2013, samedi de Pâques, le gouvernement imposait des économies supplémentaires à hauteur de 73,63 millions d'euros¹⁵³. Naturellement, le fait que le gouvernement se permette une telle initiative sans la moindre concertation remet sérieusement en question le modèle de concertation actuel. Dans la conclusion d'un nouvel accord, une telle démarche doit être exclue¹⁵⁴.

Tous ces facteurs avaient eu pour conséquence une grande incertitude en ce qui concerne les perspectives 2015. Une chose était claire comme de l'eau de roche : il n'y aurait pas ou très peu d'argent frais pour de nouvelles initiatives et il était plus que probable que les médecins pouvaient s'attendre à de lourdes économies. Dans ces conditions, l'enthousiasme était au plus bas pour entamer des discussions en vue de la conclusion d'un accord, et de nombreux médecins avaient très peu espoir que les négociations aboutissent à une solution. Le risque était donc bien réel qu'il ne soit pas question d'un 25^e accord entre les médecins et les organismes assureurs.

6.4 La concrétisation d'un accord

Le cadre dans le lequel les négociations pour la conclusion d'un accord se déroulent est déterminé au chapitre IV de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (MB 27.08.1994). En principe, c'est au mois de juin de l'année en cours que l'inventaire des besoins est établi au sein de plusieurs commissions de conventions et d'accords. Pour les médecins, cela se passe en médico-mut, avec des propositions des organismes assureurs et des organisations représentatives de médecins, y compris

¹⁵² Notes Conseil général de l'INAMI CGSS 2014/034 (partie 1), CGSS 2014/035 (partie 2), CGSS 2014/042 (partie 3) en 2014/042 (partie 4).

¹⁵³ Cf. Rapport annuel, Dr M. Moens: « Et encore une année passée au "bashing" des médecins, » point 5.1 (pp. 41-43) ; 08.02.2014.

¹⁵⁴ Cette demande a été concrétisée dans l'accord 2015 : si des économies unilatérales devaient être imposées, le point 10.3 de l'accord du 22.12.2014 prévoit que l'accord peut être résilié de plein droit, sous réserve d'une concertation préalable avec le ministre.

les projets déjà traités au Conseil technique médical, mais d'autres commissions de conventions et d'accords, telles que celles des sages-femmes, des infirmières, des kinésithérapeutes, des logopèdes, des établissements hospitaliers et des pharmaciens doivent également déterminer leurs besoins financiers pour l'exercice suivant.

Avant la fin du mois de juin, le Service des soins de santé établit les estimations techniques, en se basant sur le budget de l'année écoulée et sur les rentrées et dépenses actuelles de l'année, complétés par les fiches de besoins telles que soumises par les commissions de conventions et d'accords. Ces estimations techniques sont communiquées au Comité de l'assurance, au Conseil général, et à la Commission de contrôle budgétaire. Elles sont ensuite complétées par les dernières données disponibles, au plus tard quatorze jours avant le premier lundi d'octobre (il s'agit des « estimations techniques revues », qui font intervenir les dépenses des cinq premiers mois de l'année en cours).

Ce rapport est alors soumis au Comité de l'assurance. Ensuite, les organismes assureurs soumettent leurs listes de demandes et surtout d'économies, à la suite de quoi le Comité de l'assurance établit les objectifs budgétaires globaux pour l'année suivante¹⁵⁵, souvent à majorité (organismes assureurs avec 21 sièges qui votent déjà en tant que bloc unique) contre minorité (dont les médecins, les hôpitaux et les autres prestataires de soins), et tenant compte de la norme de croissance (qui s'élevait encore à 3 % en 2014) et de l'indice santé (1,57 % en 2014), et les soumet, le premier lundi d'octobre, au Conseil général et à la Commission de contrôle budgétaire. En plus des objectifs budgétaires globaux, le Comité de l'assurance fixe les budgets par secteur, en distinguant les montants à économiser avec des mesures concrètes d'économies (souvent) et les montants nouvellement alloués à des mesures positives (rarement) via lesdits objectifs budgétaires partiels.

En dernière instance, le Conseil général de l'INAMI, au sein duquel les médecins et les autres dispensateurs de soins ont uniquement un rôle d'observateurs, approuve le budget final et les budgets partiels.¹⁵⁶ Si le Conseil général n'est pas en mesure de déterminer un budget dans les temps impartis (au plus tard le troisième lundi d'octobre), la loi prévoit que le gouvernement détermine le budget lui-même.

Une fois le budget final et les budgets partiels ainsi fixés, le président de la Commission nationale médico-mutualiste (depuis 2007, l'administrateur général de l'INAMI apprécié de tous, Jo DE COCK) a la noble tâche de mettre au point, après consultation de tous les partenaires, un projet préalable d'accord national qui sera ensuite discuté et négocié à la médico-mut. Les décisions au sein de la médico-mut nécessitent, au cours du premier tour de scrutin, une majorité de trois quart sur le banc des organismes assureurs comme sur celui des syndicats de médecins. Comme expliqué plus haut, avec ses six sièges sur un total de 12 sièges syndicaux obtenus à la suite des dernières élections médicales, l'ABSyM dispose d'une voix décisive – voire de blocage – sur l'approbation ou non d'un accord, étant donné que si le projet d'accord n'est pas approuvé au premier tour, au second tour une majorité simple suffit aussi bien sur le banc des mutualités que sur celui des médecins. Le président n'a en revanche pas le droit de vote.

La loi prévoit que le président de la médico-mut convoque les membres à cette réunion au plus tard trois mois avant l'expiration de l'accord en cours pour établir un agenda destiné à entamer les négociations pour un nouvel accord. Ces négociations doivent se dérouler de manière à donner l'occasion aux médecins de signifier leur adhésion totale ou partielle à l'accord, ou encore leur refus, au plus tard un mois avant l'expiration de l'accord en cours (en 2014, le 31 décembre).

Une fois que l'accord est approuvé, il entre en vigueur en principe 45 jours après la publication au Moniteur belge, sauf si plus de 40 % des médecins refusent d'y adhérer.

¹⁵⁵ Le Comité de l'assurance est composé de 42 membres, dont la moitié sont des mutualistes et l'autre moitié sont des prestataires de soins. Les prestataires de soins votent rarement à l'unisson, si bien qu'une majorité simple dans un éventuel deuxième tour est presque toujours remportée par les mutualistes. Il suffit en effet qu'un prestataire de soins vote avec les mutualités et le tour est joué !

¹⁵⁶ Ont le droit de vote au Conseil général de l'INAMI : cinq délégués du gouvernement (avec droit de véto), cinq délégués des syndicats de travailleurs, cinq délégués des employeurs et des indépendants et cinq délégués des mutualités.

6.5 Voilà pour la théorie. Voici la réalité de fin 2014...

Le lundi 6 octobre 2014, les objectifs budgétaires globaux pour l'année 2015 ont été proposés au sein du Comité de l'assurance. Comparativement à 2014, en 2015, un transfert de 3,559 millions d'euros du budget national vers les communautés et les régions a été prévu en conséquence de la mise en œuvre de la sixième réforme de l'État. Les objectifs budgétaires globaux s'appuyaient jusque-là sur la norme de croissance légale de 3 % (voir tableau 9).

	2015 en 000 euros
Objectifs budgétaires globaux 2014	27.861.560
Moyens transférés C/R dans l'objectif budgétaire 2014	3.559.190
Sous-total	24.302.370
Norme de croissance réelle 3 %	729.071
Sous-total	25.031.441
Inflation 1,3 %	325.409
Objectifs budgétaires globaux 2015	25.356.850

Source : Note CGV 2014/331

Tableau 9

Cette proposition était supérieure de 1.154.903.000 euros aux estimations techniques revues calculées pour 2015, mais le Comité de l'assurance a proposé de transférer entièrement ce montant au budget fédéral afin de limiter quelque peu le déficit dans le budget national. En outre, dans la proposition, 160 millions d'euros étaient prévus pour de nouvelles initiatives, qui devaient cependant être financés par un montant équivalent en économies.

Plus concrètement, le Comité de l'assurance a proposé d'économiser 100 millions d'euros dans le secteur des médicaments et de puiser les 60 millions restants dans les honoraires des médecins.

Pour les dentistes, un montant supplémentaire de 95 millions d'euros a été prévu pour le remboursement des bridges, couronnes, implants et prothèses osseuses, et la psychothérapie pourrait utiliser 48 millions d'euros pour le remboursement des consultations. 1 million d'euros supplémentaire était prévu pour les kinésithérapeutes, 400.000 euros pour les logopèdes, et enfin 15 millions d'euros supplémentaires ont été inscrits pour une augmentation des frais de déplacement des malades chroniques. Les perspectives n'étaient donc pas mirobolantes pour le budget des honoraires de médecins : uniquement des économies, mais pas un centime d'euro supplémentaire de budget (voir tableau 10).

	Demande d'économies (en millions d'euros)	Demande de financement en millions d'euros)
Honoraires médecins	60	
Médicaments	100	
Dentistes		95
Kinésithérapeutes		1
Logopédie		0,4
Santé mentale		48
Accès des malades chroniques, dispositifs médicaux- nutrition médicale, Livre blanc, etc.		15
Infirmières	neutre	
Hôpitaux		
Sages-femmes		
Implants		
Bandagistes et orthopédistes		
Opticiens		
Audiciens		
Revalidation		
Maisons médicales		
Total	160	159,4

Note CGV 2014/331

Tableau 10

Cependant, au cours de cette réunion du lundi matin du 6 octobre 2014, cette proposition n'a pas fait l'objet d'une approbation de la majorité des deux tiers ¹⁵⁷ : parmi les 39 membres présents au moment du vote (sur 42 ayant droit de vote), les mutualités ont comme à l'habitude voté en tant que bloc avec 21 voix *pour*, imitées par 3 prestataires de soins, mais les 14 voix *contre* provenant des bancs des médecins (7), des hôpitaux (5) et d'autres prestataires de soins (2), et une abstention (non comptabilisée) d'un prestataire de soins, ont apporté un contrepoids suffisant : le Comité de l'assurance n'a pas entériné la proposition du budget 2015.

La loi prévoit que si une majorité des deux tiers n'est pas atteinte lors d'une première réunion, une deuxième réunion est convoquée : cette fois une majorité simple est suffisante pour décider valablement.

Au cours des dernières années, ce deuxième vote avait à chaque fois lieu directement après la première réunion, mais cette fois, l'administration avait omis de joindre l'invitation à une deuxième réunion. Conséquence : on ne pouvait voter une deuxième fois et étant donné qu'il s'agissait déjà du premier lundi d'octobre, le Comité de l'assurance ne pouvait soumettre de proposition de budget global au Conseil général ni à la Commission de contrôle budgétaire. De ce fait, le gouvernement pouvait fixer lui-même le budget pour l'assurance maladie sans tenir compte d'une proposition du Comité de l'assurance.

Et c'est ce qui s'est passé. Le 11 octobre 2014, les membres du nouveau gouvernement fédéral ont prêté serment. L'accord de gouvernement comprend un chapitre détaillant les propositions concrètes relatives aux soins de santé pour la période gouvernementale complète de 2014 à 2019.

Quatre jours après la prestation de serment, le Conseil des ministres a fixé l'objectif budgétaire 2015 pour l'assurance maladie à 23.846,82 millions d'euros (soit pas moins de 1.510,03 millions d'euros de moins que les 25.356,85 millions d'euros dans la proposition non approuvée du Comité de l'assurance) et défini la marge de croissance qui sera d'application à partir de 2016, pour laquelle une modification de l'art. 40 de la loi coordonnée AMI était nécessaire¹⁵⁸. Dans cette marge de croissance, la norme de croissance passe de 3 % à 1,5 %, venant s'ajouter à la masse financière que représente l'index. En outre, une économie structurelle supplémentaire de 236 millions d'euros sur les dépenses de l'assurance maladie devra intervenir d'ici 2018.

Pour maintenir le budget de 23.846,82 d'euros prévu en 2015, il faut économiser 355,13 millions d'euros par rapport aux dépenses de 2014.

Le gouvernement a pour cela proposé la liste de mesures très détaillée suivante (voir tableau 11) :

¹⁵⁷ À la différence de la procédure observée au sein de la Commission nationale médico-mut, une majorité à deux tiers au premier tour est suffisante au sein du Comité de l'assurance. En cas de deuxième tour, une majorité simple suffit.

¹⁵⁸ Cf. article 142, chapitre 5, Loi-programme 19.12.2014 : Modifications de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (MB 27.08.1994).

	2015	Économies structurelles (sur base annuelle)
Objectif budgétaire	23.846,82	
Marge à atteindre	355,13	
Mesures	-355,11	-324,30
1. Dépassement indice-pivot 1 mois plus tard	-9,40	0,00
2. Sous-utilisation DMG+	-16,98	-16,98
3. Report tiers payant	-38,50	0,00
4. Révision technique mammographie et autres corrections techniques	-11,54	-8,54
5. Utilisation des capacités 70 % FPC Gent	-5,00	0,00
6. Médicaments	-89,00	-101,50
7. Mesure générale secteurs honoraires	-70,36	-70,36
8. Réanimation	-18,95	-18,95
9. Révision règles de financement hémodialyse	-23,00	-23,00
10. Pacemakers	-4,00	-8,00
11. Implants	-18,75	-25,00
12. Réduction du temps d'hospitalisation accouchements simples	-11,73	-14,08
13. Politique proactive	-5,00	-5,00
14. Simplification des tickets modérateurs des spécialistes	-32,89	-32,89
Solde	0,02	

Source CGV_2014/349

Tableau 11

Entretemps, le bureau fédéral du Plan a prévu que l'indice-pivot ne serait plus dépassé en 2015. En octobre 2014, le bureau du Plan avait pourtant prédit un dépassement de l'index-pivot en mars 2015, là où les estimations techniques revues de septembre 2014 postulaient un dépassement en février 2015. Ce délai d'un mois signifierait pour l'assurance maladie une réduction des dépenses de 9,40 millions d'euros.

Pour le DMG+¹⁵⁹, 24 millions d'euros étaient prévus en 2015, mais étant donné que le nombre de dossiers de patients complétés par un module de prévention a été significativement plus bas qu'initialement estimé, seul un montant de 7 millions d'euros serait utilisé sur la base forfaitaire actuelle. Le gouvernement a donc décidé de ne plus garder en réserve le montant restant de 16,98 millions d'euros, mais simplement de le supprimer. Décision peu sage quand on sait que la Belgique ne travaille pas assez sur la prévention¹⁶⁰.

Le système de tiers payant obligatoire, très contesté par l'ABSyM, pour les ayants-droits au tarif préférentiel et les malades chroniques a inspiré les partis gouvernementaux. Cependant, tout le monde sait que ce système entraîne des dépenses injustifiées. En conséquence du travail de lobbying réalisé avant la formation du gouvernement, notamment par nous, le tiers payant obligatoire a finalement été limité aux médecins généralistes et aux assurés bénéficiant du régime préférentiel et ne concerne donc pas les malades chroniques, y compris le multimillionnaire atteint par exemple d'asthme ou de diabète. En repoussant d'une demi-année la mise en œuvre du tiers payant obligatoire pour les assurés bénéficiant du régime préférentiel, 38,5 millions d'euros seront économisés, ce qui prouve que le gouvernement aussi se rend compte que le tiers payant obligatoire entraîne un accroissement des dépenses.

Un accord conclu il y a déjà plusieurs années visant à stimuler la numérisation de la mammographie a été balayé par le gouvernement ; en conséquence de quoi, pour des raisons totalement incompréhensibles, un budget de 8,5 millions d'euros a été retiré de la nomenclature. Encore une preuve que la Belgique n'accorde que peu d'intérêt à la prévention et ne prête même aucun intérêt à la (sur)exposition aux rayonnements. Outre ces 8,5 millions d'euros, 3 millions d'euros destinés à d'autres projets n'ont pas été attribués.

¹⁵⁹ Dossier médical global des médecins généralistes, complété par le module de prévention.

¹⁶⁰ Notamment selon le bureau d'études suédois Health Consumer Powerhouse, qui place la Belgique à la sixième position des meilleurs systèmes de santé sur une liste comptant 36 pays européens. « *Belgische gezondheidszorg zesde in Europa* ». *De Standaard*, 27.01.2015.

Le projet du « Forensisch Psychiatrisch Centrum » de Gand a pris tellement de retard que parmi les dépenses prévues de 17 millions d'euros du budget de l'assurance maladie pour 2015, seuls 12 millions d'euros seront dépensés et les 5 millions d'euros restants sont enregistrés comme une économie unique.

Le jackpot habituel quand on en vient aux sacrifices à faire dans les soins de santé, n'échappe pas non plus au gouvernement : il reprend complètement la proposition de 101,5 millions d'euros d'économies structurelles dans le budget des médicaments émanant du Comité de l'assurance.

Étant donné qu'un saut d'index social rectificateur pour les salariés est inscrit dans l'accord de gouvernement, celui-ci veut également étendre cela aux dépenses de nomenclature par le biais d'une même (unique) non-attribution de l'index de 0,53 %¹⁶¹, ce qui entraîne une économie de 70,4 millions d'euros au total, dont 42,4 millions d'euros sur les honoraires des médecins.

Le rapport d'audit de juin 2014 avait montré que les dépenses relatives aux prestations de réanimation étaient bien plus élevées au cours des dernières années (+ 43 %) que les estimations techniques ne le laissaient présager, après l'entrée en vigueur le 1^{er} décembre 2012 d'une révision radicale de l'article 13 de la nomenclature. Le Conseil Technique Médical de l'INAMI avait déjà formulé un certain nombre de propositions de récupération à hauteur de 10 millions d'euros, mais le gouvernement souhaitait récupérer le montant total du dépassement sur les 28,953 millions d'euros : 19 millions d'euros supplémentaires devaient donc être économisés.

Ceci ne met pas encore fin aux mesures à prendre dans la nomenclature. En Belgique, on compte proportionnellement davantage de dialyses rénales intramurales que dans les pays voisins. Afin de stimuler une réorientation vers un environnement extramural, le remboursement de l'hémodialyse ambulante au sein de l'hôpital a été réduit de 5,4 % (8 millions de moins dans le Budget des moyens financiers) et les honoraires des néphrologues ont été réduits de 8,5 %, ce qui entraîne une économie supplémentaire de 15 millions d'euros pour le gouvernement. Au total, il est donc question d'une mesure d'économie structurelle de 23 millions d'euros sur la dialyse rénale. Il semble que cette lourde frappe aux honoraires s'explique en grande partie par un rapport du KCE tout à fait erroné relatif aux revenus de certaines spécialités, en particulier les néphrologues^{162, 163}.

Le nombre d'implantations de pacemakers est significativement plus élevé en Belgique que dans le reste de l'Europe : une correction est attendue avant le 1^{er} juillet 2015 et une économie supplémentaire de 4 millions d'euros doit être réalisée. Le gouvernement doit également réduire globalement le coût de revient des implants : il souhaite réaliser dans ce secteur 25 millions d'euros d'économies structurelles, dont déjà 18,75 millions en 2015.

Nous avons depuis longtemps attiré l'attention sur une durée d'hospitalisation moyenne pour les accouchements normaux bien plus longue en Belgique que dans les autres États européens (respectivement 4,5 jours contre 2,1 jours). Le gouvernement souhaite réduire la durée d'hospitalisation moyenne belge d'une demi-journée en 2015 et d'un jour entier en 2016. Pour 2015, il est ici question d'une économie de près de 12 millions d'euros.

Certaines dépenses en assurance maladie posent encore question. Citons notamment les examens ou traitements qui ne sont plus en accord avec les connaissances actuelles de la science ou pour lesquels il existe

¹⁶¹ Pour les prestations payées par les honoraires, l'index est utilisé de juin de l'année X -1 à juin de l'année X, ici de juin 2013 à juin 2014. L'indexation des honoraires se fait donc toujours une année après sur l'indexation des salaires.

¹⁶² Rapport du KCE 178A : « Manuel pour une tarification des interventions hospitalières basée sur les coûts ». 29.11.2011.

¹⁶³ Nous avons évoqué le rapport du KCE 178A dans notre rapport annuel du GBS 2012 en date du 02.02.2013 : « Une pilule mutualiste empoisonnée » que, malgré le fait que la conclusion comprenait le passage clair suivant : « *The figures presented in the table above obviously do not reflect the reality of each physician in each specialty. The variability in the data is large and the number of observations is small. More accurate data would require the participation of more hospitals in an updated study.* », une forme implicite de rééquilibrage qui sera une source d'inspiration pour les prochains accords est d'application. CQFD ! Le KCE ne prend aucune initiative de révision ou d'actualisation de l'étude étant donné qu'elle est avantageuse pour le gouvernement.

des différences régionales ou locales inexplicables. Le Conseil Technique Médical enquête en permanence sur de telles anomalies. La recherche et la correction de ces dépenses sont synthétisées sous le titre « politique proactive » ; elles ont déjà été estimées à 12 millions d'euros. Selon le gouvernement, les efforts doivent être intensifiés en la matière, avec comme résultat une économie supplémentaire de 5 millions d'euros.

À l'heure actuelle, les tickets modérateurs des différentes spécialités médicales ne sont pas uniformes. Le KCE avait donc proposé d'abandonner le système actuel et de passer à un système uniforme avec des montants fixes¹⁶⁴. Jusqu'à présent, les tickets modérateurs étaient calculés sur la base d'un pourcentage (en moyenne 40 %) de l'honoraire total du spécialiste. Le gouvernement a décidé de limiter cette grande variété de tickets modérateurs à deux catégories : 3 € pour les ayants droit au tarif préférentiel et 12 € pour les autres, avec en outre une augmentation de 50 % pour les consultations le week-end et jours fériés entre 8 h et 21 h, à savoir respectivement 1,5 € et 6 €. Cela entraîne une économie de 32,9 millions d'euros sur le budget de l'INAMI, mais ce montant devra donc être pris en charge par le patient¹⁶⁵. Une simplification similaire avait déjà été mise en œuvre en 2011 pour les médecins généralistes. Sur un ticket modérateur moyen de 25 %, les tickets modérateurs ont été uniformisés à respectivement 4 et 6 euros selon qu'il s'agisse d'ayants droit au tarif préférentiel ou non, parfois réductible à 1 euro, avec une majoration de 1 € ou de 1,5 € pour les consultations le week-end ou jours fériés entre 8 h et 21 h¹⁶⁶.

Il convient à ce sujet de signaler que le ticket modérateur correspondait encore il y a quelques années à 10,2 % des dépenses totales pour les soins de santé, mais qu'il a depuis lors été réduit à 9,6 %. Le ticket modérateur ne correspond qu'à une partie de la somme que le patient doit prendre en charge : à l'heure actuelle, 24,5 % de tous les frais de santé sont à la charge du patient, ce qui s'explique en grande partie par les coûts des médicaments non remboursés et, dans une moindre mesure, par certains suppléments d'honoraires.

En résumé, les décisions du gouvernement induisent une économie de 121,936 millions d'euros sur les honoraires médicaux.

L'industrie pharmaceutique doit économiser 93,296 millions d'euros en 2015 et les dentistes ne bénéficient pas de 95 millions d'euros supplémentaires, comme proposé par le Comité de l'assurance, mais doivent en revanche économiser 4,64 millions d'euros.

Constat frappant : cette proposition du gouvernement ne fait que très superficiellement allusion aux frais administratifs des organismes assureurs et aux économies qui devraient pouvoir être réalisées à travers une plus grande uniformisation des systèmes informatiques des différentes mutualités.

Le 20 octobre 2014 (donc dans les délais légaux – à savoir au plus tard le troisième lundi du mois), le Conseil général de l'INAMI a entériné la décision de gouvernement et sa répartition dans les objectifs budgétaires ; moins d'une semaine plus tard, le 27 octobre 2014, le Comité de l'assurance a pris à son tour acte de la décision du Conseil général.

Avec ce cadre budgétaire très strict, le président de la médico-mut, M. Jo DE COCK, administrateur général de l'INAMI, devait agir avec diplomatie pour tenter de faire accepter ces mesures d'économies et ainsi parvenir à un nouvel accord tarifaire entre les organisations de médecins et les organismes assureurs pour les deux prochaines années. Au cours de la réunion de la médico-mut du lundi 3 novembre 2014, les principes généraux pour un éventuel nouvel accord ont été discutés.

Quelques jours auparavant, le mercredi 29 octobre 2014, les organisations représentatives de médecins avaient été invitées par la nouvelle ministre des Affaires sociales et de la Santé publique (pour la première fois de

¹⁶⁴ « Détermination du ticket modérateur en fonction de la valeur sociétale de la prestation ou du produit ». Rapport du KCE 186A. 16.10.2012.

¹⁶⁵ A.R. du 19.12.2014 modifiant l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations (MB 29.12.2014).

¹⁶⁶ A.R. du 02.10.2011 modifiant l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations (MB 18.10.2011).

mémoire d'homme,¹⁶⁷ un médecin), notre consœur Maggie DE BLOCK. Comme indiqué plus haut, les membres de l'ABSyM étaient très peu enthousiastes pour conclure un nouvel accord. Les représentants de l'ABSyM ont donc rappelé à la ministre Maggie DE BLOCK qu'ils refuseraient de conclure un accord s'il n'était pas juridiquement établi que pendant la durée de l'accord, on ne pourrait pas toucher aux honoraires. Elle a à ce sujet indiqué aux délégations que 2015 serait pour elle une année transitoire et qu'elle attendait par conséquent un accord d'un an.

Le 13 novembre 2014, la ministre Maggie DE BLOCK a soumis sa note d'orientation politique, dans laquelle elle compte explicitement sur les prestataires de soins et les organismes assureurs pour engager les dépenses de santé publique de manière aussi ciblée que possible. Elle a donc plaidé, à la grande satisfaction des médecins, pour poursuivre le modèle de concertation actuel, même si le cadre budgétaire strict du nouveau gouvernement avait ramené la marge de négociation financière à presque zéro. La ministre Maggie DE BLOCK a de nouveau rappelé dans sa note d'orientation politique que 2015 était une année transitoire. Elle y a également souligné que les nouvelles initiatives ne pouvaient être financées que par des économies réalisées dans d'autres secteurs, ou grâce à des budgets encore disponibles à l'intérieur d'un secteur. Il ne pouvait être question de fonds supplémentaires.

6.6 Un optimisme mitigé, mais l'espoir et un bon diplomate...

Suite à la concertation du 26.11.2014 avec la ministre DE BLOCK et après avoir passé – du moins nous le supposons – un certain nombre de coups de fil informels, le président de la médico-mut Jo DE COCK a distribué au cours de la réunion du 15 décembre 2014 une première liste de propositions (y inclus les objectifs du gouvernement).

En sus du traditionnel mélange d'économies et de moyens destinés aux nouvelles initiatives, aussi bien pour les généralistes que pour les spécialistes, ce projet comportait une série de principes et d'accords généraux concernant notamment la promotion du conventionnement, les suppléments d'honoraires, la transparence des données de facturation, etc.

La réunion s'est déroulée dans une ambiance glaciale, due pour une part à l'attitude particulièrement inflexible du président des Mutualités Chrétiennes et du Collège Intermutualiste National, Marc JUSTAERT. L'exigence des mutualités d'imposer aux médecins, sous couvert de la loi sur la transparence, l'obligation de communiquer toutes les données financières de toutes les prestations ambulatoires (y compris celles pour lesquelles aucun remboursement n'est prévu dans le cadre de notre système d'assurance-maladie) non seulement aux patients mais aussi directement aux organismes assureurs dépassait de loin les limites de l'acceptable.

Cette loi sur la transparence¹⁶⁸ entend accroître la transparence financière dans le secteur des soins de santé, conformément à la directive européenne en la matière¹⁶⁹. Ses arrêtés d'exécution doivent encore être publiés et nécessitent un avis préalable de la Commission Nationale Médico-Mutualiste.

L'idée est d'abandonner en cours de route l'administration papier et de privilégier autant que faire se peut les outils électroniques. Les mutualités, qui ont été étroitement impliquées dans la rédaction de la loi sur la transparence sous le gouvernement DI RUPO, estiment qu'il conviendrait de promouvoir le plus possible le système du tiers-payant. Si toutes les données étaient communiquées aux organismes assureurs par voie électronique, les patients ne disposeraient plus guère de preuves matérielles, puisqu'ils ne recevraient plus d'attestations de soins donnés sous forme papier. Pour contourner cet écueil, les médecins se verraient donc contraints de leur délivrer une autre forme de preuve. Les mutuelles ont tenté de faire passer par le biais de la loi sur la transparence des exigences allant bien au-delà de celles de l'Union européenne ; elles n'y sont toutefois parvenues qu'en partie, grâce notamment à la farouche opposition de l'ABSyM au sein de la médico-mut. Le 28.11.2013, le syndicat avait même décidé dans ce contexte de se retirer de l'accord du 23.01.2013 à

¹⁶⁷ Le communiste Albert Marteaux est le dernier docteur à avoir occupé cette fonction, en 1944 (gouvernement Pierlot V), en 1945-46 (gouvernements Van Acker I et II) et 1946-47 (gouvernement Van Acker III et gouvernement Huysmans).

¹⁶⁸ Cf. chapitre 10 de la Loi-Santé du 04.04.2014 (MB 30.04.2014).

¹⁶⁹ Directive 2011/24/EU du Parlement Européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers.

titre conservatoire¹⁷⁰. Feignant le trou de mémoire, Monsieur Marc JUSTAERT (MC) a tenté de forcer la médico-mut à prévoir dans l'accord 2015 des dispositions plus poussées que celles qu'il était parvenu à faire inscrire dans la loi sur la transparence par le biais de ses cabinettards. La discussion de ce point a été bien plus pénible que celle du volet purement financier. La rédaction des recommandations et des points de programme particuliers¹⁷¹ a même encore fait capoter la concertation le 22.12.2014, quasiment à la dernière minute.

Pour les syndicats, la tentative des mutualités d'obtenir un enregistrement ou un plafonnement de l'honoraire maximum des médecins non ou partiellement conventionnés, soit pour les prestations techniques, soit pour les consultations, était parfaitement inacceptable pour les syndicats.

La réunion du 15.12.2014 s'est donc clôturée sans accord, et sur des perspectives passablement sombres.

Bien que les principales pierres d'achoppement – notamment une intervention inadmissible dans le secteur de la radiologie – aient été clairement identifiées en préparation de la réunion suivante de la médico-mut, une semaine plus tard (le 22 décembre), les débats se sont poursuivis dans un climat extrêmement tendu. Ce n'est vraiment que grâce aux talents de négociateur de Jo DE COCK que, le 22 décembre 2014 (en réalité le 23, puisque le vote s'est tenu à 00 h 30), des adaptations suffisantes ont enfin pu être réalisées – à savoir une application acceptable de la loi sur la transparence, le retrait de la proposition de plafonner les honoraires des médecins non conventionnés et, *last but not least*, le retrait de l'exigence récurrente de Marc JUSTAERT (et donc du banc mutualiste) de rembourser moins les médecins non conventionnés que leurs collègues conventionnés pour une même prestation (remboursement différencié) – pour rendre possible la conclusion d'un accord portant sur une durée d'un an.

Mentionnons encore que tant le Cartel que le nouveau syndicat AADM soutenaient Marc JUSTAERT dans sa demande d'un remboursement différencié et que, au début de la séance du 22.12.2014, la présidente de Domus Medica Maaïke VAN OVERLOOP s'est rendue coupable au nom de l'AADM d'une agression verbale absolument injustifiée à l'encontre du président DE COCK. Ce dernier avait en effet eu l'audace de convier un certain nombre de spécialistes le vendredi 19.12.2014 dans l'après-midi en vue de clarifier une série de dossiers financiers techniques touchant à la médecine spécialisée et en particulier hospitalière, mais sans impliquer l'AADM dans la discussion. Une réaction d'autant plus surprenante que, d'après la même Maaïke VAN OVERLOOP, Domus Medica n'a pas la possibilité de participer à la concertation médico-pharmaceutique (CMP)¹⁷² pendant les heures de travail... Ce qui est d'ailleurs une erreur, puisque ce n'est pas Domus Medica mais l'AADM qui a été conviée à la CMP en sa qualité de soi-disant « syndicat médical représentatif ».

6.7 ... font vivre et débouchent sur un résultat net acceptable

Entre-temps, tous les médecins ont reçu par la poste le 28 ou 29.01.2015 les 15 pages du nouvel accord, qui débute par le constat que nous vivons aujourd'hui une période d'incertitude et rappelle que, comme le prévoyait déjà la déclaration de politique de la ministre, cette convention ne porte que sur une durée d'un an.

Une exigence majeure de l'ABSyM – l'obligation, pour toutes les parties, de se tenir aux dispositions de cet accord pour toute sa durée de validité – est mentionnée dès le point 1.1, qui rappelle également d'emblée la responsabilité du gouvernement à cet égard. Toute entorse signerait la fin définitive de notre modèle de concertation.

La médico-mut précise également qu'elle souhaite être étroitement impliquée dès le départ dans toutes les initiatives que pourrait prendre le gouvernement dans le cadre de la réforme de l'assurance-maladie, du financement hospitalier et de l'AR n°78 qui règle l'organisation des professions de soins (point 1.2.).

¹⁷⁰ Rapport annuel 2013 du GBS du Dr Marc Moens : « Et encore une année passée au "bashing" des médecins ». Point 5.3. La transparence mutualiste.

¹⁷¹ Point 5, et en particulier point 5.2. de l'accord médico-mutualiste du 22.12.2014.

¹⁷² Mail envoyé le jeudi 15.01.2015 à 19h15 par la « présidente » aux participants à la Concertation Médico-Pharmaceutique prévue pour le lundi 19.01.2015 à 14h00 : « Chers tous, Ce moment ne convient absolument pas à Domus Medica. Veuillez trouver une autre date. Cordialement, Maaïke Van Overloop, Présidente Domus Medica ».

Le gouvernement limite la norme de croissance à 1,5 % et décide d'imposer un « saut d'index » sur les honoraires (perte de 0,53% sur la masse d'honoraires ou réduction des dépenses de 42,4 millions d'euros), de telle sorte que le budget dévolu aux honoraires des médecins s'élève finalement à € 7.770.864.000, auxquels viennent s'ajouter 148,8 millions pour les honoraires de dialyse rénale¹⁷³.

Parmi les autres mesures d'économies figure la correction du dépassement budgétaire observé dans les services de soins intensifs. Au terme de longues négociations était entrée en vigueur au 1^{er} décembre 2012 une nouvelle nomenclature, pour laquelle avait été prévu un budget supplémentaire de 11 millions d'euros. Il s'est toutefois avéré en 2014 que, suite à une utilisation inappropriée de cette nouvelle nomenclature, y compris en-dehors des services de soins intensifs proprement dits, le surcoût s'élevait non pas à 11 mais à 40 millions d'euros. Face à ce constat, une série de mesures de correction correspondant à environ 10 millions d'euros ont été mises en place dès 2014 ; le gouvernement a toutefois décidé de neutraliser complètement le dépassement budgétaire enregistré, ce qui implique une économie supplémentaire de 19 millions. À l'heure d'écrire ces lignes, le Conseil Technique Médical met la dernière main aux propositions qui devraient permettre de dégager ce montant d'une façon plus sélective que de simples mesures linéaires, qui toucheraient tout le monde à partir du 01.02.2015¹⁷⁴.

La décision du gouvernement de ne pas dépenser la marge budgétaire non utilisée de 17 millions d'euros du module de prévention du DMG (le « DMG+ ») est confirmée, tout comme le report de six mois de l'entrée en vigueur du tiers-payant obligatoire pour les consultations en médecine générale au profit des bénéficiaires du régime préférentiel.

Par rapport aux propositions d'économies formulées par le gouvernement, l'ABSyM et la Société Belge de Radiologie ont heureusement pu faire comprendre aux responsables de l'INAMI et au cabinet de la nouvelle ministre que les mesures touchant les radiologues étaient complètement injustifiées. Elles prévoyaient en effet non seulement la suppression du budget promis de longue date¹⁷⁵ pour la numérisation de la mammographie mais aussi une économie de 11 millions sur les moyens dévolus aux mammographies diagnostiques – une conséquence des convictions (scientifiquement) erronées de l'ex-ministre Laurette ONKELINX¹⁷⁶ contre lesquelles s'est si souvent élevé le médecin et ancien sénateur Louis IDE. Ceci revenait à méconnaître de façon flagrante les propositions approuvées depuis plusieurs années par le Conseil Technique Médical mais jamais signées par la ministre Onkelinx, qui prévoyaient justement de trouver les fonds supplémentaires nécessaires pour financer la numérisation de la mammographie dans le secteur lui-même, au travers d'une adaptation de la nomenclature des mammographies diagnostiques. C'est pour cette raison qu'il a été convenu dans l'accord du 22.12.2014 de ne pas supprimer le budget de 8,5 millions d'euros prévu pour la numérisation comme l'avait initialement décidé le gouvernement, mais de l'attribuer de façon effective à partir de 2015.

Comme chaque année, on observe également que certaines dépenses ont été comptabilisées dans la mauvaise rubrique. Grâce à un contrôle méticuleux des budgets partiels réalisé notamment par les collaborateurs du Dr Ri DE RIDDER, fonctionnaire dirigeant du service des soins de santé, une somme de trois millions d'euros qui figurait dans le budget des médecins mais avait en réalité une autre destination a finalement pu être imputé au secteur des honoraires médicaux.

La première mesure politique de Maggie DE BLOCK concerne la simplification du système des tickets modérateurs en médecine spécialisée¹⁷⁷. L'honoraire d'une consultation chez le généraliste s'élève actuellement à 24,48 euros, dont 6,00 € de ticket modérateur pour les assurés ordinaires. L'honoraire des spécialistes des disciplines coupantes¹⁷⁸ (tels que les chirurgiens, les orthopédistes, les urologues mais aussi les ORL et les ophtalmologues) est le même qu'en médecine générale, la quote-part personnelle s'élevant en moyenne, jusqu'au 31.12.2014, à environ 40 %. Le patient payait donc de sa poche quelque 8,23 euros sur l'honoraire de ces « petits » spécialistes (24,48 euros). Chez les autres, par exemple pour une consultation chez

¹⁷³ Soit 6,107 millions d'euros de moins qu'en 2014.

¹⁷⁴ Cf. point 4.2.2. a) de l'accord du 22.12.2014.

¹⁷⁵ Promis et approuvé en séance plénière du Conseil Technique Médical en mai 2012.

¹⁷⁶ « Onkelinx: pro diagnostische mammografie ». *De Huisarts*, 16.12.2010

¹⁷⁷ Cf. aussi le point [6.5](#).

¹⁷⁸ Quelquefois désignés avec une pointe de sarcasme sous le nom de « petits spécialistes ».

un psychiatre ou un oncologue médical, cette quote-part personnelle pouvait atteindre 15,50 euros. Jusqu'au 31.12.2014, le montant du ticket modérateur dépendait donc du type de spécialiste consulté. Conformément à une proposition du KCE, le gouvernement – et non la médico-mut – a décidé d'uniformiser ce ticket modérateur, qui sera désormais de 3,00 € pour les bénéficiaires de l'intervention majorée et de 12,00 € pour les assurés ordinaires. Cela signifie, en clair, que la quote-part personnelle du patient va augmenter dans certaines spécialités mais diminuer dans d'autres (cf. tableau 12). Chez les « petits » spécialistes, le ticket modérateur sera désormais deux fois plus élevé qu'en médecine générale (12,00 € chez le spécialiste contre 6,00 € chez le généraliste). La ministre DE BLOCK n'a manifestement pas oublié qu'elle a été médecin de famille dans une vie antérieure ! Reste qu'en moyenne, les patients vont devoir déboursier davantage pour consulter un spécialiste, ce qui va générer une économie de 32,9 millions d'euros pour l'assurance-maladie mais aussi une augmentation du pourcentage global de la quote-part personnelle du patient dans notre pays.

Simplification des tickets modérateurs consultation spécialistes (à partir du 01.01.2015)

- Ayants droit au tarif préférentiel : **3,00 € (ADTP)**
- Autres : **12,00 € (A)**

Tickets modérateurs valables jusqu'au 31.12.2014 inclus*	ADTP	A
- Spécialiste (par ex. gynécologue, chirurgien, ophtalmologue, orthopédiste, etc.)	2,81 (↑)	8,23 (↑↑)
- Médecine interne	2,66 (↑)	12,57 (↓)
- Neurologie	3,11 (↓)	15,50 (↓↓)
- Psychiatrie	2,92 (↑)	15,50 (↓↓)
- Pédiatrie	2,86 (↑)	13,52 (↓)
- Cardiologie	2,66 (↑)	12,57 (↓)
- Gastroentérologie	2,66 (↑)	12,57 (↓)
- Pneumologie	2,66 (↑)	13,20 (↓)
- Rhumatologie	3,60 (↓)	15,50 (↓↓)
- Dermatologie	3,10 (↓)	11,46 (↑)
- Anesthésie	2,81 (↑)	8,24 (↑↑)
- Endocrino-diabétologie	2,86 (↑)	15,50 (↓↓)
- Gériatrie	2,66 (↑)	12,57 (↓)
- Oncologie médicale	2,86 (↑)	15,50 (↓↓)
- Hématologie	2,86 (↑)	15,50 (↓↓)

Tableau 12

°Note Conseil général INAMI 2014/079 du 20.10.2014 (point 14) : « résultat » : 32,9 millions d'euros

*Tarifs 01.10.2014

↑: augmentation du ticket modérateur pour le patient

↓: baisse du ticket modérateur pour le patient

À l'instar de tous ceux qui ont été conclus ces dernières années, le nouvel accord insiste une nouvelle fois sur la prescription des médicaments les moins chers. Les initiatives qui ont été prises jusqu'à présent – avec notamment des campagnes de feedback – vont être intensifiées.

L'accord consacre ensuite tout un chapitre à décrire en détail les différentes mesures touchant aussi bien les généralistes que les spécialistes (voir tableau 13).

Toujours en ce qui concerne les médecins généralistes, l'accord propose d'accroître la rémunération pour la prise en charge des diabétiques de type 2 en élargissant les trajets de soins diabète (qui concernent actuellement quelque 150.000 patients enregistrés) à un continuum de soins qui inclurait également les prédiabétiques. On estime à environ 355.000 le nombre de personnes concernées. Est prévu pour ce poste un montant de 20 euros par patient moyennant enregistrement obligatoire de ses données, ce qui correspond à un budget supplémentaire de 6,721 millions d'euros. Ces 20 euros correspondent en réalité à un ajustement de l'honoraire relatif au passeport diabète, qui augmente d'environ 2,4 euros.

La possibilité de créer une quinzaine de nouveaux postes de garde en médecine générale est également reprise dans le nouvel accord, qui stipule en outre que ces structures doivent s'organiser de façon plus efficiente et élaborer avant la fin de l'année un plan de conventions avec les services d'urgences des hôpitaux de la région en vue d'une collaboration et d'une stratégie de renvoi plus efficaces. Est prévu pour ce poste un montant de 10,2 millions d'euros, dont environ la moitié provient du budget des honoraires de disponibilité, qui devrait logiquement être moins sollicité grâce à la présence de postes de garde à la fois plus nombreux et mieux organisés. En attendant que des propositions concrètes soient élaborées à ce sujet, cet honoraire continuera toutefois à exister sous une forme inchangée.

Le dossier des consultations complexes ou de longue durée traîne depuis un moment déjà, et les syndicats médicaux sont depuis longtemps demandeurs de moyens supplémentaires pour ce poste. Un montant de 1,764 million d'euros vient à présent d'être officiellement inscrit dans le budget. Le Conseil Technique Médical doit toutefois encore formuler – avant le 30 juin 2015 – des propositions concrètes quant aux conditions d'utilisation de ces fonds supplémentaires.

Sur 49,556 millions d'euros dégagés par le biais de diverses mesures d'austérité à l'intérieur du budget partiel des honoraires médicaux, un peu plus de la moitié (51,7%) est consacrée à des mesures au bénéfice des généralistes.

Les spécialistes aussi vont être soumis à une série d'économies – à commencer, comme en médecine générale, par un saut d'index. Par ailleurs, en attendant des mesures structurelles et plus équitables, les décisions du gouvernement concernant les économies dans le domaine de la dialyse rénale et des prestations de réanimation vont être implémentées par le biais d'une ponction linéaire de respectivement 8,5 et 18,55% sur les honoraires. Les radiologues verront leurs dépenses pour les mammographies diagnostiques amputées de 8,5 millions, qu'ils récupéreront toutefois par le biais des honoraires dévolus à la numérisation de la mammographie.

L'audit permanent a également dévoilé l'apparition d'un important dépassement budgétaire dans les secteurs de la douleur chronique et de l'orthopédie. En ce qui concerne la douleur chronique, le problème vient moins d'une augmentation des dépenses que de la réalisation incomplète de mesures d'économies décidées dans le passé. Dans la mesure où les dépenses supplémentaires doivent être neutralisées à l'intérieur du budget du secteur, la prise en charge de la douleur va devoir consentir en 2015 un effort de 2 millions d'euros. Là aussi, celui-ci sera réalisé par le biais de la classique intervention linéaire, à moins que ne soient formulées d'autres propositions spécifiques permettant de dégager de façon structurelle un montant équivalent. La balle est donc dans le camp des algologues...

Les médecins non accrédités vont être soumis à une économie de 1% sur leurs prestations techniques – une mesure qui devrait rapporter quelque 6,13 millions d'euros sur base annuelle. Dans la mesure où elle impose une modification de la nomenclature et donc un détour par le Conseil Technique Médical, la médico-mut et le Comité de l'Assurance, elle n'entrera toutefois en vigueur que dans le courant de l'année 2015.

Cette série de mesures d'économies a permis de créer une marge budgétaire pour financer un certain nombre de projets approuvés de longue date, mais qui n'avaient jusqu'ici jamais pu être réalisés faute de moyens. Dans le secteur de la biologie clinique, notamment, certaines propositions approuvées par le Conseil Technique Médical prennent la poussière depuis cinq à sept ans. Des adaptations de remboursement toucheront entre autres les tests pour l'*Aspergillus*, la *Legionella*, la parapatéinémie, le CMV, l'EBV, le *Mycobacterium tuberculosis*, l'*E. coli* et l'HCG, pour un montant total de 0,41 million d'euros. La révision prévue de longue date de la nomenclature en biologie clinique hématologique (1,179 millions d'euros) va elle aussi enfin pouvoir être réalisée, ce qui devrait bénéficier surtout aux patients atteints de leucémie.

Les dermatologues peuvent s'attendre à une revalorisation importante (mais bien nécessaire) de quelque 3,853 millions d'euros par le biais d'une adaptation de la nomenclature pour les pathologies chroniques et les prestations chirurgicales.

Mentionnons encore la revalorisation – réclamée par l'ABSyM et par le Cartel – des honoraires des neuropédiatres (1,19 millions d'euros) et des neurologues (1,61 millions d'euros). Un budget supplémentaire est également prévu pour la visite du spécialiste au chevet d'un patient résidant en MRS¹⁷⁹ à la demande du généraliste.

Une autre importante pierre d'achoppement qui a enfin pu être corrigée concerne l'interdiction de cumul entre l'honoraire de surveillance du gériatre en service G et les petites interventions. Dans la mesure où, de par l'existence d'une mobilité réduite et de comorbidités accrues, ces petites interventions s'accompagnent justement très souvent d'une hospitalisation en service G de patients âgés, cet état de fait débouchait jusqu'ici sur une situation complètement faussée, à présent corrigée par la suppression de l'interdiction de cumul.

6.8 Donneurs vivants

La problématique des donneurs vivants est un autre point qui figure dans le budget des spécialistes, mais sans effet sur leurs honoraires. Depuis quelques années, un nombre croissant de dons d'organes (ou de parties d'organes) proviennent de donneurs vivants. Jusqu'ici, ce geste d'humanité très particulier et complètement désintéressé avait toutefois aussi des conséquences financières pour le donneur, puisque celui-ci était tenu de s'acquitter du ticket modérateur associé aux diverses procédures médicales entourant son don. Grâce à un nouveau budget de 0,263 million d'euros, ces tickets modérateurs seront à l'avenir pris en charge par l'assurance-maladie.

6.9 Guidelines

Un certain nombre d'autres mesures ne s'accompagnent pas d'économies ou de surcoûts directs, mais doivent déboucher, à terme, sur une utilisation plus efficace des moyens financiers disponibles. Un exemple en est une sensibilisation intensive au respect des guidelines en matière d'imagerie médicale. Un groupe de travail spécifique s'efforcera de mieux harmoniser les propositions formulées par le Collège des médecins spécialistes en imagerie médicale du SPF Santé publique avec la nomenclature. Ces propositions doivent être formulées au second semestre 2015.

6.10 Rémunération pour les médecins spécialistes en formation

L'ABSyM aspire depuis de nombreuses années à rectifier le déséquilibre qui existe actuellement dans l'intervention financière pour la formation des médecins spécialistes.

À l'heure actuelle, seuls les hôpitaux académiques bénéficient d'un financement par maître de stage et par stagiaire, au travers du budget partiel B7 du Budget des Moyens Financiers (BMF). Dans les établissements non universitaires, les maîtres de stage et médecins spécialistes en formation ne bénéficient d'aucun financement, alors même qu'ils sont soumis aux dispositions des mêmes lois et arrêtés, aux mêmes statuts, aux mêmes horaires difficiles, aux mêmes « salaires » et qu'ils assument les mêmes missions d'utilité publique au sein des services d'urgences.

La totalité de ces charges afférentes aux médecins spécialistes en formation professionnelle (MSFP) sont actuellement couvertes par les honoraires des maîtres de stage. Au cours de la période de préparation qui a précédé cet accord, une rémunération de 11.000 € par médecin spécialiste en formation a été planifiée pour

¹⁷⁹ Maison de repos et de soins.

ces maîtres de stage non universitaires, mais nous savons par expérience que la mise en pratique de telles mesures implique d'abord un lent et pénible parcours procédural. Ceci exige inévitablement une concertation poussée entre toutes les parties impliquées, mais peut-être aussi la création d'un nouvel organe paritaire qui réunira maîtres de stage universitaires et non universitaires et qui devra donner forme à ce nouveau mode de financement. C'est pour cette raison que l'ABSyM a proposé de ne pas encore prévoir les moyens nécessaires en 2015, car ce budget aurait dû être trouvé par le biais d'économies sur d'autres volets du budget des honoraires médicaux. En 2015, le syndicat a donc préféré consacrer les maigres moyens financiers qui ont pu être grappillés aux projets mentionnés plus haut. Le principe que la rémunération forfaitaire des maîtres de stage non universitaires par MSFP ayant d'un plan de stage reconnu sera concrétisée en 2016 figure néanmoins explicitement dans l'accord du 22.12.2014¹⁸⁰. C'est un premier pas pour parvenir à une indemnisation correcte des médecins spécialistes en formation et de leurs maîtres de stage, y compris dans les hôpitaux non universitaires.

6.11 Informatisation et promotion du conventionnement

Afin de stimuler davantage encore l'utilisation des outils de télématique parmi les médecins généralistes, l'allocation de pratique sera augmentée d'un montant de 500 € pour atteindre 2.150 € par médecin, mais uniquement pour les conventionnés complets. S'y ajoutent 817,20 € correspondant à l'intégration de la prime de télématique au budget de l'allocation de pratique (sans exigence de conventionnement).

Une autre mesure qui figure dans l'accord concerne la promotion du chargement, par le généraliste, de données médicales concises qui doivent permettre de créer un document électronique reprenant les données minimales dont un médecin a besoin pour évaluer rapidement l'état de santé du patient, par exemple lors d'une admission aux urgences à l'autre bout du pays. Ce sont les « SUMEHR ».

Les généralistes qui chargent ces données par le biais du DMI en 2015 bénéficieront pour cela d'une prime supplémentaire de 500 €, à condition de charger par pratique un nombre moyen de 100 SUMEHR par médecin.

Certaines spécialités médicales affichent depuis plusieurs années un pourcentage élevé de refus d'adhésion à la convention (voir tableau 14). Pour remédier à cette situation, il a été proposé de développer en concertation avec les disciplines concernées (ophtalmologie, gynécologie, dermatologie) des initiatives supplémentaires pour réduire ce pourcentage de refus à l'avenir.

Nombre de médecins avec refus > 50 %				
	Total	Convention	Refus	% conv
Dermatologie	729	193	536	26
Ophtalmologie	1046	376	670	36
Gynécologie	1395	584	811	42
Chirurgie plastique	238	74	164	31

Source : Profils INAMI

Tableau 14

6.12 La confrontation avec les mutuelles

Les principaux obstacles qui ont émaillé les négociations en vue de ce nouvel accord ne résidaient pas tant dans les économies et la marge budgétaire inexistantes, mais presque exclusivement dans les dispositions reprises au point 5 de l'accord, « recommandations et points de programme particuliers »¹⁸¹.

L'accord conclu le 23.01.2013 pour les années 2013 et 2014 comportait un paragraphe relatif aux suppléments d'honoraires en chambre double ou commune à l'hôpital de jour, qui étaient complètement supprimés pour les médecins conventionnés mais restaient possibles pour leurs collègues n'adhérant pas à l'accord – sauf pour les

¹⁸⁰ Cf. point 4.2.10 de l'accord médico-mutualiste du 22.12.2014.

¹⁸¹ Cf. aussi point 5.5.

prestations au profit de patients hémato-oncologiques. L'accord de gouvernement du 9 octobre 2014 prévoit d'introduire une interdiction de facturer des suppléments d'honoraires lors d'une hospitalisation de jour en chambre double ou commune, mais sans mentionner de date exacte pour l'entrée en vigueur de cette mesure¹⁸². L'ABSyM s'est toujours opposée à ce type d'interdiction, mais les mutualités exigeaient que l'accord fixe une date dans un avenir proche. Le diplomate Jo DE COCK a finalement trouvé le moyen de rassurer toutes les parties en intégrant au texte la phrase « [la CNMM] prend acte de l'intention du gouvernement de réaliser cette mesure pour le 30 juin 2015 »¹⁸³, bien que ceci ne figure pas explicitement dans l'accord de gouvernement !

Les exigences des organismes assureurs concernant la loi sur la transparence (cf. plus haut) était parfaitement inacceptables pour les syndicats, et ce n'est qu'au terme de longs palabres et grâce à l'excellence du jeu de ping-pong diplomatique du président Jo DE COCK que les mutualités ont finalement accepté de modérer leurs demandes démesurées. Au final, l'obligation de communiquer les données financières des prestations aussi bien au patient qu'à sa mutuelle ne s'appliquera qu'en cas de facturation électronique (qui n'est encore aujourd'hui qu'un lointain projet) *et* à la condition d'être accompagnées, au moins en partie, de prestations remboursées par l'assurance-maladie. Pour le reste, la médico-mut insiste une nouvelle fois sur son souhait d'être impliquée d'emblée dans la rédaction des arrêtés d'exécution de la loi sur la transparence.

Les mutuelles étaient par ailleurs demandeuses d'une extension très poussée du système du tiers-payant social, mais elles ont là aussi vu leurs espoirs quelque peu déçus par l'accord de gouvernement. Le nouveau premier ministre Charles MICHEL (MR) et la nouvelle ministre en charge des Affaires sociales et de la Santé publique, Maggie De Block (Open VLD), tous deux libéraux, ont manifestement de ce dossier une vision passablement différente de celle de l'ex-premier Elio DI RUPO (PS) et de l'ex-ministre des Affaires sociales et de la Santé publique Laurette ONKELINX (PS). Le nouveau gouvernement choisit de limiter l'application obligatoire du tiers-payant social aux visites à domicile des généralistes chez les assurés bénéficiant du régime préférentiel, et ce à partir du 01.07.2015. Pour les personnes possédant un statut de malade chronique, le tiers-payant continuera à s'appliquer sur base volontaire.

L'ABSyM, le Cartel et les mutualités se sont néanmoins accordés sur un point : la demande d'un meilleur contrôle des abus de certains médecins par le Service d'Évaluation et de Contrôle Médicaux (SECM). C'est en effet une grande frustration, pour toutes les personnes impliquées dans l'adaptation de la nomenclature au sein du Conseil Technique Médical, que de voir une utilisation abusive de celle-ci déboucher sur des dépassements budgétaires qui doivent ensuite être corrigés par des mesures linéaires. Ceci signifie en effet, en d'autres termes, que les personnes qui appliquent correctement la nomenclature subissent les mêmes sanctions que celles qui en abusent. De là la demande très concrète de la médico-mut aux services du Dr Bernard HEPP, directeur-général du SECM, de mettre en place les contrôles nécessaires – par exemple au niveau des services de soins intensifs et à l'utilisation des tests *Point of Care* (POCT) en biologie clinique.

6.13 Statut social

Depuis 2001, les conventionnés complets bénéficient d'un statut social plus élevé. Alors que la différence entre les deux catégories de médecins s'élevait initialement à exactement 50 %, ce chiffre atteint aujourd'hui 106%. En 2015, le statut social des médecins conventionnés (4.535 euros) est donc plus de deux fois supérieur à celui de leurs collègues partiellement conventionnés (2.200 euros) (cf. tableaux 15 et 16, et graphiques 1 et 2).

¹⁸² Cf. page 60 de l'accord de gouvernement du 09.10.2014 : le gouvernement mentionne parmi ses objectifs intermédiaires l' « *extension de l'interdiction des suppléments d'honoraires dans les chambres à deux lits ou plus à l'hospitalisation de jour dans une chambre à deux lits ou plus* ».

http://www.premier.be/sites/default/files/articles/Accord_de_Gouvernement_-_Regeerakkoord.pdf

¹⁸³ Point 5.1. de l'accord médico-mutualiste du 22.12.2014.

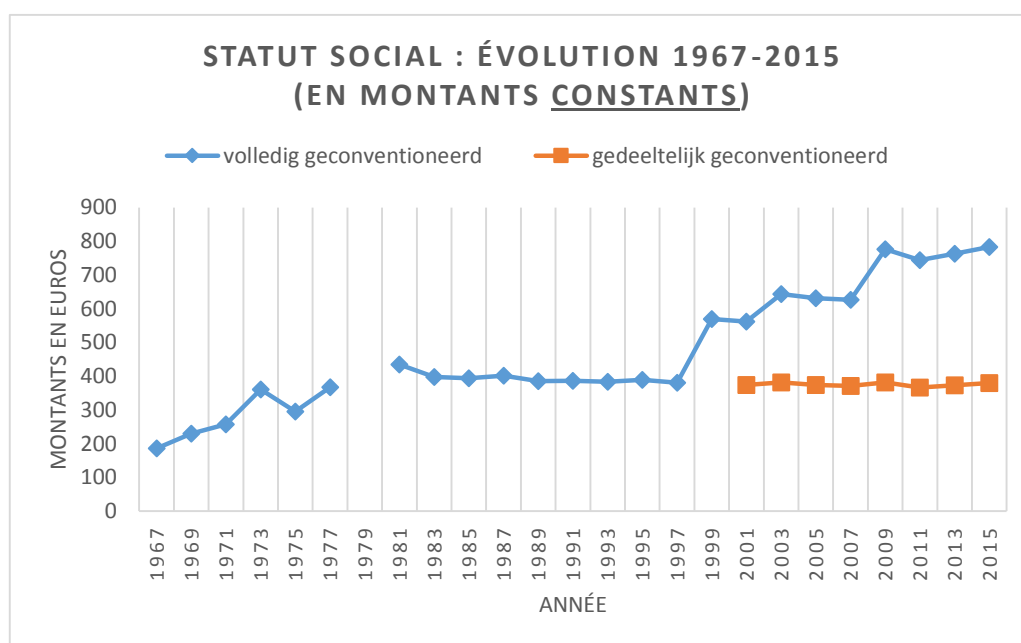
Historique montants statut social (en montants constants)

ANNÉE	MONTANT	ANNÉE	MONTANT	
1967	185,92	1992	385,61	
1968	233,79	1993	383,59	
1969	229,65	1994	386,83	
1970	232,36	1995	389,34	
1971	257,22	1996	384,73	
1972	338,43	1997*	380,36	
1973	360,49	1998*	383,07	
1974	338,89	1999	569,51	
1975	294,93	2000	560,69	
1976	362,74	2001**	561,35	374,23
1977	366,93	2002	570,39	380,26
1978	aucun accord	2003	643,76	381,13
1979	aucun accord	2004	639,27	378,47
1980	470,18	2005	630,94	373,42
1981	434,77	2006	634,79	375,82
1982	402,20	2007	625,92	370,56
1983	397,85	2008	681,74	366,96
1984	396,54	2009	776,03	381,86
1985	393,56	2010	759,68	373,64
1986	406,91	2011	744,37	366,11
1987	401,10	2012	749,92	368,83
1988	393,54	2013	763,21	372,60
1989	384,93	2014	776,76	379,22
1990	366,70	2015	782,81	379,26
1991	386,30			

* Montant théorique, voir point G de l'accord du 03.11.1997 (MB 09.12.1997), les accords de 1997 et 1998 ayant été suspendus. Tableau 16

** Depuis le point G de l'accord du 18.12.2000 (MB 20.01.2001, éd. 2) les médecins entièrement conventionnés obtiennent un plus haut statut social que les médecins partiellement conventionnés. Au départ, la différence était de 50 % ; en 2015, elle s'élevait à 106 %.

Réf.: archives internes et <http://reflex.raadvst-consetat.be/>.



Graphique 1

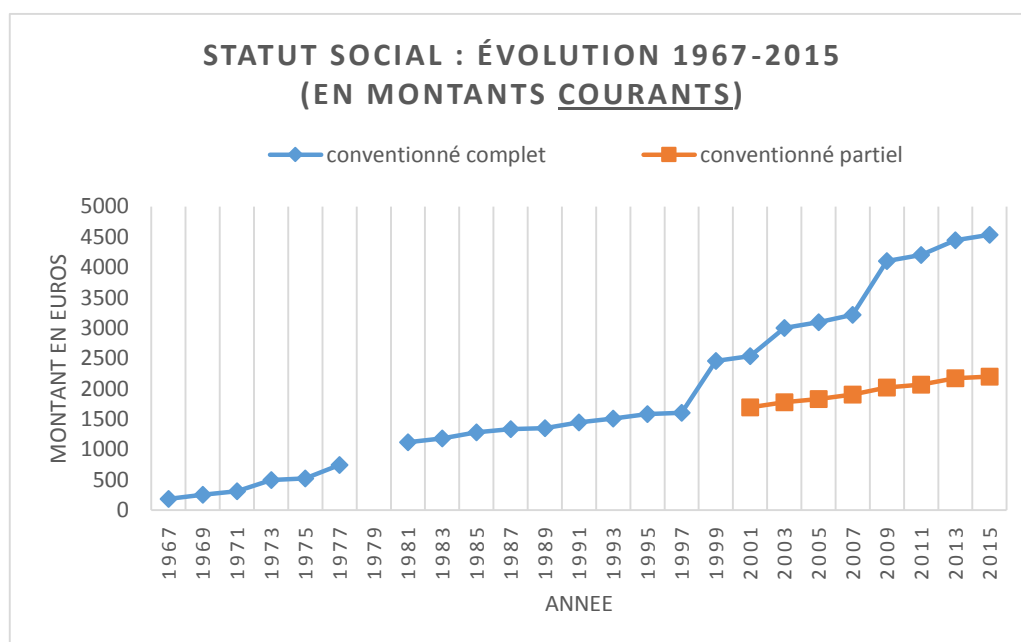
Historique montants statut social (en montants courants)

ANNÉE	MONTANT	ANNÉE	MONTANT
1967	185,92	1992	1.474,17
1968	247,89	1993	1.506,03
1969	254,14	1994	1.546,98
1970	265,15	1995	1.579,78
1971	309,87	1996	1.600,47
1972	433,81	1997*	1.600,47
1973	495,79	1998*	1.621,33
1974	539,17	1999	2.457,15
1975	519,73	2000	2.479,48
1976	689,23	2001**	2.536,60
1977	741,30	2002	2.612,70
1978	aucun accord	2003	3.000,00
1979	aucun accord	2004	3.046,80
1980	1.115,52	2005	3.094,03
1981	1.115,52	2006	3.163,96
1982	1.115,52	2007	3.216,17
1983	1.182,45	2008	3.595,10
1984	1.241,57	2009	4.103,00
1985	1.281,81	2010	4.141,16
1986	1.333,07	2011	4.199,14
1987	1.333,07	2012	4.324,69
1988	1.333,07	2013	4.444,05
1989	1.350,97	2014	4.505,82
1990	1.400,15	2015	4.535,00
1991	1.442,15		

* Montant théorique, voir point G de l'accord du 03.11.1997 (MB 09.12.1997), les accords de 1997 et 1998 ayant été suspendus. Tableau 15

** Depuis le point G de l'accord du 18.12.2000 (MB 20.01.2001, éd. 2) les médecins entièrement conventionnés obtiennent un plus haut statut social que les médecins partiellement conventionnés. Au départ, la différence était de 50 % ; en 2015, elle s'élève à 106 %.

Réf.: archives internes et <http://reflex.raadvst-consetat.be/>.



Graphique 2

6.14 Un accord avec une tâche gouvernementale

Ce nouvel accord aura été plutôt inhabituel, ne fût-ce que parce que ses chances d'aboutir semblaient initialement bien minces, eu égard aux circonstances budgétaires et aux initiatives intempestives prises par le précédent gouvernement peu après la signature de la convention 2013-2014. Notre nouvelle ministre de tutelle a fait connaître son intention de se distancier de l'approche de l'équipe sortante ; déjà clairement visibles, les premiers signes de cette stratégie nouvelle sont encourageants.

Les économies imposées restent relativement limitées et ont été équitablement réparties sur l'ensemble des acteurs concernés. Les collègues les plus durement frappés sont ceux qui ne sont pas parvenus à garder la maîtrise budgétaire des changements dans leur nomenclature en 2013 et 2014. Les mesures d'économies ont par ailleurs permis de dégager des moyens financiers qui peuvent être réinjectés dans les projets qui en avaient le plus besoin. Nombre d'autres doivent toutefois rester encore quelque temps au frigo – mais pourraient peut-être être matérialisés à l'avenir.

2015 est une année de transition pour le modèle de concertation de type médico-mut. Il est aujourd'hui nécessaire d'initier de profonds changements dans notre système d'assurance-maladie. Notre modèle de concertation actuel est provisoirement sauvé, mais les mois et les années à venir devront établir si la ministre DE BLOCK a réellement l'intention, comme elle s'y est engagée, d'impliquer étroitement le corps médical dans les réformes à venir.

6.15 L'accréditation et les chiffres qui en découlent

Comparaison du nombre de médecins accrédités 01.02.2014 – 01.02.2015

2015		Nombre de médecins actifs		Nombre de médecins accrédités		% de médecins accrédités		% différence 2015-2014
		01.02.2015	01.02.2014	01.02.2015	01.02.2014	01.02.2015	01.02.2014	
	Médecins 000 et 009	1.768	1.575	0	0	0	0	0
	Médecins généralistes 001-002	1.492	1.574	0	0	0	0	0
	Géné. Accr. 003-004-007-008	14.378	14.375	10.001	10.189	69,56	70,88	-1,32
	Géné. en formation 005-006	873	779	0	0	0	0	0
	TOTAL	18.511	18.303	10.001	10.189	54,03	55,67	-1,64
	Médecins spécialistes en formation (MSF)	4.434	4.385	1	1	0,02	0,02	=
1	Gériatrie	293	286	234	236	79,86	82,52	-2,66
2	Pneumologie	543	526	419	423	77,16	80,42	-3,26
3	Ophthalmologie	1.149	1.135	864	900	75,20	79,30	-4,10
4	Gastro-entérologie	704	688	528	552	75,00	80,23	-5,23
5	Oncologie médicale	241	229	180	186	74,69	81,22	-6,53
6	Rhumatologie	238	232	176	179	73,95	77,16	-3,21
7	Neurologie	555	530	410	411	73,87	77,55	-3,68
8	Dermato-vénéréologie	776	759	565	578	72,81	76,15	-3,34
9	Médecine physique et physiothérapie	530	519	371	380	70,00	73,22	-3,22
10	Radiologie	1.720	1.685	1.204	1.227	70,00	72,82	-2,82
11	O.R.L.	699	689	477	492	68,24	71,41	-3,17
12	Cardiologie	1.150	1.125	771	787	67,04	69,96	-2,92
13	Anatomie pathologique	343	343	228	245	66,47	71,43	-4,96
14	Radiothérapie	214	217	140	144	65,42	66,36	-0,94
15	Psychiatrie	1.965	1.937	1.270	1.298	64,63	67,01	-2,38
16	Pédiatrie + neurologie pédiatrique	1.699	1.710	1.072	1.095	63,10	64,04	-0,94
17	Urologie	432	421	272	292	62,96	69,36	-6,40
18	Médecine nucléaire	334	332	202	212	60,48	63,86	-3,38
19	Gynécologie-obstétrique	1.561	1.530	938	995	60,09	65,03	-4,94
20	Anesthésie	2.114	2.075	1.267	1.278	59,93	61,59	-1,66
21	Biologie clinique	636	648	379	394	59,59	60,80	-1,21
22	Médecine aiguë et médecine d'urgence	881	847	514	518	58,34	61,16	-2,82
23	Orthopédie	1.077	1.065	599	621	55,62	58,31	-2,69
24	Pharmaciens-biologistes	653	640	360	387	55,13	60,47	-5,34
25	Médecine interne + endocrin.-diabet.	1.590	1.555	870	887	54,72	57,04	-2,32
26	Neurochirurgie	217	215	105	104	48,39	48,37	+0,02
27	Chirurgie	1.534	1.537	699	729	45,57	47,43	-1,86
28	Stomatologie	340	336	134	143	39,41	42,56	-3,15
29	Chirurgie plastique	279	270	88	93	31,54	34,44	-2,90
30	Autres spécialités	70	82	14	16	20,00	19,51	-0,49
31	Neuropsychiatrie	219	227	43	51	19,63	22,47	-2,84
	TOTAL SPÉCIALISTES	24.756	24.390	15.393	15.853	62,18	65,00	-2,82
	TOTAL SPÉCIALISTES + MSF	29.190	28.775	15.394	15.854	52,74	55,10	-2,36
	TOTAL	47.701	47.078	25.395	26.043	53,24	55,32	-2,08

Source : Groupe de direction de l'accréditation INAMI 21.01.2015 et rapport annuel du GBS 08.02.2014

Tableau 17

Plus important encore que les chiffres présentés au tableau 17, notons l'évolution des chiffres que nous avons

pu analyser dans les tableaux annuels du groupe de direction de l'accréditation (cf. infra).

Le pourcentage global de médecins accrédités continue à fluctuer autour de la moyenne de 55,11 %, mais le nombre d'accrédités au 01.02.2015 était plus bas : 53,24 %, ce qui constitue le plus faible pourcentage depuis la mise en œuvre de l'accréditation (voir tableau X + 1). Cela a été pris en compte dans la conclusion de l'accord médico-mut du 22.12.2014¹⁸⁴.

**Pourcentages accréditation au 1^{er} février
(% médecins accrédités par rapport au nombre total d'accrédités auprès de l'INAMI)**

Année	%	Année	%
1997	55,60	2007	54,94
1998	54,60	2008	55,89
1999	58,48	2009	55,01
2000	55,15	2010	55,51
2001	55,67	2011	55,68
2002	55,92	2012	54,07
2003	54,01	2013	54,41
2004	54,19	2014	55,32
2005	55,31	2015	53,24
2006	54,08	Moyennes	55,11

Tableau 18

En analysant le tableau 19, nous constatons que le nombre de psychiatres a logiquement enregistré la plus forte hausse entre 2000 et 2015 (+ 380,44%), d'une part parce que de nombreux neuropsychiatres sont passés au titre professionnel de psychiatre, et d'autre part parce que de jeunes psychiatres sont entrés sur le marché du travail. Entre 2014 et 2015, le nombre de psychiatres a encore augmenté, passant de 1.937 à 1.965.

Cela vaut également pour les neurologues. Entre 2000 et 2015, leur nombre a augmenté de 296,43%, et entre 2014 et 2015, on note l'arrivée de 25 jeunes neurologues¹⁸⁵.

Chez les rhumatologues, on relève une stagnation sur 15 ans, et chez les biologistes cliniques, on observe un net recul entre 2000 et 2015 : - 7,96 %. La constatation de cette pénurie en devenir n'a pas encore été officiellement annoncée, bien que les maîtres de stage des biologistes cliniques et la Commission de biologie clinique ait déjà tiré la sonnette d'alarme auprès de l'Institut Scientifique de Santé Publique il y a longtemps.

Le nombre de médecins accrédités a diminué de 8,47 % au cours de la même période, et le nombre de médecins généralistes en formation a été grossi de 94 jeunes confrères entre le 01.02.2014 et 01.02.2015. Une tendance à la hausse qui se confirme depuis quelques années : + 53 entre 2010 en 2011, + 63 entre 2011 en 2012, + 68 entre 2012 en 2013, une légère chute de 3 entre 2013 et 2014¹⁸⁶.

¹⁸⁴ Point 4.2.4. de l'accord médico-mutualiste du 22.12.2015 : Les honoraires pour les prestations de médecins non accrédités, à l'exception des consultations et des honoraires de surveillance, seront diminués de 1% à partir du 1^{er} février 2015.

¹⁸⁵ Voir également le rapport annuel 2011 du GBS du Dr M. Moens: « EU: to live and let die ». 04.02.2012, point 4.6., tableaux 10 en 11.

¹⁸⁶ Voir les rapports annuels du GBS du Dr. M. Moens des années 2010, 2011, 2012 et 2013.

Évolution du nombre de médecins actifs 01.02.2000 - 01.02.2015°

2015		01.02.2015	01.02.2012	01.02.2009	01.02.2006	01.02.2003	01.02.2000	% Δ 2000 - 2015 ¹⁸⁷
	Médecins 000 et 009	1.768	736	832 ¹⁸⁸	-	-	-	-
	Généralistes 001-002	1.492	2.393	2.373 ¹⁸⁹	2.340	3.693	3.690	-52,09
	Généralistes accréd.003-004-007-008	14.378	14.223	14.144 ¹⁹⁰	15.138 ¹⁹¹	13.783	13.255	+8,47
	Généralistes en formation 005-006	873	714	537	671	748	747	+16,87
	TOTAL	18.511	18.066	17.886	18.149	18.224	17.692	+4,63
	Médecins spécialistes en formation (MSF)	4.434	3.843	3.302	3.635	3.459	3.404	+30,26
1	Psychiatrie	1.965	1.841	1.727	1.569	595	409	+380,44
2	Neurologie	555	475	322	256	183	140	+296,43
3	Gastro-entérologie	704	652	565	482	405	345	+104,06
4	Pneumologie	543	491	434	392	318	268	+102,61
5	Neurochirurgie	217	202	193	170	146	124	+75,00
6	Chirurgie plastique	279	265	243	215	190	165	+69,09
7	Cardiologie	1.150	1.089	1.027	901	822	725	+58,62
8	Radiothérapie	214	216	196	170	151	136	+57,35
9	Anesthésie	2.114	2.011	2.054	1.848	1.639	1.436	+47,21
10	Anatomie pathologique	343	338	318	296	272	242	+41,74
11	Pédiatrie + neurologie pédiatrique	1.699	1.658	1.571	1.443	1.361	1.247	+36,25
12	Urologie	432	410	389	368	349	318	+35,85
13	Orthopédie	1.077	1.038	997	952	893	808	+33,29
14	Gynécologie-obstétrique	1.561	1.510	1.463	1.350	1.287	1.198	+30,30
15	Dermato-vénérologie	776	740	715	676	636	598	+29,77
16	Médecine physique et physiothérapie	530	505	496	472	434	410	+29,27
17	O.R.L.	699	684	649	612	578	548	+27,55
18	Radiologie	1.720	1.651	1.620	1.523	1.456	1.386	+24,10
19	Ophthalmologie	1.149	1.100	1.070	1.021	983	932	+23,28
20	Stomatologie	340	329	312	302	305	294	+15,65
21	Médecine nucléaire	334	327	319	319	312	291	+14,78
22	Chirurgie	1.534	1.519	1.578	1.513	1.443	1.376	+11,48
23	Rhumatologie	238	238	251	255	252	229	+3,93
24	Biologie clinique	636	665	702	711	699	691	-7,96
25	Médecine interne + endocrin.-diabet.	1.590	1.513	2.131	2.078	2.002	1.923	-25,28
	Neuropsychiatrie	219	286	420	477	1.358	-	-83,87
	Médecine aiguë et médecine d'urgence	881	788	256	-	-	-	+244,14
	Gériatrie	293	328	1	-	-	-	-
	Oncologie médicale	241	200	-	-	-	-	-
	Pharmaciens-biologistes	653	621	-	-	-	-	-
	Autres spécialités	70	106	-	-	-	-	-
	TOTAL SPÉCIALISTES	24.756	23.796	22.019	20.371	19.069	17.638	+40,36
	TOTAL SPÉCIALISTES + MSF	29.190	27.639	25.321	24.006	22.528	21.042	+38,72
	TOTAL	47.701	45.705	43.207	42.155	40.752	38.734	+23,15

Source : Groupe d'accréditation INAMI 21.01.2015 et rapport annuel du GBS 05.02.2000, 08.02.2003, 04.02.2006, 07.02.2009, 04.02.2012 en 02.02.2014.

Tableau 19

°ou depuis l'agrément de la spécialité

En ce qui concerne le nombre de médecins enregistrés à l'INAMI par discipline, les anesthésistes sont en tête avec 2114 confrères (cf. tableau 19). Ils sont également les plus nombreux en termes de densité : 1,89 anesthésistes pour 10.000 habitants (cf. tableau 20). La densité d'anesthésistes est 36.6 % plus élevée en Belgique francophone qu'en Flandre : 2,24 anesthésistes pour 10.000 francophones contre 1,64 pour 10.000 Flamands.

On observe le même phénomène chez presque tous les spécialistes et généralistes : dans toutes les disciplines, on dénombre significativement plus de médecins francophones pour 10.000 habitants avec pour seule

¹⁸⁷ Si l'on regarde la somme 000-001-002-009 sur la période 2000-2014 : - 14,66 %.

¹⁸⁸ 007-009 (en 2009 et 2012).

¹⁸⁹ 000-002 (en 2009 et 2012).

¹⁹⁰ 003-004 (en 2009 et 2012).

¹⁹¹ 003-004-007-009 (en 2006).

exception les médecins spécialistes en médecine physique et réadaptation. Voici quelques exemples d'importantes différences :

- 2 pédiatres pour 10.000 francophones contre 1,1 pédiatres pour 10.000 Flamands, soit une différence de 82 % ;
- 0,4 spécialistes en médecine nucléaire pour 10.000 francophones contre 0,22 pour 10.000 Flamands, soit également une différence de 82 % ;
- 1,9 internistes pour 10.000 francophones contre 1,08 pour 10.000 Flamands, soit une différence de 76 % ;
- 1,05 urgentistes et spécialistes en médecine aiguë pour 10.000 francophones contre 0,6 pour 10.000 Flamands, soit une différence de 75 % ;
- Même pour les médecins généralistes agréés, on note une densité significativement plus élevée côté francophone que néerlandophone, alors que le PS et le ministre Jean-Claude MARCOURT parlent toujours de « pénurie ». 14,07 médecins généralistes pour 10.000 francophones contre 11,95 pour 10.000 Flamands, soit une différence de 18 %.

Ces chiffres ne tiennent pas compte de l'âge, du sexe ou du taux d'activité des médecins. Cela concerne les médecins enregistrés auprès de l'INAMI en tant qu'« actifs », si bien qu'un médecin qui théoriquement ne preste qu'une consultation ou ne rédige qu'une prescription par an tombe dans cette catégorie. Mais cette remarque est valable aussi bien pour les néerlandophones que pour les francophones.

La ministre Maggie DE BLOCK attend les chiffres détaillés, qui tiennent bien compte de l'âge, du sexe et du taux d'activité, et qui devraient bientôt être fournis par la Commission de planification de l'offre médicale, mais il semble très peu probable que la différence Nord-Sud que nous déduisons des chiffres de l'INAMI non nuancés soit pour autant effacée.

Nombres de médecins enregistrés à l'INAMI par discipline (01.02.2015)

Médecins généralistes	FR	NL	TOTAL
Médecins généralistes agréées 003, 004, 007, 008	6.551	7.827	14.378
Médecins 000 et 009	958	810	1.768
Médecine générale 001-002	696	796	1.492
Candidat médecin généraliste	367	506	873
TOTAL	8.572	9.939	18.511
Médecins spécialistes en formation ⁽¹⁾	1.895	2.539	4.434
Médecins spécialistes			
1 Anesthésie	1.043	1.071	2.114
2 Psychiatrie	1.005	960	1.965
3 Radiologie	865	855	1.720
4 Pédiatrie + neurologie pédiatrique	930	769	1.699
5 Médecine interne + endocrino-diabet.	884	706	1.590
6 Gynécologie-obstétrique	864	697	1.561
7 Chirurgie	733	801	1.534
8 Cardiologie	615	535	1.150
9 Ophtalmologie	513	636	1.149
10 Orthopédie	475	602	1.077
11 Médecine aiguë et médecine d'urgence	488	393	881
12 Dermato-vénérologie	387	389	776
13 Gastro-entérologie	363	341	704
14 ORL	366	333	699
15 Biologie clinique	317	319	636
16 Neurologie	277	278	555
17 Pneumologie	272	271	543
18 Médecine physique et physiothérapie	217	313	530
19 Urologie	185	247	432
20 Anatomie pathologique	152	191	343
21 Stomatologie	156	184	340
22 Médecine nucléaire	188	146	334
23 Gériatrie	120	173	293
24 Chirurgie plastique	134	145	279
25 Oncologie médicale	133	108	241
26 Rhumatologie	126	112	238
27 Neuropsychiatrie	98	121	219
28 Neurochirurgie	86	131	217
29 Radiothérapie	86	128	214
30 Autres spécialités	37	33	70
Total spécialistes ⁽²⁾	12.115	11.988	24.103
Pharmaciens biologistes ⁽³⁾	266	387	653
Total médecine spécialisée ^{(1) + (2) + (3)}	14.276	14.914	29.190
Total général	22.848	24.853	47.701

Source : Statistiques accréditation INAMI 21.01.2015

Tableau 20

Nombre d'habitants Belgique (01.01.2015) °

Flandre	6.441.454
Bruxelles	1.169.067
Wallonie	3.593.479
Belgique	11.204.000

°Extrapolation des chiffres du SPF Économie en date du 01.01.2014

Tableau 21

(<http://bestat.economie.fgov.be/BeStatMultidimensionalAnalysis?loadDefaultId=1309>)

Répartition hypothétique néerlandophones/francophones^{oo} (01.01.2015)

Néerlandophones	6.546.670
Francophones	4.657.330
Belgique	11.204.000

Tableau 22

^{oo}9 % des Bruxellois sont considérés néerlandophones ; il s'agit de la moyenne de différentes sources.

Densité des médecins par spécialité pour 10.000 habitants (01.02.2015)

Médecins généralistes	FR	NL	Total
Médecins généralistes agréés 003, 004, 007, 008	14,07	11,95	12,83
Médecins 000 et 009	2,06	1,24	1,58
Médecine générale 001-002	1,49	1,22	1,33
Candidat médecin généraliste	0,79	0,77	0,78
Total	18,41	15,18	16,52
Médecin spécialiste en formation(1)	4,07	3,88	3,96
Médecins spécialistes			
1 Anesthésie	2,24	1,64	1,89
2 Psychiatrie	2,16	1,47	1,75
3 Radiologie	1,86	1,31	1,54
4 Pédiatrie + neurologie pédiatrique	2,00	1,17	1,52
5 Médecine interne + endocrino-diabet.	1,90	1,08	1,42
6 Gynécologie-obstétrique	1,86	1,06	1,39
7 Chirurgie	1,57	1,22	1,37
8 Cardiologie	1,32	0,82	1,03
9 Ophtalmologie	1,10	0,97	1,03
10 Orthopédie	1,02	0,92	0,96
11 Médecine aiguë et médecine d'urgence	1,05	0,60	0,79
12 Dermato-vénéréologie	0,83	0,59	0,69
13 Gastro-entérologie	0,78	0,52	0,63
14 ORL	0,79	0,51	0,62
15 Biologie clinique	0,68	0,49	0,57
16 Neurologie	0,59	0,42	0,50
17 Pneumologie	0,58	0,41	0,48
18 Médecine physique et physiothérapie	0,47	0,48	0,47
19 Urologie	0,40	0,38	0,39
20 Anatomie pathologique	0,33	0,29	0,31
21 Stomatologie	0,33	0,28	0,30
22 Médecine nucléaire	0,40	0,22	0,30
23 Gériatrie	0,26	0,26	0,26
24 Chirurgie plastique	0,29	0,22	0,25
25 Oncologie médicale	0,29	0,16	0,22
26 Rhumatologie	0,27	0,17	0,21
27 Neuropsychiatrie	0,21	0,19	0,20
28 Neurochirurgie	0,18	0,20	0,19
29 Radiothérapie	0,18	0,20	0,19
30 Autres spécialités	0,08	0,06	0,06
Total spécialistes(2)	26,01	18,31	21,51
Pharmaciens biologistes(3)	0,57	0,59	0,58
Total médecine spécialisée ^{(1) + (2) + (3)}	30,65	22,78	26,05
Total général	49,06	37,96	42,57

Source : SPF Économie, INAMI et calculs Dr M. Moens

Tableau 23

7 Procédures juridiques

7.1 Introduction

Les ressources financières sont rares, y compris pour les unions professionnelles. Si l'on souhaite maintenir le montant actuel de la cotisation du GBS, il convient d'utiliser les moyens disponibles avec parcimonie. Ainsi, avant que le comité directeur du GBS ne décide d'introduire une demande en annulation d'un arrêté ou d'une loi, ou d'interjeter appel, on analyse les probabilités de succès ; on ne décide d'entamer une procédure que si elles sont suffisantes.

7.2 Étude préliminaire de la Loi-programme I du 26 décembre 2013¹⁹²

Une étude préliminaire de ce type a été réalisée après la publication de la Loi-programme I du 26 décembre 2013. L'article 37, alinéa 2 de cette loi prévoit que : « *Lors de la prise en charge dans une fonction première prise en charge des urgences ou dans une fonction soins urgents spécialisés, les interventions forfaitaires prévues en vertu de l'article 60, § 2¹⁹³, ainsi que les honoraires de consultation et les honoraires forfaitaires par prescription et par jour du médecin spécialiste en radiodiagnostic (accrédité ou non accrédité) prévus en vertu de la présente loi ne peuvent pas être cumulées par un même hôpital, pour un même jour et un même patient avec les interventions forfaitaires visées à l'alinéa 1^{er},* »

Une fois ce jargon politique déchiffré, cela signifie que les budgets de l'imagerie médicale et de biologie clinique seraient respectivement réduits de 5,9 millions d'euros et de 6,8 millions d'euros.

Une demande en annulation devant la Cour constitutionnelle – pour contester cette disposition – pourrait-elle aboutir ? La question a été soumise à Maître Benoît CAMBIER, connu entre autres pour sa très bonne connaissance de la loi sur les hôpitaux et des aspects juridiques du financement des hôpitaux.

Après une concertation détaillée et une analyse textuelle en date du 7 avril 2014 dans ses bureaux avec les Drs Michel LIEVENS, biologiste clinique, vice-président du GBS et de l'UPBMSBP¹⁹⁴, et Patrik AERTS, radiologue, membre du comité directeur de la SBR¹⁹⁵, ainsi qu'avec la juriste M^{me} Fanny VANDAMME, directrice du GBS, aucun élément convaincant n'a pu être invoqué. Au contraire, l'utilisation de certains arguments pourrait faire penser que le mécanisme des honoraires forfaitaires des prestations en biologie clinique et en imagerie médicale offre des possibilités d'économies supplémentaires. Cette question en est donc restée au stade d'enquête préliminaire.

7.3 Désistement d'instance. Composition des commissions d'agrément¹⁹⁶

Les nombreuses lois fédérales, arrêtés royaux et ministériels, et autres¹⁹⁷ décrets et arrêtés des communautés flamande, française, et allemande ne sont imprimés qu'en trois exemplaires depuis le 01.01.2003. Un exemplaire est déposé à la Bibliothèque royale de Belgique, un exemplaire est conservé par le ministère de la Justice et un exemplaire est soumis à la direction du Moniteur belge. Toute mise à disposition publique se fait

¹⁹² MB 31.12.2013, éd. 2.

¹⁹³ L'art. 37 alinéa 2 induit une modification de l'article 60§ 2 de la loi SSI du 14 juillet 1994.

¹⁹⁴ Union professionnelle belge des médecins spécialistes en biopathologie médicale.

¹⁹⁵ Société belge de radiologie.

¹⁹⁶ A.R. du 24.10.2013 modifiant l'arrêté royal du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes (MB 12.12.2013).

¹⁹⁷ Voir tableau 1 au point [4.1](#).

depuis lors uniquement par voie électronique, sur le site Internet de la direction du Moniteur belge¹⁹⁸. Une chance que la version papier ait été suspendue, sans quoi l'énorme empreinte écologique du Belge¹⁹⁹ ne serait plus maîtrisable. Malheureusement, les textes brillent par leurs incohérences ou par leurs différences entre les versions néerlandaise et française.

Dans la redéfinition de la composition des commissions d'agrément, qui doivent se pencher sur les dossiers relatifs à la reconnaissance d'une qualification professionnelle particulière, l'équilibre parfait entre les bancs universitaires et professionnels a été rompu. L'article 4 de l'A.R. du 24.10.2013 prévoyait en effet que la composition de ces commissions d'agrément serait augmentée « *d'au moins un membre titulaire d'un master en médecine ou du grade académique de médecin, occupant ou ayant occupé des fonctions académiques, agréé pour ce titre de niveau 3 et proposé sur une liste double par les facultés de médecine et d'un membre titulaire d'un master en médecine ou du grade académique de médecin, agréé pour ce titre de niveau 3 et proposé sur une liste double par les associations professionnelles* ». Cet équilibre délicat a-t-il été sciemment rompu ou s'agit-il simplement d'un travail législatif bâclé ? Nous ne le saurons jamais.

Le Prof. Dr Koenraad VANDEWOUDE, Directeur des relations internes et des prestations de services à l'UZ Gent, médecin spécialiste en soins intensifs, membre du cabinet de l'ex-Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Laurette ONKELINX, et du cabinet de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique actuelle, Maggie DE BLOCK, s'était engagé à tout mettre en œuvre pour remédier à cette atteinte à la parité par le biais d'un arrêté royal de rectification. Le comité directeur avait néanmoins décidé d'introduire un recours en annulation. Il aurait en effet été imprudent de compter aveuglément sur la bonne volonté de la Ministre Laurette ONKELINX pour corriger cette situation. Le 27 mai 2014, l'équilibre entre les deux bancs a effectivement été restauré dans un nouvel A.R.²⁰⁰.

À la suite de la publication de cet arrêté royal, le GBS a demandé un désistement d'instance au Conseil d'État.

7.4 Demande introduite par le GBS ou ses unions professionnelles

7.4.1 Pratiques non conventionnelles, ou « placéologie »

Depuis le passage de Marcel COLLA (sp.a), Ministre de la Santé publique et des Pensions (1994 – 1999) et de Magda AELVOET (AGALEV/Groen), Ministre des Consommateurs, de la Santé publique et de l'Environnement (1999-2002), les pratiques non conventionnelles ont été exposées de manière très critique dans les rapports annuels du GBS²⁰¹.

Ni l'étude du KCE de 2011 qui a dénoncé les pratiques non conventionnelles en raison d'un manque de preuve médicale pour l'homéopathie²⁰² et d'un apport médical très limité en chiropraxie²⁰³, ni le point de vue commun signé par les organisations de médecins universitaires comme non universitaires²⁰⁴, ni les interventions politiques de notre confrère Louis IDE, sénateur N-VA jusqu'en mai 2014, n'ont pu faire changer d'avis

¹⁹⁸ Loi-programme du 24.12.2002 (I) (1), articles 472 - 478 (MB 31.12.2002).

¹⁹⁹ De Standaard 30.09.2014 – « *Ecologische voetafdruk België vijfde ter wereld. België wordt alleen voorgedaan door Koeweit, Qatar, de Verenigde Arabische Emiraten en Denemarken* ».

²⁰⁰ A.R. du 19.04.2014 modifiant l'arrêté royal du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes (MB 27.05.2014). L'article 1 remplace la mauvaise formulation par : « ... *de deux membres titulaires d'un master en médecine ou du grade académique de médecin, occupant ou ayant occupé des fonctions académiques, agréés pour ce titre de niveau 3 et proposés sur une liste double par les facultés de médecine et de deux membres titulaires d'un master en médecine ou du grade académique de médecin, agréés pour ce titre de niveau 3 et proposés sur une liste double par les associations professionnelles* ».

²⁰¹ Voir point 4.7. : « La médecine parallèle ». Rapport annuel 2013 du GBS ; 08.02.2014 : « Et encore une année passée au "bashing" des médecins ».

²⁰² Étude du KCE n° 154A, 24.05.2011 – « État des lieux de l'homéopathie en Belgique ».

²⁰³ Étude du KCE n° 148A, 13.01.2011 – « État des lieux de l'ostéopathie et de la chiropraxie en Belgique ». Le KCE a souligné que l'ostéopathie entraîne un grand nombre d'effets secondaires mais aussi parfois des complications mortelles, surtout lors de manipulations du cou. « Ostéopathie et chiropraxie : efficacité prouvée uniquement pour les maux de nuque et de bas du dos, mais 90% des patients sont satisfaits ». Communiqué de presse du KCE, 13.01.2011.

²⁰⁴ Voir *Le Médecin Spécialiste* n° 4, juin 2013, pp. 3-5 : « Les pratiques non conventionnelles ».

Laurette ONKELINX. Les arrêtés royaux qui d'une part énumèrent les conditions générales requises pour l'exercice des pratiques non conventionnelles²⁰⁵ et qui d'autre part régulent l'exercice de l'homéopathie²⁰⁶ ont été publiés le 12 mai 2014.

Les arrêtés publiés constituent un grand pas en avant par rapport à tous les projets précédents. À l'avenir, l'homéopathie sera réservée aux médecins, aux dentistes et aux sages-femmes. Les mesures transitoires constituent cependant un élément négatif important ; elles autorisent les personnes n'ayant pas le statut de médecin, de dentiste ou de sage-femme à introduire une demande d'enregistrement en tant qu'homéopathe jusqu'à cinq ans après la date d'entrée en vigueur de l'arrêté controversé²⁰⁷. Une règle transitoire aussi longue n'est pas conforme à l'article 8 §1 in fine de la loi du 29 avril 1999²⁰⁸ (« Loi COLLA ») qui prévoit que le ministre doit se prononcer dans un délai de douze mois sur la demande d'enregistrement.

En outre, l'arrêté est en contradiction avec l'A.R. n° 78²⁰⁹ dans la mesure où la compétence de prescrire des médicaments (homéopathiques) est attribuée à des non-médecins, non-dentistes et non-sages-femmes.

Selon l'A.R. 78, les médecins qui prescrivent des médicaments (homéopathiques) ne peuvent le faire que « si l'effet est démontré selon l'EBM ». Or, on ne fait pas référence à cette condition lorsque les médicaments sont prescrits par des non-médecins. Les non-médecins peuvent pour ainsi dire prescrire des médicaments homéopathiques comme bon leur semble.

Le Conseil d'État a dans des décisions séparées accordé à un certain nombre d'organisations représentant les pratiques non conventionnelles d'intervenir sur une base volontaire pour défendre leurs intérêts. Un délai unique de 60 jours leur a été accordé pour faire valoir leurs remarques ou, le cas échéant, expliquer ou compléter leur point de vue. Il n'est pas étonnant que ces organisations demandent au Conseil d'État de rejeter le recours en annulation.

Contrairement à Laurette Onkelinx, très portée sur les pratiques non conventionnelles, la Ministre de la Santé publique, le médecin Maggie DE BLOCK, fait preuve de bon sens²¹⁰ et exige que le « principe d'*evidence based medicine* reste également valable lorsqu'il est question de traitements alternatifs ». La publication des deux arrêtés royaux du 26.03.2014 a principalement suscité des commentaires négatifs du type : « L'homéopathie reconnue in extremis : à quand la reconnaissance de l'eau de Lourdes ? »²¹¹ Le Dr Dirk DEVROEY, professeur de médecine générale à la VUB, y a consacré un texte très intéressant au titre parlant : « Le Far-West belge pour les traitements alternatifs. »²¹² Le Prof. DEVROEY reprend la thèse que je défends depuis déjà des années, et que j'ai récemment rappelée dans le rapport annuel 2013 du GBS : « Abrogez la loi Colla²¹³ ».

L'accord de gouvernement MICHEL I ne va pas aussi loin, mais l'on peut de tout de même lire : « Une solution sera recherchée pour la reconnaissance des ostéopathes et des chiropracteurs *pour les activités considérées comme evidence based medicine par le Centre fédéral d'expertise. La loi du 29 avril 1999 relative aux pratiques non conventionnelles est évaluée.* »²¹⁴

Le comité directeur du GBS a déjà décidé le 03.07.2014 d'introduire un recours en annulation par l'intermédiaire de Maître Stefaan CALLENS, avec l'ABSyM et un médecin homéopathe, de manière à ce qu'il

²⁰⁵ A.R. du 26.03.2014 relatif aux conditions générales applicables à l'exercice de toutes les pratiques non conventionnelles (MB 12.05.2014 ; éd. 1).

²⁰⁶ A.R. du 26.03.2014 relatif à l'exercice de l'homéopathie (MB 12.05.2014; Ed. 1).

²⁰⁷ Art.8, §1,4° de l'A.R. du 26.03.2014.

²⁰⁸ Loi du 24.04.1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales (MB 24.06.1999 ; Ed. 1).

²⁰⁹ Arrêté royal n° 78 du 10.11.1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé.

²¹⁰ « *Nog maar sprankje hoop voor alternatieve behandelwijze* », *De Standaard*, 02.11.2014.

²¹¹ Maarten BOUDRY, philosophe scientifique, dans *Knack.be-nieuws*, 12.05.2014.

²¹² MediQuality, 14.05.2014.

²¹³ Rapport annuel 2013 du GBS. « Et encore une année passée au "bashing" des médecins ». Dr Marc Moens. Point 4.7. La médecine parallèle ; 4.7.3. : « Seul Caton l'Ancien peut nous apporter le salut ».

²¹⁴ Accord de gouvernement 09.10.2014, p. 64.

http://www.premier.be/sites/default/files/articles/Accord_de_Gouvernement_-_Regeerakkoord.pdf

n'y ait aucun doute sur le fait que les demandeurs sont directement concernés.

7.4.2 Programme de soins en pédiatrie

Les unions professionnelles de médecins urgentistes, anesthésistes et des soins intensifs ont choisi d'introduire une demande en suspension et en annulation de l'arrêté royal relatif au programme de soins pour enfants²¹⁵ auprès du Conseil d'État.

Les urgentistes constatent qu'en ce qui concerne l'aide médicale urgente, le gouvernement peut en principe consulter deux instances, à savoir le Collège de médecine d'urgence et le Conseil national des secours médicaux d'urgence. Au cours de la procédure d'adoption de l'A.R. controversé, aucune des deux organisations n'a été consultée. Les urgentistes estiment que de nombreux problèmes auraient pu être évités si le gouvernement avait pris la peine de consulter ces organes consultatifs qu'il a lui-même créés à cette intention.

Dans l'organisation actuelle, les services d'urgences assurent un transfert fluide des enfants gravement malades vers les services de soins intensifs pour la poursuite de leur traitement ou vers des hôpitaux plus spécialisés, si nécessaire. Aucun service d'urgences ou service de soins intensifs n'a jamais manqué de transférer un enfant sévèrement atteint vers un centre spécialisé quand cela s'est avéré nécessaire. L'arrêté susmentionné crée une concentration de tous les enfants gravement malades dans deux centres par région.

Si les services de soins intensifs ne peuvent plus accueillir d'enfants gravement malades, ces jeunes patients devront continuer à être pris en charge dans de moins bonnes conditions par les services d'urgences. Cependant, les services d'urgence ne disposent ni de l'équipement ni de l'encadrement du personnel nécessaires. Les médecins des services d'urgences en assument néanmoins la responsabilité.

Dans sa réunion du 03.07.2014, le comité directeur du GBS a regretté que l'arrêté soit basé sur une logique politique et non géographique. Les critères ont été établis d'une manière telle qu'au maximum deux centres par région puissent y répondre. L'arrêté ne précise pas expressément quel hôpital peut être reconnu en tant que centre tertiaire. Les hôpitaux peuvent également collaborer afin de répondre aux conditions d'un centre tertiaire. Étant donné la gravité de la pathologie et la nature particulière du groupe de patients, cette alternative paraît peu praticable.

Les intensivistes ont décidé de rejoindre la demande de suspension et d'annulation introduite par les médecins urgentistes et les anesthésistes. Si tous les enfants gravement malades, à savoir tous les patients jusqu'à l'âge de 16 ans, ne peuvent plus être pris en charge dans les services de soins intensifs, les hôpitaux vont se trouver bridés dans leur développement.

Les critères auxquels les centres tertiaires de soins intensifs doivent répondre sont discutables d'un point de vue médical. Un centre tertiaire doit ainsi toujours pouvoir faire appel, entre autres, à un chirurgien cardiaque pédiatrique, à un orthopédiste pédiatrique et à un endocrinologue pédiatrique. Même si les traumatismes cérébraux chez les enfants gravement malades sont relativement fréquents, ces centres ne sont pas dans l'obligation de pouvoir faire appel à un neurochirurgien pédiatrique.

Une partie importante de la formation en soins intensifs et en anesthésie est consacrée à la prise en charge d'enfants en situation critique. Si les services de soins intensifs ne sont plus habilités à accueillir ces enfants, cela n'a plus de sens de prévoir ce volet dans la formation de base. En outre, les centres tertiaires reconnus vont rencontrer des difficultés pour prendre en charge tous les enfants en périodes d'intense activité, mais aucune limite de temps n'est imposée aux centres tertiaires pour accueillir ces enfants gravement malades. Si des services de soins intensifs tertiaires non reconnus accueillent quand même des enfants, ils peuvent en être tenus pour responsables.

En Flandre, seuls l'UZ Gent et l'UZ KU Leuven remplissent les conditions pour être reconnus comme centre tertiaire. L'UZ Gent dispose d'une offre excédentaire de lits de soins intensifs pédiatriques. Cependant, des patients en chirurgie cardiaque pédiatrique y sont pris en charge dans le service pour adultes étant donné que ces patients nécessitent d'être encadrés par du personnel expérimenté. La reconnaissance de ces deux centres

²¹⁵ Arrêté royal du 02.04.2014 fixant les normes auxquelles un programme de soins pour enfants doit répondre pour être agréé (MB 18.04.2014, p. 33798).

empêche néanmoins que d'autres hôpitaux puissent recevoir cette reconnaissance dans le cadre d'un lien de collaboration. En Wallonie, aucun hôpital n'est en mesure d'être reconnu en tant que centre tertiaire de manière isolée. Les critères de collaboration ont donc été spécialement rédigés de manière à pouvoir appréhender cette situation.

Il est difficile de comprendre ce qui a poussé le législateur à rédiger des conditions de reconnaissance comme centre tertiaire telles que les enfants gravement malades doivent être transportés sur plus de 50 kilomètres pour pouvoir être pris en charge. Un modèle de ce type est opérationnel aux Pays-Bas, et c'est bien pour cette raison qu'autant d'enfants, qui doivent être pris en charge dans un service de néonatalogie, sont transférés des Pays-Bas vers la Belgique.

L'union professionnelle des pédiatres a décidé de ne pas se joindre à la demande d'annulation. La critique des pédiatres à l'encontre du programme de soins pour enfants n'est pas axée sur les dispositions liées aux programmes de soins tertiaires, contrairement à celles des urgentistes et des intensivistes. Leur critique porte principalement sur le programme de base ainsi que sur le programme des soins spécialisés.

Le programme de soins de base pour enfants est principalement axé sur les traitements en hôpital de jour. Sur les plans organisationnel et architectural, le programme de soins de base doit faire partie d'un hôpital général. Cela a pour conséquence que tous les hôpitaux de jour isolés ne sont plus habilités à prendre en charge des enfants. L'interdiction pour un hôpital d'exploiter un programme spécialisé sur chacun de ses sites, même si chaque site remplit toutes les conditions, constitue un second obstacle pour les pédiatres. Cette restriction est fatale pour les hôpitaux fusionnés travaillant sur plusieurs sites. Plusieurs hôpitaux flamands ont introduit une demande d'annulation à l'encontre de ces dispositions. Les pédiatres craignent que les gestionnaires d'hôpitaux mettent un terme aux programmes de soins spécialisés au profit des programmes de soins de base pour enfants, plus lucratifs.

Étant donné que la demande d'annulation présente un intérêt pour plusieurs unions professionnelles, le comité directeur a décidé, le 03.07.2014, que le GBS prendrait en charge l'ensemble des frais. Le cabinet DEWALLENS est chargé de l'affaire.

7.4.3 Maladies rares

Dans l'édition du 8 août 2014 du Moniteur belge ont notamment paru six arrêtés royaux signés le 25 avril 2014 relatifs à la définition de la fonction maladie rare et aux différents aspects de sa prise en charge. Ces six arrêtés royaux sont entrés en vigueur le 18 août 2014²¹⁶. Ils s'inscrivent dans la lignée du rapport 219 du KCE et confèrent aux universités le monopole du traitement de tous les cancers, sauf ceux du sein et de la prostate.

En effet, l'arrêté royal fixant les normes auxquelles une fonction « maladies rares » doit répondre pour être agréée et le rester, précise que pour être agréé à traiter des maladies rares, l'hôpital doit disposer d'un centre de génétique humaine, ce qui exclut tous les hôpitaux non universitaires de l'agrément pour traiter des maladies rares.

Le comité directeur du GBS a décidé le 18.09.2014 d'introduire un recours en annulation contre ces arrêtés et a donné mandat à Maître Eric Thiry, avocat au Bureau de Bruxelles, pour introduire le recours.

²¹⁶ A.R. du 25.04.2014 rendant certaines dispositions de la loi du 10 juillet 2008 coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins applicables à la fonction « maladies rares » (MB 08.08.2014).

A.R. du 25.04.2014 fixant les normes auxquelles une fonction 'maladies rares' doit répondre pour être agréée et le rester (MB 08.08.2014).

A.R. du 25.04.2014 rendant certaines dispositions de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins applicables aux centres de référence « Maladies rares », également appelés « centres d'expertise » (MB 08.08.2014).

A.R. du 25.04.2014 fixant les caractéristiques pour la désignation de centres de référence « maladies rares », appelés « centres d'expertise », dans les fonctions « maladies rares » agréées (MB 08.08.2014).

A.R. du 25.04.2014 rendant certaines dispositions de la loi du 10 juillet 2008 coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins applicables à la fonction « maladies rares » (MB 08.08.2014).

A.R. du 25.04.2014 fixant les normes d'agrément pour le réseau « maladies rares » (MB 08.08.2014).

7.4.4 Nouvelles tâches du médecin-chef

Dans la même édition du 8 août 2008, a paru au Moniteur belge un autre arrêté royal du 25.04.2014 qui définit les nouvelles tâches du médecin-chef²¹⁷.

Cet A.R. modifie l'arrêté royal du 15 février 1999 relatif à l'évaluation qualitative de l'activité médicale dans les hôpitaux et prévoit que le médecin-chef pourra organiser un audit médical ciblé et constituer un dossier personnel contenant d'éventuelles évaluations de fonctionnement et de performance de chaque médecin.

Cet arrêté ignore les compétences du conseil médical, qui doit veiller à ce que les médecins hospitaliers apportent leur collaboration à des mesures qui visent à favoriser la qualité de la médecine pratiquée dans l'hôpital et à l'évaluer en permanence.²¹⁸ Si le médecin-chef estime que la gestion des risques et la sécurité des patients au sein du département médical sont menacées et qu'un audit médical doit être organisé, celui-ci devrait l'être au moins en collaboration avec le conseil médical ; or, dans l'arrêté controversé, le conseil médical serait tout au plus informé des résultats de l'audit.

Le médecin-chef constitue un dossier qui comprend entre autres une évaluation du médecin. Il n'est cependant à aucun moment précisé sur quels critères les performances seront évaluées : s'agit-il du nombre de prestations réalisées, de leur opportunité, de la qualité ou de l'efficacité des prestations réalisées ? De tels critères de performances ne peuvent selon le GBS être acceptés que sous condition d'un avis renforcé du conseil médical.

En outre, l'arrêté controversé ne reconnaît pas non plus expressément au médecin hospitalier le droit de prendre connaissance de son dossier personnel, ni d'émettre d'éventuels commentaires sur l'exactitude des remarques formulées, alors que le dossier peut avoir des conséquences considérables si ces données sont utilisées pour infliger des sanctions au médecin en question. Le dossier personnel d'un médecin est conservé pendant 30 ans à dater de sa dernière prestation effectuée dans l'hôpital.

Le comité directeur du GBS a décidé le 18.09.2014 de charger Maître Michel Vanden Dorpe, avocat au barreau de Liège, d'introduire un recours en annulation contre cet arrêté royal du 25.04.2014.

7.5 Jugements. Le bonus de liquidation²¹⁹ : un échec juridique, une victoire politique

Depuis le début des années 1990, de nombreux médecins exercent leur activité en société. Les réserves constituées au sein de cette société ont été considérées comme une pension complémentaire. La plupart de ces sociétés médicales sont en effet liquidées lorsque le médecin prend sa pension. À cette époque, aucun impôt²²⁰ (sinon un faible) n'était prélevé lors de la liquidation des sociétés de médecins. Dans le cadre des mesures d'économies prises durant la dernière année du gouvernement Di Rupo I, il a été décidé, sur proposition du Ministre des Finances de l'époque, Koen GEENS (CD & V), de relever la redevance sur le bonus de liquidation de 10 % à 25 % à partir du 01.10.2014. Le journaliste médical, Geert VERRIJKEN²²¹, avait déjà en juin 2013, lancé avec succès une pétition contre la hausse du bonus de liquidation²²². Dans la foulée, le GBS avait introduit une requête en annulation auprès de la Cour constitutionnelle avec quelques partenaires, dont l'ABSyM et le Syndicat Neutre pour Indépendants, sur proposition de Maître Victor DAUGINET, avocat fiscaliste au barreau d'Anvers. Maître DAUGINET a principalement basé cette requête en annulation sur le principe d'une expropriation inadmissible. De nombreux médecins n'ont pas attendu la décision de la Cour constitutionnelle.

²¹⁷ A.R. du 25.04.2014 modifiant l'arrêté royal du 15 décembre 1987 portant exécution des articles 13 à 17 inclus de la loi sur les hôpitaux, coordonnée par l'arrêté royal du 7 août 1987 (MB 08.08.2014).

²¹⁸ Art. 136,1 de la loi sur les hôpitaux.

²¹⁹ Loi-programme du 28 juin 2013.

²²⁰ Loi du 24.12.2002 modifiant le régime des sociétés en matière d'impôts sur les revenus et instituant un système de décision anticipée en matière fiscale (MB 31.12.2002).

²²¹ À l'époque rédacteur en chef du journal *Le Spécialiste* ; depuis rédacteur en chef du *Journal du médecin*.

²²² Rapport annuel 2013 du GBS ; Dr Marc Moens : « Et encore une année passée au "bashing" des médecins » ; 08.02.2014 ; point 6.1.2. Le bonus de liquidation.

Ils ont liquidé leur société anticipativement ou incorporé²²³ dans le capital les réserves constituées afin de limiter l'imposition à 10 % – sur la base des mesures transitoires valables jusqu'au 31 mars 2014. Cette procédure a cependant nécessité un passage chez le notaire.

Le 6 novembre 2014, la Cour constitutionnelle a rejeté la requête en annulation²²⁴. Tous les arguments avancés ont été balayés. La Cour a déclaré que la protection du droit de propriété²²⁵ « ne [porte] pas atteinte au droit que possèdent les États de mettre en vigueur les lois qu'ils jugent nécessaires pour réglementer l'usage des biens conformément à l'intérêt général ou pour assurer le paiement des impôts ou d'autres contributions ou des amendes²²⁶ ».

La Cour a jugé que la nécessité de réaliser l'équilibre budgétaire et de mettre sur pied, pour les sociétés, une stratégie fiscale saine, constitue un objectif d'intérêt général. Par conséquent, le législateur a pu raisonnablement considérer qu'il fallait porter le taux d'imposition de 10 % à 25 %. Selon la Cour, un taux de 25% ne pouvait être considéré comme déraisonnable, « car il n'est pas de nature à porter une atteinte disproportionnée au droit d'une catégorie de personnes au respect de ses biens ».

« Par ailleurs », peut-on lire dans l'arrêt, « les bonis de liquidation et les dividendes ordinaires ne diffèrent pas essentiellement : ils ont comme point commun que des réserves sont distribuées et qu'ils sont tous les deux convertibles en ce sens que tous les bénéfices reportés peuvent être distribués en tant que dividendes ou bien ultérieurement en tant que bonis de liquidation. Les dividendes sont eux aussi soumis à un précompte mobilier et à un impôt sur les revenus de 25% ».

Au cours de la campagne électorale en vue des élections du 25 mai 2014, plusieurs partis politiques, dont l'Open VLD et la N-VA, se sont engagés à supprimer ces mesures (d'économies) du gouvernement Di Rupo I²²⁷. Chose promise, chose due. Cette mesure a été incluse dans l'accord de gouvernement du 09.10.2014²²⁸.

La loi-programme du 19 décembre²²⁹ prévoit pour les PME une continuation d'un système analogue à celui décrit dans les mesures transitoires. Les PME peuvent dorénavant mettre en réserve chaque année une partie de leurs bénéfices imposables sur un compte de passif distinct moyennant une taxe anticipée de 10 %. Dorénavant, pour un versement ultérieur de ces réserves dans le cadre de la liquidation de la société, plus aucun n'impôt ne doit être versé. Si ces réserves sont distribuées à titre de dividende *dans les 5 ans*, un supplément de précompte mobilier de 15 % sera applicable ; si ces réserves sont distribuées à titre de dividende *après cinq ans*, ce supplément s'élèvera à 5 %.

²²³ « Drukke bij de notaris door liquidatiebonus », *De Standaard*, 23.09.2014.

²²⁴ Arrêté n° 162/2014 du 6 novembre 2014.

²²⁵ Article 1 du premier protocole additionnel de la Convention européenne des droits de l'homme.

²²⁶ « Grondwettelijk Hof behoudt hogere heffing op liquidatiebonus », *De Tijd*, 07.11.2014.

²²⁷ « Open VLD wil liquidatiebonus bijsturen: meteen 10 procent roerende voorheffing », *Belga*, 04.04.2014.

²²⁸ Point 4.1.4. : Impôt des sociétés.

²²⁹ MB 30.12.2014 p. 106219.

8 Les unions professionnelles en bref

Pneumologie

L'année dernière, une grande partie de l'énergie des pneumologues a été consacrée aux concertations relatives aux apnées obstructives du sommeil et aux CPAP nasales.

Fin 2013, le gouvernement Di Rupo a proposé une mesure visant à économiser 4 millions dans la convention CPAP. En juin 2014, il est soudainement apparu qu'il s'agissait de 4 millions d'euros à partir du 1^{er} septembre 2014 et donc d'au moins 12 millions d'euros sur base annuelle. Des réunions à l'INAMI avec le Collège des médecins-directeurs n'ont rien donné. Le Collège a surtout préoccupé la croissance constante du nombre de cas dans cette pathologie, ce qui n'est pas très étonnant eu égard entre autres à l'épidémie d'obésité.

Pour ne pas laisser le patient sur la touche, les pneumologues ont pourtant signé l'annexe imposée à la convention. Entretemps, un groupe de travail disparate a travaillé à la rédaction d'une nouvelle convention qui doit permettre de maîtriser les coûts pour une population de patients en hausse tout en conservant des normes de qualité, tant en ce qui concerne le choix des appareils que sur le plan de la formation et du suivi du patient individuel.

9 Conclusion

Les élections du 25.05.2014 ont fortement secoué le paysage politique fédéral. Ce qui paraissait impossible pendant des décennies est arrivé : un gouvernement composé des couleurs – bleu (les libéraux de l'Open VLD²³⁰ et du MR²³¹) et jaune (les nationalistes flamands de la N-VA²³²) – et de la croix (les chrétiens démocrates flamands du CD&V²³³) du drapeau suédois. Un gouvernement de centre droit, sans trace de rouge (PS²³⁴), de pseudo rouge (cdH²³⁵ et Groen / Ecolo) ou d'hyper-rouge (PVDA²³⁶ – PTB²³⁷). Le rouge est en effet concentré en Belgique francophone et dans l'opposition. Plus de Laurette ONKELINX au gouvernement fédéral, même si la mutualité socialiste Solidaris avait conduit la campagne du PS à grande échelle – mais en cachette²³⁸. La disparition de Laurette ONKELINX en tant que ministre fédérale est un événement qui était attendu depuis des années par de nombreux médecins, en particulier des médecins flamands parmi lesquels, selon un sondage, 56 % avaient l'intention de voter pour la N-VA^{239, 240}. Un gouvernement comprenant trois médecins : la ministre médecin généraliste Maggie DE BLOCK (Affaires sociales et Santé publique – Open VLD), le ministre médecin généraliste Daniel BAQUELAINE (Pensions – MR) et la secrétaire d'État gynécologue Elke SLEURS (Culture - N-VA). Du jamais vu²⁴¹. Les 58 % de francophones qui avaient l'intention de voter libéral²⁴² furent donc comblés.

Le 11 octobre 2011, les partis politiques du gouvernement fédéral sont parvenus à un accord pour une sixième réforme de l'État : l'accord Papillon. Les premiers résultats concrets pour les spécialistes apparaissent progressivement. L'agrément des spécialistes individuels a été transféré aux communautés à partir du 01.07.2014. En Flandre, le ministre du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille, Jo VANDEURZEN

²³⁰ Open Vlaamse Liberalen en Democraten.

²³¹ Mouvement Réformateur, union de trois partis politiques francophones de droite et de centre-droit belges.

²³² Nieuw-Vlaamse alliantie.

²³³ Christen-Democratisch en Vlaams.

²³⁴ Parti Socialiste.

²³⁵ Centre démocrate humaniste.

²³⁶ Partij van de Arbeid van België.

²³⁷ Le Parti du travail de Belgique.

²³⁸ « Charles Michel réagit: "Je suis stupéfait par ce que fait Solidaris". », *La Capitale*, 22.05.2014.

²³⁹ « N-VA meer dan ooit dokterspartij », *Artsenkrant*, 09.05.2014.

²⁴⁰ « Verkiezingsenquête Artsenkant. "Enthousiasme voor N-VA is lichtjes hallucinant" », *Artsenkrant*, 16.05.2014.

²⁴¹ « Eens geen juristen, maar een artsenregering? », *MediQuality*, 14.10.2015.

²⁴² « Sondage en ligne : le MR séduit plus de la moitié de nos lecteurs. Les médecins voient la vie en bleu ». *Le Journal du médecin*, 09.05.2014.

(CD&V) a été nommé, mais en Belgique francophone c'est le ministre président Rudy DEMOTTE (PS) qui a hérité de cette compétence, et qui par quelques tours de passe-passe a cédé sa compétence à son collègue PS ministre de l'Enseignement supérieur, Jean-Claude MARCOURT. Un doyen francophone explique cette démarche par le fait que l'on compte trop de ministres francophones dans le secteur de la santé publique. L'agrément des maîtres de stage et des services de stage reste une compétence fédérale auprès du Conseil supérieur des médecins spécialistes et généralistes.

L'INAMI a transféré un budget de 3,559 milliards d'euros aux communautés, mais en raison de la complexité de sa mise en œuvre, la défédéralisation prendra encore des années. La revalidation et les soins aux personnes âgées posent parfois des problèmes imprévus. Il ressort d'un symposium organisé à la mi-janvier 2014 à l'ULB que ce sont les francophones qui s'inquiètent le plus de leurs soins aux personnes âgées et de leurs soins hospitaliers²⁴³.

Malgré les commentaires négatifs persistants que les médias et certains gourous de l'économie de la santé continuent de véhiculer à propos des médecins belges et en particulier des médecins spécialistes, 1,5 % des patients en hôpitaux belges sont domiciliés à l'étranger. Parmi eux, un cinquième viennent de France (20,5%) et plus de la moitié arrivent des Pays-Bas (57,4%, soit 29.658 patients)²⁴⁴. Dieu seul sait pourquoi, étant donné que cette migration de patients est étonnante, au vu de l'index Euro Health Consumers de l'organisation commerciale Health Power House qui ne plaçait (en date du 27.01.2015) la Belgique qu'à la sixième place parmi 36 pays européens, et les Pays-Bas à la première place²⁴⁵. Les Lieven ANNEMANS et consorts de ce milieu pourront certainement l'expliquer. Mais qu'ils veillent à ce que le nouveau système de financement des hôpitaux, qui occupe actuellement tous les grands penseurs belges, ne dégrade pas ces belles performances^{246, 247}. Avec un peu plus de prévention et la mise sur le marché encore plus rapide de nouveaux médicaments, nous pouvons rivaliser avec les Pays-Bas, pour ceux que cela intéresse. La compétition ne doit pas toujours tourner autour du ballon rond.

Entretemps, il serait prouvé²⁴⁸ par une enquête réalisée à la demande de l'INAMI que²⁴⁹ le Belge devient moins solidaire et place la qualité de vie avant la durée de vie²⁵⁰. J'y faisais déjà allusion il y a bientôt 10 ans dans mes écrits à propos du débat sans fin sur l'euthanasie²⁵¹. L'oncologue demandera-t-il bientôt au patient combien il veut de « QALY »²⁵², et quand injecter la piqure libératrice^{253, 254}?

Espérons que les nombreux gouvernements de ce pays ne créent pas d'instituts ou de centres d'expertise supplémentaires comme notamment celui mentionné dans l'accord Papillon (et qui par chance n'a pas été créé), l'« Institut pour garantir des réponses concertées aux grands défis en soins de santé ». Ou encore la suggestion de créer un Centre d'expertise pour le financement par pathologie²⁵⁵!

Malgré les 47.701 médecins actifs, il y aura trop peu de candidats pour peupler tous ces cénacles médicaux belges, flamands, francophones et germanophones.

²⁴³ « *Zesde staatshervorming moeilijk verteerbaar* ». *De Specialist*, 12.03.2014.

²⁴⁴ « *Quinze patients hospitalisés sur 1.000 viennent de l'étranger* ». *La Libre Belgique*, 17.07.2014.

²⁴⁵ « *Belgische gezondheidszorg zesde in Europa* », *De Standaard*, 27.01.2015.

²⁴⁶ « *Ziekenhuizen verspillen te veel geld* », Prof. Lieven Annemans dans *De Standaard*, 28.01.2015.

²⁴⁷ « *Medisch Centrum Cash* », *De Morgen*, 29.08.2014.

²⁴⁸ À l'occasion de son 50e anniversaire, l'INAMI a confié cette enquête aux sociologues Prof Mark Elchardus et Petrus Te Braak, de la VUB.

²⁴⁹ « *Solidariteit in de ziekteverzekering komt onder druk* », *Artsenkrant*, 04.04.2014.

²⁵⁰ « *Enquête VUB –INAMI. Des patients solidaires mais pragmatiques* ». *Le Journal du Médecin*, 04.04.2014.

²⁵¹ « *Van Nu, besparingen zonder einde, en Straks, Soylent Green?* », *Rapport annuel du GBS 2005*. Dr Marc Moens, 04.02.2006.

²⁵² QALY est l'acronyme anglais de « *Quality Adjusted Life Year* » ou « *année de vie ajustée par sa qualité* ». Cet indicateur économique visant à estimer la valeur de la vie est issu de l'application à la santé publique de la théorie de l'utilité en économie.

²⁵³ « *Qualité de vie ou longévité à tout prix ?* » *Le Soir*, 23.12.2014.

²⁵⁴ « *Een prijskaartje op een mensenleven* ». *De Morgen*, 23.12.2014.

²⁵⁵ « *Kenniscentrum is voor pathologiefinanciering* ». *Artsenkrant*, 26.09.2014.

Veillons à ce qu'en Flandre, le décret sur le partage des données parmi les professionnels de la santé²⁵⁶ ne dérape pas. Si les prestataires de soins flamands refusent de collaborer, ils peuvent se voir infliger des amendes colossales²⁵⁷. Les arrêtés d'exécution doivent encore être rédigés.

Comme toutes les années précédentes, 2014 fut une année extrêmement remplie. Bien trop pour tout « caser » dans un seul rapport annuel, mon 25^e. Même si la ministre Maggie DE BLOCK qualifie l'année 2015 de transitoire, les médecins devront rester particulièrement vigilants pour ne pas perdre la maîtrise des réformes attendues dans le financement des soins, y compris l'administration hospitalière et la nomenclature. Après quatre mois de mandat, nous constatons que la ministre Maggie DE BLOCK est certainement prête à consulter les médecins de manière constructive. Nous avons dû le vivre autrement par le passé.

Le GBS dispose d'une équipe solide et d'un groupe de confrères qui ont entre autres travaillé à ce rapport et qui sont désireux de relever ce défi ensemble.

Ont travaillé à ce rapport, outre le secrétaire général : Bart Dehaes, Jean-Luc Demeere, Raf Denayer, Francis Heller, Olivier Lambrechts, Michel Lievens et Fanny Vandamme.

Dr Marc Moens,
Secrétaire général.

La rédaction a été clôturée le 30.01.2015

²⁵⁶ Décret du 25.04.2014 relatif à l'organisation du réseau pour le partage de données entre acteurs des soins (MB 20.08.2014).

²⁵⁷ Décret du 25.04.2014, article 44 § 3. « L'Agence peut imposer une amende administrative de 100 à 100 000 euros à une infrastructure qui n'exécute ou ne respecte pas les missions ou les obligations qui découlent du présent décret. L'Agence peut imposer une amende administrative de 100 à 40 000 euros à un prestataire de soins ou un assistant social qui n'exécute ou ne respecte pas les missions ou les obligations qui découlent du présent décret. En dehors de cela, l'Agence peut refuser l'accès au réseau à un prestataire de soins, un assistant social ou une infrastructure. » (MB 20.08.2014).