

**Rapport annuel 2003 du G.B.S.  
Dr Marc MOENS  
Secrétaire général  
07.02.2004**

**2003 :  
l'année  
de la grande illusion**

**"Ceci n'est pas un gouvernement"**

## SOMMAIRE

I.	Préambule .....	1
II.	2003 est une année d'élections .....	1
	1. La campagne franchit la frontière linguistique .....	1
	2. Steve est Dieu .....	3
	3. Pas de VERHOFSTADT bis mais Violet I.....	4
	4. Et pour les spécialistes ... un dialogue de sourds ? .....	5
III.	L'accord médico-mutualiste 2004-2005 "non éthique" du 15.12.2003.....	8
	1. L'accord du 19.12.2002 pour 2003 est accepté.....	8
	2. Vers un nouvel accord pour les années 2004 et 2005 ? .....	9
	3. Budget 2004 .....	14
	1. On peut toujours demander .....	14
	2. La Médico-Mut soupèse mais VANDE LANOTTE dispose.....	15
	4. L'accréditation.....	16
IV.	Numerus clausus .....	19
	1. La Communauté française abroge toute forme de limitation .....	19
	2. Pléthore maintenue en Communauté française et freinée en Flandre .....	20
	3. La situation flamande depuis 1997 .....	22
	4. "La pénurie francophone" et une pétition flamande .....	24
V.	Progression de l'académisation .....	27
VI.	Procédures juridiques .....	30
	1. Procédures juridiques introduites par le GBS en 2003 ou que le GBS a appuyé financièrement. ....	30
	1. Arrêté ministériel du 1er octobre 2002 modifiant l'arrêté ministériel du 3 mai 1999 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes (M.B. 23.10.2002). Décision de poursuivre la procédure devant le Conseil d'Etat .....	30
	2. Arrêté royal du 16 mai 2003 portant nomination du président, de son suppléant et des membres de la Commission fédérale « Droits du patient » (M.B. du 27.05.2003). ....	31
	3. Arrêté royal du 8 juillet 2003 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux (M.B. du 04.08.2003). ....	31
	4. Soutien financier des recours en suspension et en annulation introduits par l'Association Professionnelle des Neurologues et des Psychiatres devant le Conseil d'Etat contre les A.R. du 30 novembre 2003 et du 15 décembre publiés respectivement aux M.B. du 12 et 31 décembre 2003. ....	31

2.	Arrêts .....	32
1.	Loi du 14 janvier 2002 portant des mesures en matière de soins de santé (M.B. du 22.02.2002) – Actions communes du GBS et de l'ABSyM devant la Cour d'arbitrage .....	32
1.	Article 112.....	32
2.	Article 63 et suivants .....	33
2.	L'arrêté royal du 17 octobre 1991 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre. ....	33
3.	Arrêté royal du 13 janvier 1995 modifiant l'arrêté royal du 4 novembre 1963 portant exécution de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et portant création du Conseil technique de la kinésithérapie. ....	34
3.	Relevé des procédures auxquelles il a été renoncé après avis juridique externe. ....	35
1.	Arrêté Ministériel du 12 mars 2003 modifiant l'arrêté ministériel du 30 avril 1999 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes (M.B. du 9 avril 2003).....	35
2.	L'arrêté royal du 21 mars 2003 fixant les normes auxquelles le programme de soins de base en oncologie et le programme de soins d'oncologie doivent répondre pour être agréés (M.B. du 25 avril 2003) .....	35
VII.	Le Contrôle médical.....	36
1.	Le Service d'Évaluation et de Contrôle médicaux (SECM) et la loi sur la responsabilisation individuelle des dispensateurs » .....	36
2.	La justice expéditive du Comité .....	37
3.	La "bienfaisante" surprise d'une lacune légale .....	38
4.	Proposition concrète de modification du système .....	39
5.	Des « trouvailles » interprétatives au « jurisdogme » du SECM.....	40
6.	La réglementation et les guidelines de bonne pratique. ....	41
VIII.	A vol d'oiseau .....	41
1.	Imagerie Médicale .....	41
1.	La prescription .....	41
2.	Les produits de contraste non ioniques .....	41
3.	Les manipulations supprimées .....	42
4.	La AFCN et les sources d'irradiations itinérantes.....	43
2.	Les ophtalmologues.....	43
1.	Faco-émulsification ... ..	43
2.	... et les opticiens .....	45
3.	Rémunération forfaitaire et qualité des soins .....	45
4.	Les stomatologues et les dentistes-spécialistes.....	46
5.	L'implémentation des droits des patients par les compagnies d'assurances .....	47
6.	Les néo-gériatres et les néo-urgentistes .....	47
IX.	CONCLUSION.....	48

## **I. PRÉAMBULE**

Depuis notre dernière assemblée générale statutaire du 08.02.2003, le Comité exécutif s'est réuni 42 fois le lundi midi et il y a eu 7 réunions du Comité directeur le jeudi soir. Chaque réunion hebdomadaire du Comité exécutif fait l'objet d'un compte rendu succinct qui est envoyé dans la semaine par voie électronique à l'ensemble des membres du Comité exécutif, de sorte que même ceux qui n'ont pas pu assister à la réunion, sont en mesure de suivre de près les réactions du GBS à l'actualité et d'intervenir s'ils le souhaitent. Les comptes rendus du Comité directeur sont rédigés in extenso et transmis pour approbation à tous les membres du comité directeur ainsi qu'aux présidents et secrétaires des unions professionnelles avant la réunion suivante.

Au cours de l'année 2003, le GBS a publié 9 numéros normaux du "Médecin Spécialiste" et 6 numéros spéciaux.

Le numéro de mars 2003 a fait beaucoup de bruit. Sous le titre "Pourquoi le spécialiste devrait-il quitter le terrain ?", le GBS constatait qu'à l'approche des élections du 18 mai 2003, les partis politiques flamands entendaient écarter les spécialistes du terrain des soins ambulatoires. En pages 2 et 3 de notre journal, nous avons publié la position de notre Assemblée générale du 08.02.2003 sur "L'accès aux soins de santé modernes". Ceci n'a pas valu que des marques de gratitude à notre président, le Prof. GRUWEZ. Il a été la victime de bordées d'injures tant à son adresse e-mail privée que dans les journaux médicaux. Mais en politique, et également en politique de la santé, il faut être blindé. Dans les semaines qui ont suivi la conclusion de l'accord médico-mutualiste du 15.12.2003, d'autres parmi lesquels le soussigné se sont vu infliger le même traitement de la part de certains généralistes flamands. Nous y reviendrons plus en détail par la suite (cf. III.2.).

## **II. 2003 EST UNE ANNÉE D'ÉLECTIONS**

### **II.1. La campagne franchit la frontière linguistique**

En ce qui concerne le secteur des affaires sociales et des soins de santé, les élections du 18 mai 2003 sont préparées d'une tout autre façon selon que l'on est en Flandre ou en Wallonie.

Le président du PS Elio DI RUPO proclame que les soins de santé constituent un thème très important. Il entend investir 5 milliards d'euros dans ce secteur (<sup>1</sup>). En attendant, il apprend le néerlandais et il lance une offensive de charme en direction de l'électeur flamand par le canal des médias. Souhaite-t-il succéder à Guy VERHOFSTADT? Le 8 mai 2003, DI RUPO occupe une page entière dans les journaux flamands avec un message commençant par "Beste Vrienden".

A l'approche des élections, les médias francophones laissent clairement entendre que les Wallons en ont vraiment assez de Frank VANDENBROUCKE. Ils lui reprochent son attitude autoritaire et son manque de volonté de collaborer.

---

<sup>1</sup> « De straat vergist zich nooit ». Knack 23.04.2003

Les francophones lui tiennent également rigueur de l'absence de résultats de son idée d' "Etat-providence actif" et de sa confrontation violente avec les kinésithérapeutes.

Un sondage réalisé auprès des généralistes flamands et francophones sur leur souhait de voir VANDENBROUCKE se succéder à lui-même aux Affaires sociales constate une différence nette entre les deux groupes <sup>(2)</sup> : 90 % des francophones répondent non et 79 % des Flamands répondent oui !

Et pourtant, en Flandre, le "plus intelligent des Teletubbies" <sup>(3)</sup> est continuellement attaqué par le président du VLD, Karel DE GUCHT. Le VLD entend en effet devenir le premier parti en Flandre. Un parti populaire. Il est clair qu'en Flandre, la réduction des impôts est jugée plus importante que les soins de santé.

VANDENBROUCKE sent que les choses se gâtent. Il demande publiquement <sup>(4)</sup> (nous traduisons) "aux gens de tout parti et de toute tendance de me soutenir pour cette fois car je crains que d'autres puissent occuper ce poste (= Affaires sociales et Pensions)". Très certainement faisait-il allusion à un ministre du VLD.

Le 06.05.2003, il avait déjà obtenu le soutien d'un certain nombre de personnes dans les milieux académiques flamands, comme les Prof. de sociologie Luc HUYSE (K.U.L.) et Bea CANTILLON (U.A.), de l'oncologue Dr Wim DISTELMANS et de l'éditeur André VAN HALEWIJCK <sup>(5)</sup>.

Dans le rapport du gouvernement réalisé par les journalistes du "De Standaard" <sup>(6)</sup>, FVDB avait obtenu le score le plus élevé, à savoir 81 %. Cela n'aura échappé ni aux kinésithérapeutes ni aux médecins que les journalistes étaient également d'avis que : (nous traduisons) "Il est encore un peu trop gentil pour les partenaires dans les soins de santé" (sic).

Avec Louis MICHEL, Frank VANDENBROUCKE a réalisé le meilleur score dans le domaine du "zèle" : 17/20. Si l'on prend le nombre de pages du Moniteur belge comme unité de référence, le gouvernement violet-vert a très probablement été, en 2003, le plus zélé que nous ayons jamais eu. Le pronostic auquel je me suis livré dans mon précédent rapport annuel <sup>(7)</sup> annonçant que nous allions certainement passer le cap des 60.000 pages électroniques en 2003, s'est largement vérifié. Pas moins de 62.806 pages ont été publiées ! (cf. tableau 1).

---

<sup>2</sup> « Sondage express ». Le Généraliste. 09.07.2003.

<sup>3</sup> « Er is niks mis met gefundeerd links populisme ». De Morgen. 01.02.2003.

<sup>4</sup> « Wij houden vast aan departement Sociale Zaken ». Interview avec Frank VANDENBROUCKE dans De Morgen. 09.05.2003.

<sup>5</sup> « Geef me de integriteit en bekwaamheid van Frank maar ». De Standaard. 06.05.2003.

<sup>6</sup> « Verhofstadt I met de hakken over de sloot ». De Standaard. 03.05.2003.

<sup>7</sup> « Les soins de santé, un schizomycète pourpre tacheté de points verts ». II.3. Le Médecin Spécialiste. Numéro spécial mars 2003.

Année	Nombre de pages	Croissance annuelle en %	Augmentation cumulative
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	43.557	- 13,9	201,3
2001	45.768	+ 5,1	211,6
2002	59.169	+ 29,3	273,5
2003	62.806	+ 6,1	290,3

Tableau 1

En l'espace d'une législature de quatre ans, les responsables politiques ont produit 211.300 pages de Moniteur belge. Une telle inflation législative a des effets contre-productifs et est antidémocratique dans la mesure où seuls quelques rares experts connaissent encore leurs droits. De plus, de mauvaises lois comme la loi relative à l'euthanasie, la loi sur les drogues, la loi relative aux droits du patient, la loi sur la responsabilisation individuelle (cf. VII.1.) ... nécessitent des améliorations, des ajouts et des révisions.

Peut-être est-il même utile, pour la nouvelle équipe violette, de se remémorer l'historien romain Tacite : "Jamais les lois ne furent plus multipliées que quand l'État fut le plus corrompu" <sup>(8)</sup>. Hasard ou pas, pour ce qui est de la corruption, la Belgique n'obtient pas un bon score au niveau international...

## II.2. Steve est Dieu

Le 19 mai 2003, "De Morgen" titre en lettres de sang : "Steve is God" (Steve est Dieu). Les teletubbies, y compris le Prof. Frank VANDENBROUCKE, associés à SPIRIT, un parti issu de la scission de la défunte Volksunie, triomphent. Les verts sont balayés tant en Flandre qu'en Wallonie lors des élections du 18 mai 2003 tandis que les chrétiens-démocrates continuent à perdre du terrain et que l'extrême droite poursuit sa progression. Pour la Chambre des représentants, cela donne les pourcentages suivants pour la Belgique <sup>(9)</sup> : (entre parenthèses la variation par rapport aux résultats du 13.06.1999)

<sup>8</sup> « Annales ». Tacite. Vers 105 après Jésus-Christ.

<sup>9</sup> De Standaard. 19.05.2003.

Socialistes	27,9 %	* SP.A. – SPIRIT	14,9 (+ 5,4)
		* P.S.	13,0 (+ 2,8)
Libéraux	26,8 %	* VLD	15,4 (+ 1,1)
		* MR	11,4 (+ 1,2)
Chrétiens-démocrates	18,8 %	* CD&V	13,3 (- 0,8)
		* CDH	5,5 (- 0,4)
Verts	5,6 %	* AGALEV	2,5 (- 4,5)
		* ECOLO	3,1 (- 4,2)
Nationalistes	13,7 %	* Vlaams Blok	11,7 (+ 1,7)
		* Front National	2,0 (+ 0,5)
Autres	7,2 %	* N-VA	3,1 (-)
		* Vivant	0,7 (- 0,5)
		* autres	3,4

### II.3. Pas de VERHOFSTADT bis mais Violet I

Etant donné que les libéraux et surtout les socialistes sont les grands gagnants et que les verts n'existent quasiment plus, il est rapidement clair pour l'informateur Elio DI RUPO, nommé le 21.05.2003, que le gouvernement sera "Violet".

Le 03.06.2003, Guy VERHOFSTADT débute sa mission de formateur. L'absence de toute croissance économique ne rend pas la tâche du formateur aisée. "Emploi, emploi, emploi", tel doit être le mot d'ordre du nouveau gouvernement. Deux cent mille nouveaux emplois.

L'opposition réduction des impôts versus investissements dans les soins de santé complique encore la situation. Malgré tout, le samedi 12.07.2003, le gouvernement Violet I prête serment devant le Roi Albert II, avec 15 ministres (10 hommes, 5 femmes) et 6 secrétaires d'Etat (4 hommes, 2 femmes). Le plus âgé est Louis MICHEL (° 02.09.1947); la plus jeune est Freya VAN DEN BOSSCHE (° 26.03.1975).

Guy VERHOFSTADT reste premier ministre mais Frank VANDENBROUCKE perd son portefeuille des Affaires sociales qu'il doit échanger contre celui de l'Emploi. Il conserve les Pensions. Il n'est pas heureux de ce réaménagement réclamé par Elio DI RUPO et obtenu par le président de son parti, le SP-A, Steve STEVAERT. A l'occasion d'une étude sur le vieillissement, il exprime des critiques virulentes à l'encontre de ses partenaires de coalition dès le 09.09.2003 <sup>(10)</sup>. Le 07.09.2003, VANDENBROUCKE menace de démissionner pour la première fois <sup>(11)</sup>. Il recommence le 21.11.2003 à l'issue d'une violente confrontation avec Laurette ONKELINX, qui est aujourd'hui ministre de la Justice après avoir été ministre de l'Emploi jusqu'en juillet 2003, concernant les chèques-service. <sup>(12)</sup>.

Dans la presse flamande, Frank VANDENBROUCKE et le président du VLD Karel DE GUCHT se bagarrent en public. DE GUCHT parle de trahison de l'intellectuel

<sup>10</sup> « Paarse mayonnaise pakt (nog) niet ». De Morgen. 09.09.2003.

<sup>11</sup> « Verhofstadt minimaliseert uithaal Vandenbroucke ». De Morgen. 09.09.2003.

<sup>12</sup> « Une crise par mois, c'est beaucoup ». Le Soir. 24.11.2003.

("het verraad van de intellectueel") car VANDENBROUCKE prône la modération des dépenses de santé alors que, dans le cadre de son précédent mandat de ministre des Affaires sociales, il n'a jamais cessé de réclamer davantage de moyens financiers dans le secteur de la santé (<sup>13</sup>).

Les Affaires sociales et la Santé publique sont réunies au sein d'un même portefeuille, celui du bilingue Rudy DEMOTTE (° 03.06.1963) (PS).

Rudy DEMOTTE en a assez des querelles portant sur les transferts nord-sud (<sup>14</sup>) et, après une nouvelle confrontation frontale, cette fois avec la représentante VLD et médecin généraliste Maggie DE BLOCK à propos de la surconsommation de la radiologie en Belgique francophone (<sup>15</sup>), DEMOTTE réagit avec hargne (<sup>16</sup>). Il répond que les transferts nord-sud n'ont pas de base scientifique. Ils sont "fantasmagoriques". Et, poursuit Bénédicte VAES, il donne les chiffres les plus récents de l'INAMI, "dirigé par le flamand Jo DE COCK" : avec 57,9 % de la population belge, la Flandre consomme 57,25 % des dépenses de l'INAMI; la Wallonie quant à elle, qui constitue 32,53 % de la population, consomme 33,09 % du budget de l'INAMI et Bruxelles qui compte 9,57 % de la population consomme 9,66 % du budget de l'INAMI (chiffres 2002).

Il transmettra les détails de cette étude à la Chambre en février 2004.

#### **II.4. Et pour les spécialistes ... un dialogue de sourds ?**

Le samedi 20 septembre 2003, le tout nouveau ministre des Affaires sociales et de la Santé publique Rudy DEMOTTE a lancé, lors d'une séance inaugurale plénière qui s'est déroulée devant une assistance nombreuse, une longue série d'entretiens avec des dispensateurs de soins qu'il regroupe sous le titre de "dialogues de la santé".

Quatorze groupes de travail, en principe tous ouverts aux médecins, ont été constitués :

- groupe de travail Opticiens et Audiciens
- groupe de travail Implants
- groupe de travail Bandagistes et orthopédistes
- groupe de travail Dentistes
- groupe de travail Conventions INAMI
- groupe de travail Hôpitaux
- groupe de travail Kinésithérapeutes
- groupe de travail Infirmiers et accoucheuses
- groupe de travail Logopédie
- groupe de travail Médecins
- groupe de travail Médicaments et pharmaciens
- groupe de travail Maisons de repos - MRS - CSJ
- groupe de travail Organismes assureurs
- groupe de travail Santé mentale

---

<sup>13</sup> « Het verraad van de intellectueel ». De Standaard. 13.09.2003.

<sup>14</sup> « Ik wil alle misbruiken aanpakken ». Het Volk. 05.12.2003.

<sup>15</sup> « België blijft medisch uiteengroeien ». De Standaard. 22.01.2004.

<sup>16</sup> « Santé : le Wallon n'abuse pas ». Le Soir. 23.01.2004. Interview de la journaliste Bénédicte VAES avec le ministre DEMOTTE

Dans la mesure où les mutuelles sont censées représenter les patients – les associations de patients n'ont pas été invitées – elles ont pu prendre part à tous les groupes de travail.

Les représentants du GBS ont participé à 11 des 14 groupes de travail. A la fin du mois de décembre 2003, le collaborateur de cabinet Jean-Marc CLOSE nous a transmis les rapports de synthèse en français. Les traductions en néerlandais nous sont parvenues vers la mi-janvier, parfois après la date limite pour soumettre des réactions.

Pour la date limite du 09.01.2004, nous avons répondu en détail – et exclusivement en français car la version néerlandaise n'était pas disponible – à la note de synthèse du groupe de travail "Médecins". Les documents distribués en séance durant la deuxième réunion plénière qui s'est tenue le dimanche 25.01.2004 ne permettent pas de penser que le ministre a tenu compte un tant soit peu de nos remarques fondées.

Jean-Marc CLOSE, qui s'occupe de la régie pour DEMOTTE et réalise la synthèse des textes, avait admis, lors de l'ouverture de la "grand-messe des dialogues de la santé" que les textes de synthèse de départ ne seraient adaptés que si deux conditions étaient remplies. Tout d'abord, il faut qu'une majorité soit en faveur de l'adaptation et ensuite l'adaptation doit s'inscrire dans la ligne politique.

Dans la mesure où les Dialogues de la santé sont envahis par les généralistes de tout poil et où le ministre est naturellement convaincu que le gouvernement n'est constitué que de ministres PS et que, par conséquent, il ne doit écouter que les idées d'inspiration collectiviste, aucune des remarques du GBS ne remplit les conditions fixées et le ministre fait comme bon lui semble.

Pourtant, au début de son mandat, DEMOTTE était d'avis que l'échelonnement était dépassé. Je cite d'une interview avec le ministre nouvellement désigné <sup>(17)</sup> : (nous traduisons) *"Le généraliste doit occuper une position centrale. Actuellement, il est encore trop au second rang alors qu'il doit figurer en première ligne. Selon moi, cela vaut pour tout le pays. L'échelonnement est dépassé. Obliger les gens à d'abord se rendre chez le généraliste lorsqu'ils ont un problème aux yeux, est stupide. Il s'agit d'apprendre les bons trajets de soins. Avec un nez qui coule, il n'est pas nécessaire de consulter un oto-rhino-laryngologiste ou un pneumologue. Mais il faut aussi laisser un peu de liberté aux gens"*.

Dans une réponse à une lettre de notre président et de moi-même concernant les contradictions dans l'accord gouvernemental violet, DEMOTTE restait déjà plus dans le vague et son penchant pour une structuration socialiste s'est manifesté pour la première fois : *"La terminologie de l'échelonnement cache différents modes d'organisation des soins de santé et je lui préfère la notion d'une meilleure structuration du système de santé, qui ne cherche pas à imposer une démarche prédéterminée, mais propose un trajet optimal des patients, utilisant au mieux les*

---

<sup>17</sup> « Rudy Demotte bekijkt gezondheidszorg pragmatischer dan zijn voorganger : « Frank was te veel ethisch bezig». ». De Standaard 06.09.2003.

*ressources disponibles et ne négligeant pas les aspects de prévention et de promotion de la santé."* (18).

Sous l'influence de son chef de cabinet adjoint flamand, ex-membre du comité de direction de l'ASGB, ancien collaborateur d'un centre de santé de quartier à Gand et ex-membre du *Vlaams Huisartsenparlement*, le Dr Ri DE RIDDER, et d'un groupe bruyant composé essentiellement de généralistes flamands qui est venu l'importuner jusqu'à son domicile à Flobecq avec des revendications excessives (19), le ministre a manifestement revu sa position politique après 6 mois seulement. L'échelonnement constitue à nouveau l'objectif et le remboursement différencié chez "certains" spécialistes le moyen.

Cette semaine, nous avons à nouveau mis sur papier nos réflexions concernant ses réformes annoncées. Nous les transmettrons au ministre DEMOTTE à l'issue de la discussion de ce rapport. L' "échelonnement en douceur" nous apparaît comme un cheval de Troie qui entend introduire un système qui est en train d'être abandonné ailleurs en Europe. Ainsi, pour la médecine générale, les assureurs néerlandais souhaitent la fin du système des abonnements et donnent la préférence à un paiement par consultation (20).

Le ministre entend conclure ses "Dialogues de la Santé" en septembre 2004. S'il est encore ministre à cette date. Le dimanche 25.01.2004, DEMOTTE n'a quasiment pas montré le moindre intérêt pour le secteur. Il est arrivé avec près de trois quarts d'heure de retard pour ensuite lire aux quelque 250 personnes présentes ce que serait l'avenir comme le PS le voit en matière de soins de santé. Il a laissé aux collaborateurs de cabinet le soin de répondre aux questions tandis que, bien qu'il soit en présence de la "fine fleur" des soins de santé belges, il n'a pas cessé de bavarder avec son chef de cabinet Laurence BOVY. Y a-t-il d'autres horizons pour DEMOTTE qu'Ottawa au Canada où il est parti en trombe à l'issue de la "grand-messe" pour y confronter le projet de plan d'urgence SRAS belge à l'expérience canadienne ? (21). A moins qu'il ne se fasse remplacer, après les élections du 13.06.2004, par Marie ARENA (l'actuelle ministre fédérale de la Fonction publique et confidente du président SP Elio DI RUPO) pour devenir lui-même ministre-président de la région wallonne ? (22). La valse des portefeuilles qui pourrait être déclenchée par un tel changement est difficile à imaginer, d'autant plus que le président du SP.A. Steve STEVAERT a annoncé que (nous traduisons) "Tout le monde démissionne au lendemain des élections flamandes, nous effaçons tout" (23).

---

18 Lettre du ministre R. Demotte du 22.09.2003 en réponse à la lettre du GBS du Prof. J. Gruwez et du Dr M. Moens du 17.07.2003.

19 « Rudy, Rufy et les autres. Expédition dominicale à Flobecq ». Journal du Médecin. 23.12.2003.

20 « Huisarts straks heel anders betaald ? Abonnements verdwijnen, vernieuwing past in komende verzekeringstelsel ». Trouw. 26.01.2004.

21 « Un plan d'urgence SRAS dans les valises de Demotte ». Journal du Médecin n° 1567. 03.02.2004.

22 « Nu al speculaties over PS-wissel Rudy Demotte en Marie Arena ». De Morgen. 17.10.2003.

23 « Paars blijft tot elkaar veroordeeld ». De Standaard. 31.01.2004.

### III. L'ACCORD MÉDICO-MUTUALISTE 2004-2005 "NON ÉTHIQUE" DU 15.12.2003

#### III.1. L'accord du 19.12.2002 pour 2003 est accepté

Lors de notre précédente assemblée générale du 08.02.2003, nous ne connaissons pas encore le résultat du nombre de refus de l'accord conclu pour 2003 entre, d'une part, les syndicats représentatifs de médecins, à savoir l'ABSyM et le Cartel, et, d'autre part, les mutuelles.

Sur les 40.666 médecins inscrits à l'INAMI, 7.243, soit 17,81 %, ont refusé d'adhérer à l'accord. 2.804, soit 15,65 %, des 17.913 médecins généralistes inscrits à l'INAMI ont signifié leur refus tandis que 4.439, soit 19,51 %, des 22.753 médecins inscrits comme spécialistes ont opposé leur refus. Comme d'habitude, le nombre de refus a été plus élevé en Wallonie et à Bruxelles qu'en Flandre (cf. tableau 2). L'accord du 19.12.2002 a toutefois été accepté dans tous les arrondissements du pays.

*Refus d'adhésion à l'accord du 19.12.2002 (en %)*

	Généralistes	Spécialistes	Tous les médecins
Région flamande	7,23	19,25	13,87
Région bruxelloise	25,94	23,08	24,20
Région wallonne	24,58	18,12	21,04
Belgique	15,65	19,51	17,81

Source : INAMI

Tableau 2

Le tableau 3 établit une comparaison, aussi bien en chiffres absolus qu'en pourcentages, entre le nombre de refus de l'accord du 19.12.2002 et celui enregistré pour l'accord du 18.12.2000. Ce tableau indique également l'évolution du nombre de médecins par région de l'année 2000 à 2002.

*Comparaison du nombre de refus concernant les accords du 18.12.2000 et du 19.12.2002*

Généralistes	18.12.2000			19.12.2002		
	Total	Refus	% de refus	Total	Refus	% de refus
Flandre	9.260	481	5,19	9.405	680	7,23
Bruxelles	2.343	595	25,39	2.398	622	25,94
Wallonie	6.116	1.023	16,73	6.110	1.502	24,58
Belgique	17.719	2.099	11,85	17.913	2.804	15,65

Spécialistes	18.12.2000			19.12.2002		
	Total	Refus	% de refus	Total	Refus	% de refus
Flandre	10.990	1.702	15,49	11.627	2.238	19,25
Bruxelles	3.586	851	23,73	3.731	861	23,08
Wallonie	7.063	1.161	16,44	7.395	1.340	18,12
Belgique	21.639	3.714	17,16	22.753	4.439	19,51

Tous les médecins	18.12.2000			19.12.2002		
	Total	Refus	% de refus	Total	Refus	% de refus
Flandre	20.250	2.183	10,78	21.032	2.918	13,87
Bruxelles	5.929	1.446	24,39	6.129	1.483	24,20
Wallonie	13.179	2.184	16,57	13.505	2.842	21,04
Belgique	39.358	5.813	14,77	40.666	7.243	17,81

Source : INAMI

Tableau 3

### **III.2. Vers un nouvel accord pour les années 2004 et 2005 ?**

Si la conclusion de l'accord du 19.12.2002 a été le fruit d'un accouchement difficile, la négociation d'un nouvel accord – avec un nouveau gouvernement et un nouveau ministre – a été encore plus difficile si c'était possible, et ce non pas parce que le ministre compétent n'a pas cessé d'interpeller le président de la médico-mut par GSM mais en raison de la mauvaise volonté et de l'inconstance des médecins généralistes.

En 2003, la Commission nationale médico-mutualiste s'est réunie à 10 reprises en séance plénière et a organisé deux réunions officielles de groupe de travail. Les tensions parmi les généralistes et entre les généralistes et les spécialistes ont atteint des sommets. Le président du VAS, Rufij BAEKE, a démissionné du VAS et de l'ABSyM et il a souhaité suivre son cours de manière autonome. Il a rejeté catégoriquement l'accord à la conclusion duquel il avait pris part avec enthousiasme aux petites heures du matin, le vendredi 20.12.2002. Il a été remplacé au poste de

président du VAS par Hilde ROELS, qui reprend également son poste de représentant de l'ABSyM au sein de la Commission nationale médico-mutualiste <sup>(24)</sup>.

Le président Gabriël PERL a négocié prudemment, sur une base informelle, avec les groupes en aparté, ensuite avec les syndicats médicaux réunis et enfin avec les médecins et les mutuelles réunis au 32<sup>e</sup> étage de la "Tour des Pensions" (ou Tour du Midi) où il a ses bureaux d'administrateur général de l'Office National des Pensions.

Grâce à des manœuvres habiles de l'ABSyM, les généralistes réalisent qu'il est possible d'obtenir, dans le cadre de l'accord pour 2004-2005, les 20-30 euros symboliques, respectivement pour la consultation et la visite à domicile, pour lesquels ils avaient encore manifesté en masse à Bruxelles le 14.12.2002.

Comparés à 1999, leurs honoraires auront augmenté de pratiquement 40% en 2004 et la part relative des honoraires des médecins généralistes dans le budget partiel des honoraires médicaux passera de 15,54 % en 1999 à 16,93 % en 2004 après être retombée à 14,71 % en 2001. Sur la même période, le budget total des honoraires médicaux augmente de 28,34 %, passant de 3.905,488 millions d'euros (soit 157,55 milliards de BEF) à 5.012,268 millions d'euros (soit 202,19 milliards de BEF). Entre 1999 et 2004, la part des spécialistes augmente de 26,22 %, passant de 3.298,556 millions d'euros (soit 133,06 milliards de BEF) à 4.163,446 millions d'euros (soit 167,95 milliards de BEF) (cf. tableau 4).

*Evolution et part des généralistes (\*) dans l'objectif budgétaire partiel des médecins*

	GENERALISTES			SPECIALISTES			TOTAL		
	Dépenses (millions d'euros)	Evolution %	Part relative %	Dépenses (millions d'euros)	Evolution %	Part relative %	Dépenses (millions d'euros)	Evolution %	Part relative %
1999	606,932	100,00	15,54	3.298,556	100,00	84,46	3.905,488	100,00	100,00
2000	621,965	102,48	15,16	3.480,367	105,51	84,84	4.102,332	105,04	100,00
2001	638,949	105,28	14,71	3.705,083	112,32	85,29	4.344,032	111,23	100,00
2002	666,376	109,79	15,53	3.625,100	109,90	84,47	4.291,476	109,88	100,00
2003	769,604	126,80	16,20	3.979,579	120,65	83,80	4.749,183	121,60	100,00
2004	848,822	139,85	16,93	4.163,446	126,22	83,07	5.012,268	128,34	100,00

(\*) prestations techniques non comprises

Tableau 4

Source : Jo DE COCK, administrateur général INAMI, 16.12.2003.

La revalorisation justifiée du budget des généralistes de presque 40% est d'autant plus éloquente quand on sait que le nombre de prestations de généralistes connaît plus ou moins un statu quo, comme cela ressort du tableau 5. En d'autres termes, la revalorisation entre 1999 et 2004 est de ± 40% par unité de temps étant donné que le nombre total de prestations reste quasiment constant. Durant la période 1995-2002, il y a eu une augmentation minimale de ± 40,33 à ± 40,65 millions de prestations, soit + 0,77 %, et durant la période de 1999 à 2002, il y a même eu une baisse de ± 41,04 à 40,65 millions de prestations.

<sup>24</sup> A.R. du 22.10.2003 ; M.B. du 07.11.2003

## Evolution des principales prestations de généralistes

Nombre de 103132 (a)

1995	16.119.207		
1996	16.038.095		
1997	15.622.048		
1998	15.382.936		
1999	14.836.530	-18,26 %	-2,4 % par an en moyenne
2000	14.503.782		
2001	13.704.588		
2002	13.175.145		

Nombre de 101076 + 103032 (b)

1995	24.213.676		
1996	24.479.551		
1997	24.854.636		
1998	25.671.512		
1999	26.202.353	+ 13,45 %	+ 1,8 % par an en moyenne
2000	26.532.282		
2001	27.038.469		
2002	27.469.949		

Nombre de (a) + (b)

1995	40.332.883	+ 0,77 %, soit en moyenne + 0,11 %
2002	40.645.094	par an, soit un quasi statu quo

103132	Visite, au domicile du malade, par le médecin généraliste agréé
101076	Consultation au cabinet du médecin généraliste agréé accrédité
101032	Consultation au cabinet du médecin généraliste agréé

Source : INAMI; calculs du Dr M. Moens

Tableau 5

Et pourtant, il y a une forte résistance car l'accord prévoit deux conditions pour obtenir les 20 et 30 euros. D'une part, l'accord doit être conclu pour deux ans. D'autre part, il faut parvenir à un comportement de prescription plus judicieux en ce qui concerne les antibiotiques et les anti-hypertenseurs aussi bien dans le chef des généralistes que dans celui des spécialistes. *"Si sur base des données disponibles au 1er octobre 2004, le Comité de l'assurance constate sur base des chiffres disponibles, une rupture significative de la tendance en matière de comportement du prescripteur, les montants prévus sont libérés."* <sup>(25)</sup>. Pour les spécialistes, on attend aussi, outre ce qui concerne la prescription de médicaments, une rupture de la tendance au niveau de la prescription d'imagerie médicale et de biologie clinique et du suivi des patients atteints d'un cancer.

<sup>25</sup> Accord national médico-mutualiste 2004-2005 du 15.12.2003; point 4.3, M.B. du 21.01.2004.

Une prescription adéquate se révèle soudainement non éthique. Et les 20 et 30 euros ne sont plus importants pour les généralistes flamands, mais bien les conditions secondaires. Le *Syndicaat van Vlaamse Huisartsen* (S.V.H.) qui dispose d'une seule voix au sein de la médico-mut en tant que partie constituante du Cartel (SVH + ASGB + GBO) est seul à voter contre le 15.12.2003. Le président du S.V.H., le Dr Karel VAN DE MEULEBROEKE, qui, durant la période 2002-2003, a été le serviteur de l'ex-ministre des Affaires sociales Frank VANDENBROUCKE dont il a pu propager l' "Avenir de la médecine générale" d'orientation britannique, ce qui lui a valu en quelque sorte le statut de "grand old man" du syndicalisme de la médecine générale<sup>(26)</sup>, a donné le mot d'ordre à son représentant effectif au sein de la médico-mut, le Dr Guido ISTAS, de voter contre.

On a joué sur tous les registres contre les signataires de l'accord. Les journaux flamands ont titré : "Minder geneesmiddelen in ruil voor hogere erelonen" (Moins de médicaments en échange d'honoraires plus élevés)<sup>(27)</sup> et "Eerst zuiniger voorschrijven, dan opslag" (D'abord une prescription plus économique avant une augmentation)<sup>(28)</sup>. Le Vlaams huisartsenparlement (VHP) rejette la convention, les partenaires sociaux au sein du Conseil général de l'INAMI n'y croient pas et votent contre et Le Journal du Médecin/Artsenkrant juge utile de solliciter l'avis de quatre éthiciens professionnels, avec une parfaite répartition entre les langues et les piliers.

Et bien entendu, ils trouvent tous qu'une prescription correcte n'est pas éthique. C'est un signal erroné, disent les éthiciens. Pourtant, pour peu qu'on lise l'avis un peu plus attentivement, on constate que le Prof. Paul SCHOTSMANS (K.U.Leuven), par exemple, déclare à juste titre que réaliser des économies dans les soins de santé ne fait pas partie de la mission des médecins généralistes<sup>(29)</sup>. Mais il a été mal informé dans la mesure où il dit que c'est vraiment faire preuve d'un air buté de vouloir coupler les honoraires à une obligation de prescrire moins. Ce n'est pas de cela dont il s'agit. Ce n'est écrit nulle part dans le texte. Par contre, les médecins s'engagent à prescrire mieux.

Le Prof. Michel DUPUIS (ULB) trouve que la contrainte de prescrire le moins cher possible ne peut pas être éthique mais il estime dans le même temps qu'encourager certaines bonnes pratiques médicales par des encouragements financiers ne pose pas de problème<sup>(30)</sup>. Le Prof. Jean-Michel LONGNEAUX (Facultés Universitaires Notre-Dame de la Paix, Namur) se livre à quelques réflexions critiques mais déclare malgré tout qu'on ne peut pas soigner un patient au détriment d'autres, en prenant des décisions qui, un jour, empêcheront certains patients d'accéder à des soins de qualité<sup>(31)</sup>.

Le Prof. Koen RAES (RUGent) exagère vraiment ou il ne sait tout simplement pas de quoi il parle<sup>(32)</sup>. Il estime que coupler le comportement de prescription à l'augmentation des honoraires des généralistes n'est pas éthique et déclare (nous

---

<sup>26</sup> « De scepsis van Karel Van De Meulebroeke ». Artsenkrant. 11.02.2003.

<sup>27</sup> De Morgen. 17.12.2003.

<sup>28</sup> De Standaard. 17.12.2003.

<sup>29</sup> « Ethici beoordelen conventie als onethisch ». Artsenkrant nr. 1560. 09.01.2004.

<sup>30</sup> « Revalorisation de la médecine et prescriptions. Le point de vue des éthiciens ». Journal du Médecin n° 1561. 13.01.2004.

<sup>31</sup> Ibidem.

<sup>32</sup> « Ethici beoordelen conventie als onethisch ». Artsenkrant n° 1560. 09.01.2004.

traduisons) : *“Les incitants économiques ne résolvent pas le problème sous-jacent. Pourquoi les médecins prescrivent-ils beaucoup d'antihypertenseurs et d'antibiotiques? La réponse se trouve en partie dans la société qui devient de plus en plus stressante et déprimante pour un nombre sans cesse croissant de personnes et en partie dans l'organisation des soins de santé”*. Après quoi il confesse sa foi inébranlable dans l'inscription auprès du généraliste. Et il poursuit (nous traduisons) : *“Il est grand temps de mener le débat sur la santé et sur les choix en matière de soins de santé. Le seul forum jouissant d'une légitimité dans le domaine est le Parlement”*.

Les quatre professeurs d'éthiques, et plus particulièrement Koen RAES, ont-ils du reste lu l'accord? En effet, l'accord ne fait aucunement mention d'économies dans le comportement de prescription couplées à une augmentation des honoraires. En revanche, ce couplage est malheureusement inscrit dans la proposition du gouvernement du 13.10.2003 à l'occasion du “State of the Union” du 14.10.2003 du premier ministre VERHOFSTADT. <sup>(33)</sup> Ce gouvernement a pourtant été élu au sein de notre démocratie parlementaire.

Cet éminent professeur radote-t-il ou son but est-il de renforcer son profil médiatique ou de rehausser sa stature de personnalité flamande (“ B.V.”) ? <sup>(34)</sup>

Il convient de souligner que l'accord, sans le lien avec les économies, a été approuvé par le Conseil général de l'INAMI, avec les cinq voix des cinq représentants du gouvernement.

Dans l'attente du décompte du nombre de refus d'adhésion à l'accord du 15.12.2003 pour les années 2004 et 2005 qui peut entrer en vigueur le 5 mars 2004, nous donnons, dans le tableau 6, un aperçu du nombre de refus depuis 1990.

Sont concernés l'accord du 10.12.1990, le “document Moureaux” qui avait été soumis pour approbation à tous les médecins individuels (et rejeté) et les accords des 13.12.1993, 11.12.1995, 03.11.1997, 18.12.2000 et 19.12.2002.

Nous rappelons qu'un accord entre en vigueur si, dans un arrondissement administratif donné, la convention n'a pas été rejetée par plus de 40% de tous les médecins inscrits auprès de l'INAMI. De plus, pour que dans chaque arrondissement, les accords puissent entrer en vigueur, il ne faut pas que plus de 50% des médecins généralistes ou plus de 50% des médecins spécialistes aient refusé d'adhérer à la convention <sup>(35)</sup>.

---

<sup>33</sup> Annexe 1, point 4, B, b, de la proposition du gouvernement concernant la fixation de l'objectif budgétaire global 2004 pour les soins de santé. Note INAMI C.S.S. n° 2003/311 du 15.10.2003.

<sup>34</sup> B.V. = bekende Vlaming

<sup>35</sup> Loi S.S.I. du 14.07.1994, article 50 § 3.

Refus d'adhésion aux accords depuis 1990 (en %).

	généralistes	spécialistes	tous les médecins
1990	9,78	16,35	12,57
1992	37,80	63,73	51,50
1993	18,42	20,02	19,27
1995	16,18	16,77	16,50
1997	14,28	16,71	15,60
2000	11,85	17,16	14,77
2002	15,65	19,51	17,81

Source : ABSyM, 26.02.2003

Tableau 6

### III.3. Budget 2004

#### III.3.1. On peut toujours demander

La Loi soins de santé et indemnités a défini un scénario défini récurrent en ce qui concerne l'établissement de l'objectif budgétaire global pour l'année suivante<sup>(36)</sup>. Les différentes commissions de conventions et d'accords ont jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet pour déterminer les moyens financiers qu'elles estiment indispensables pour le financement des besoins des différents secteurs. Il s'agit ici donc de moyens complémentaires en sus de la croissance normalement attendue des besoins de santé – "le trend" – et l'indexation.

Un groupe de travail de la Commission nationale médico-mutualiste a préparé l'estimation des besoins pour le secteur médical le 18.06.2003. La session plénière de la CNMM du 30.06.2003 a approuvé le rapport qui n'était pourtant en aucune façon unanime ou uniforme.<sup>(37)</sup>

- Les mutuelles ont proposé, pour 2004, une rallonge de 250 millions d'euros, dont  $\pm$  100 millions pour les généralistes et  $\pm$  150 millions pour les spécialistes.
- Le Cartel a fait une proposition de 377 millions d'euros, étalés sur deux ans, dont 207 millions pour les généralistes et 170 millions pour les spécialistes. En outre, il a demandé un financement des organisations représentatives de médecins pour un montant de 5 millions d'euros et, bien que cette dépense ne relève pas du budget des honoraires médicaux, une augmentation du statut social pour le médecin totalement conventionné qui devrait être porté à 5.000 euros.
- L'ABSyM a estimé les besoins supplémentaires pour 2004 à 347,5 millions d'euros. Ce montant comprenait premièrement les revalorisations qui ont déjà été engagées dans le cadre d'accords précédents. Il s'agit des actes intellectuels tant pour les généralistes que pour les spécialistes, du montant de rattrapage pour les dermatologues, de la revalorisation de la gynécologie-

<sup>36</sup> Loi S.S.I. du 14.07.1994. Chapitre IV : De l'établissement du budget des soins de santé ; articles 38 à 41.

<sup>37</sup> Doc. CNMM/NCGZ 2003/42 bis.

obstétrique, de l'urologie et de la chirurgie digestive ainsi que de plusieurs autres petits postes pour un montant total de ± 200 millions d'euros.

Deuxièmement, un financement a été réclamé pour un montant de ± 25 millions d'euros pour toute une série de décisions qui ont déjà été prises par le Conseil technique médical (C.T.M.) mais qui n'ont pas encore pu être réalisées par manque de moyens financiers. Sont visés entre autres la désinfection des endoscopes, la faco-émulsification pour les ophtalmologues, la consultation préopératoire pour les anesthésistes, les cellules souches, les honoraires de transfusion, la douleur chronique, l'écho de stress, etc.

Troisièmement, un montant de ± 92 millions d'euros a été demandé pour les dossiers en cours et pour les propositions déjà introduites au C.T.M. Sont visées entre autres la chirurgie oncologique par plusieurs chirurgiens, la fluoro-angiographie, la revalorisation de la gériatrie, les visites à domicile multiples et urgentes des généralistes, l'oxygénothérapie hyperbare, l'extension des indications pour le PET-scan, une revalorisation de la médecine d'urgence, l'introduction dans la nomenclature de biologie clinique d'un certain nombre de tests de biologie moléculaire, etc.

Enfin, quatrième, un financement d'un montant de ± 30,5 millions d'euros a été demandé pour un certain nombre de nouvelles propositions, comme par exemple les honoraires d'urgence pour les accouchements, y compris l'intervention éventuelle du pédiatre et de l'anesthésiste, les frais de formation complémentaires en radioprotection imposés à tous les services d'imagerie médicale, des nouveautés en dermatologie, en ORL, en neurologie...

### **III.3.2. La Médico-Mut soupèse mais VANDE LANOTTE dispose**

Les estimations des besoins de tous les secteurs ont été rassemblées en septembre par le Comité de l'assurance de l'INAMI qui doit, à partir de celles-ci, distiller une proposition de budget global. Cette proposition a ensuite été soumise au Conseil général de l'INAMI. Le Conseil général définit l'objectif budgétaire global, après quoi le Comité de l'assurance a la délicate tâche de ventiler et d'attribuer ce budget global par secteur.

Après moult palabres, le Comité de l'assurance a approuvé une fourchette de budget entre 16,303 et 16,655 milliards d'euros le 29.09.2003, au deuxième tour de scrutin, avec 20 voix pour (tous les représentants des mutuelles) et 18 voix contre (tous les dispensateurs présents) et 0 abstention <sup>(38)</sup> <sup>(39)</sup>.

Tant les représentants des hôpitaux que les médecins reprochent aux mutuelles leur attitude inconsistante. Au sein des commissions de conventions et d'accords, elles ont aussi approuvé les estimations des besoins en moyens financiers " qu'elles estiment indispensables" pour les différents secteurs. Et elles savent également que le sous-financement structurel des hôpitaux a été confirmé pour la troisième fois par une étude réalisée par M. TASIAUX du Service public fédéral de la Santé publique.

<sup>38</sup> « Médecins et hôpitaux boudent le budget ». L'Echo. 30.09.2003.

<sup>39</sup> « Gezondheidsactoren vragen minstens 16,3 miljard in 2003. Ziekenfondsen en zorgverstrekkers gaan uit van besparingen ». Financieel Economische Tijd. 30.09.2003.

Quand on fait la somme des estimations des besoins et qu'on y ajoute les 364,5 millions d'euros du sous-financement structurel des hôpitaux, on arrive à un besoin global de 17,406 milliards d'euros.

Au nom de l'ABSyM, le soussigné avait proposé de combler le fossé entre l'objectif budgétaire pour 2003 (15,342 milliards d'euros) augmenté de la norme de croissance légale et de l'indexation pour 2004 et de quelques adaptations techniques pour arriver à un montant de 16,303 milliards d'euros<sup>(40)</sup> et les besoins pour 2004 (17,406 milliards d'euros) en deux ans. L'objectif budgétaire global de 16,855 milliards d'euros que nous avons proposé pour 2004 pouvait compter sur l'appui de tous les dispensateurs de soins. Mais ce fut en vain<sup>(41)</sup>.

Sur instruction du Gouvernement, et plus particulièrement du ministre du Budget Johan VANDE LANOTTE, le Conseil général de l'INAMI en a remis une couche le 13.10.2003 – la veille du “State of the Union” du premier ministre Guy VERHOFSTADT. Ou, plus exactement, il a fini de dégraisser la proposition de budget déjà bien amaigrie. Le Conseil général a en effet fixé le budget 2004 à 16,258 milliards d'euros, soit 45 millions d'euros en dessous de la limite inférieure de la fourchette approuvée par les mutuelles au sein du Comité de l'assurance. Ce que les médecins redoutaient s'est vérifié. Il n'y a pratiquement pas la moindre possibilité d'introduire des nouveautés. Ceci explique pourquoi les négociations portant sur la ventilation de l'objectif budgétaire global pour 2004 ont débuté dans une atmosphère très tendue au Comité de l'assurance.

Après de vastes discussions lors des réunions des 20 et 27.10.2003, le Comité de l'assurance a approuvé, le 03.11.2003 au premier tour de scrutin, la ventilation de l'objectif budgétaire global de 16.257.931.000 euros pour l'année 2004 avec 25 voix pour, 12 contre et 2 abstentions. L'ABSyM (4) et le Cartel (2) ainsi que quatre des cinq représentants des hôpitaux et encore 2 dispensateurs de soins ont voté contre. Tous les représentants des mutuelles (21) ont voté pour, ainsi que quatre dispensateurs de soins, parmi lesquels – ce qui est incompréhensible – un représentant des hôpitaux publics.

La part des médecins dans l'objectif budgétaire global pour 2004 s'élève à 5.012.268.000 euros.

#### **III.4. L'accréditation**

Le nombre de médecins spécialistes inscrits comme étant en activité auprès de l'INAMI a progressé de 393 unités (de 19.069 à 19.462) entre le 01.02.2002 et le 01.02.2003. Le nombre de médecins accrédités a augmenté de 288 unités (de 12.359 à 12.647) (cf. tableau 7).

---

<sup>40</sup> « Budget 2004 – Proposition globale du Comité de l'assurance ». Note C.S.S. n° 2003/291 du 29.09.2003.

<sup>41</sup> « Ziekenfondsen en zorgverstrekkers botsen over budget ». Artsenkrant nr. 1538. 03.10.2003.

**COMPARAISON du nombre de médecins accrédités 01.02.2003-01.02.2004**

2 0 0 4		Nombre de médecins en activité		Nombre d'accrédités		%		2 0 0 3
		01.02.2003	01.02.2004	01.02.2003	01.02.2004	01.02.2003	01.02.2004	
	Médecins 001-002	3.693	3.606	0	0	0,00	0,00	
	Généralistes 003-004	13.781	13.953	9.649	9.806	70,02	70,28	
	Généralistes 005-006	748	718	0	0	0,00	0,00	
	Généralistes 007-008	2	2	0	0	0,00	0,00	
	TOTAL	18.224	18.279	9.649	9.806	52,95	53,65	
	Médecins spécialistes en formation (MACS)	3.459	3.698	1	1	0,03	0,03	
1.	Dermato-vénérologie	636	644	509	514	80,03	79,81	1.
2.	Ophtalmologie	983	994	761	767	77,42	77,16	2.
3.	Radiologie	1.456	1.469	1.090	1.107	74,86	75,36	3.
4.	Gastro-entérologie	405	422	302	313	74,57	74,17	5.
5.	Anatomie pathologique	272	278	203	204	74,63	73,38	4.
6.	Pneumologie	318	340	222	249	69,81	73,24	9.
7.	Médecine physique et physiothérapie	434	443	308	323	70,97	72,91	8.
8.	O.R.L.	578	591	421	430	72,84	72,76	6.
9.	Médecine nucléaire	312	317	216	223	69,23	70,35	10.
10.	Neurologie	183	208	130	146	71,04	70,19	7.
11.	Cardiologie	822	839	555	575	67,52	68,53	12.
12.	Psychiatrie	595	656	398	445	66,89	67,84	13.
13.	Radiothérapie	151	155	104	105	68,87	67,74	11.
14.	Rhumatologie	252	253	161	171	63,89	67,59	17.
15.	Urologie	349	355	230	235	65,90	66,20	14.
16.	Anesthésie	1.639	1.693	1.079	1.110	65,83	65,56	15.
17.	Gynécologie- obstétrique	1.287	1.311	839	851	65,19	64,91	16.
18.	Médecine interne	2.002	2.038	1.235	1.271	61,69	62,37	19.
19.	Orthopédie	893	913	552	559	61,81	61,23	18.
20.	Neuropsychiatrie	1.358	1.335	805	800	59,28	59,93	22.
21.	Pédiatrie	1.361	1.374	811	823	59,59	59,90	21.
22.	Biologie clinique	699	711	421	424	60,23	59,63	20.
23.	Chirurgie	1.443	1.471	715	713	49,55	48,47	24.
24.	Neurochirurgie	146	153	72	71	49,32	46,41	25.
25.	Chirurgie plastique	190	195	92	89	48,42	45,64	23.
26.	Stomatologie	305	304	128	129	41,97	42,43	26.
	TOTAL SPECIALISTES	19.069	19.462	12.359	12.647	64,81	64,98	
	TOTAL SPECIALISTES + MACS	22.528	23.160	12.360	12.647	54,87	54,61	
	TOTAL GENERAL	40.752	41.439	22.009	22.454	54,01	54,19	

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

Tableau 7

Dans le top cinq des spécialités les plus accréditées, nous retrouvons les mêmes au 01.02.2004 qu'au 01.02.2003 : la dermato-vénérologie, l'ophtalmologie, la radiologie, la gastro-entérologie et l'anatomie pathologique.

En queue de peloton figurent, dans un ordre quasiment inchangé, les mêmes spécialités que l'année dernière. Surtout en ce qui concerne la pédiatrie, c'est un constat quelque peu étonnant dans la mesure où l'accréditation apporte malgré tout une revalorisation financière, certes modeste. Les honoraires officiels pour la consultation des pédiatres, qui tirent quand même principalement leurs revenus des consultations (à l'instar des dermatologues et des ophtalmologues qui trônent en tête de l'accréditation depuis déjà des années) se montent à 25,74 € au 01.01.2004 pour les médecins non accrédités et à 27,89 € pour les accrédités, soit un écart de 2,15 € par consultation <sup>(42)</sup>. En outre, chaque médecin accrédité a droit à un honoraire forfaitaire de 535,05 € par an. <sup>(43)</sup>.

Nous partons du principe que la quasi-totalité des spécialistes recherchent une qualité optimale, suivent une formation continue et entendent travailler de façon éthiquement et économiquement justifiée.

La surcharge administrative est-elle la raison pour laquelle tant de médecins renoncent à s'accréditer officiellement? Ou existe-t-il d'autres motifs?

Le groupe de direction de l'accréditation n'est pas en mesure de le leur demander directement étant donné qu'ils ne sont pas accrédités. En tant que président nouvellement désigné depuis novembre 2003, j'espère que l'enquête que le Groupe de direction a adressée, sous l'impulsion de mon prédécesseur le Prof. Dr J.P. JOSET, durant l'automne 2003, à tous les Groupes Locaux d'Evaluation Médicale (GLEM), fournira les informations utiles pour rendre l'accréditation plus performante et attractive. Sur les 1.611 formulaires d'enquête envoyés, 1.364 GLEM ont retourné le document complété. Un tel taux de participation de 85 % prouve que les médecins et leurs GLEM continuent à être intéressés par le système.

Depuis la date de sa création le 08.03.1994, en exécution de l'accord médico-mutualiste du 13.12.1993, le Groupe de direction de l'accréditation s'est réuni à 108 reprises et a agréé 147.405 activités de formation continue.

A l'occasion de la 100<sup>e</sup> réunion du Groupe de direction en 2003 et du départ, le 15.10.2003, du Prof. J.P. JOSET, qui a présidé le groupe dix années durant en faisant montre de beaucoup de rigueur, de diplomatie, de discrétion et de persévérance, une célébration modeste a été organisée le 21.01.2004. Notre président, le Prof. Jacques GRUWEZ, qui préside la Commission d'appel de l'accréditation depuis le 11.06.1999, a également été associé à l'éloge, tout comme un certain nombre de membres qui, depuis la première heure et jusqu'à aujourd'hui, ont pris une part active dans la gestion du système.

---

<sup>42</sup> <http://www.inami.fgov.be>; dispensateurs de soins; taux des honoraires, des prix et des remboursements

<sup>43</sup> Accord médico-mutualiste du 15.12.2003 ; point 10.1.; montant en 2004.

## IV. NUMERUS CLAUSUS

### IV.1. La Communauté française abroge toute forme de limitation

Comme nous l'annoncions l'année dernière <sup>(44)</sup>, la Communauté française a effectivement abrogé toutes les procédures de sélection pour les études de médecine à l'initiative de la ministre de l'Enseignement supérieur, Françoise DUPUIS (P.S.) <sup>(45)</sup>. Frank VANDENBROUCKE, qui était à l'époque ministre des Affaires sociales, a réagi avec fureur au décret du 27.02.2003 de la Communauté française : (nous traduisons) *“Si le monde politique francophone est d'avis qu'aucune planification des effectifs n'est nécessaire dans les soins de santé et que l'enseignement ne doit endosser aucune responsabilité dans cette planification, autant scinder immédiatement les soins de santé”*. <sup>(46)</sup>

Voilà bien une formule audacieuse pour un ministre fédéral en fonction. Au cours d'une interview-débat de “A bout portant” sur la “Pléthore ou pénurie de médecins” avec Bénédicte VAES du journal “Le Soir”, il a déclaré sans plus : “Sans numerus clausus, la santé sera scindée” <sup>(47)</sup>. Dans la même émission de “A bout portant”, Françoise DUPUIS a indiqué qu'il y avait bien pénurie pour certaines spécialisations <sup>(48)</sup>.

Le 23.06.2003, en plein milieu de la formation du gouvernement, le Collège des doyens des facultés de médecine des universités de la Communauté française de Belgique n'était pas content de la suppression de la sélection pour l'accès à l'INAMI après la troisième candidature. Le Collège a adressé une lettre circonstanciée à ce sujet à la ministre DUPUIS, à l'informateur DI RUPO et au formateur et premier ministre des “affaires courantes” VERHOFSTADT, avec copie notamment au G.B.S. Cette lettre a du reste été publiée in extenso dans “Le Journal du Médecin” <sup>(49)</sup>.

Les doyens francophones plaident en faveur d'un moratoire de 4 ans pour tous les étudiants qui sont inscrits en deuxième cycle (auparavant “les doctorats”) à l'ULB, à l'UCL et à l'Ulg à la date du 30.09.2003. Ils plaident également pour la “souplesse” des 15% de dépassement du quota fixé permis par la ministre communautaire DUPUIS et qui correspondent plus ou moins au nombre de médecins qui travailleront en dehors du quota de l'INAMI, que ce soit en médecine du travail, en médecine légale, dans les tâches administratives dans les mutuelles et dans les services publics, etc.

Mieux vaut tard que jamais, ils font savoir dans leur lettre du 23.06.2003 que ce moratoire de 4 ans devrait être mis à profit pour mettre en place un processus de

---

<sup>44</sup> Rapport annuel 2002 du GBS, point IV.1. “Numerus clausus pour les médecins”. Le Médecin Spécialiste. Numéro spécial. Mars 2003.

<sup>45</sup> Décret du 27 février 2003 modifiant les dispositions relatives aux études du secteur des sciences de la santé dans le décret du 5 septembre 1994 relatif au régime des études universitaires et des grades académiques et dans la loi du 27 juillet 1971 sur le financement et le contrôle des institutions universitaires. Ministère de la Communauté française. M.B. du 11.04.2003.

<sup>46</sup> « Felle kritiek Vandenbroucke op Waalse afschaffing contingentering ». Artsenkrant nr. 1497. 18.03.2003.

<sup>47</sup> « Pléthore ou pénurie de médecins ? ». Le Soir. 03.03.2003.

<sup>48</sup> « C'est dans les spécialisations qu'on constate des manques ». Le Soir. 03.03.2003.

<sup>49</sup> « Sélection des étudiants en médecine : une lettre des doyens au formateur ». Journal du Médecin n° 1524. 04.07.2003.

sélection à partir de l'année prochaine (= 2004). Enfin, ils font remarquer aux responsables politiques que les doyens francophones ne peuvent accepter qu'ils ne soient pas autorisés à employer en pratique clinique leurs propres diplômés alors que l'arrêt Hocsmans<sup>(50)</sup> oblige les autorités belges à admettre à la pratique professionnelle des médecins ayant effectué des formations dans des circuits parallèles.

#### **IV.2. Pléthore maintenue en Communauté française et freinée en Flandre**

Tout le monde, à l'exception des universitaires francophones, perçoit la lettre comme une supplication étonnante et malvenue. En effet, la pléthore est très importante en Belgique et elle est même extrêmement élevée en Communauté française. La Belgique compte en moyenne 1 médecin pour 241 habitants, la Flandre 1 pour 272 habitants, Bruxelles 1 pour 159 et la Wallonie 1 pour 234 habitants<sup>(51, 52, 53)</sup>. Et contrairement aux Flamands, les francophones n'ont entrepris que très peu pour endiguer le flux. Les conséquences apparaissent clairement dans les tableaux 8, 9, 10 et 11.

Le tableau 8 montre le nombre d' "étudiants de la génération" inscrits dans les universités flamandes pour l'année la plus récente disponible sur le website du VLIR, à savoir l'année académique 2001-2002. Un "étudiant de la génération" est un étudiant qui est inscrit pour la première fois en première candidature (médecine) et qui n'a jamais été inscrit auparavant dans aucune autre université belge ou étrangère.

---

<sup>50</sup> Sociaal Economische Raad van Vlaanderen. (nous traduisons) Avis concernant des projets prioritaires pour la reconnaissance de compétences. 1er juillet 2002 : "L'arrêt Hocsmans du 14.09.2000 de la Cour européenne de Justice juge qu'un Etat membre de l'Union européenne doit tenir compte de tous les diplômes, certificats et expérience pertinente d'un ressortissant communautaire d'un autre Etat Membre pour estimer si cette personne peut être autorisée à exercer une profession qui, conformément au droit national, n'est accessible qu'aux personnes disposant d'un diplôme, d'une qualification professionnelle ou d'une expérience pratique. La Commission européenne fait du reste également référence à cet arrêt dans la récente proposition de directive relative aux conditions d'entrée et de séjour des ressortissants d'Etats tiers à des fins d'emploi ou d'une activité économique indépendante dans laquelle la reconnaissance des compétences est étendue aux ressortissants d'Etats tiers."

<sup>51</sup> SPF Santé publique. <http://www.health.fgov.be/AGP/fr/manpower>; corps médical au 31.12.2002.

<sup>52</sup> « Plethora prangender naargelang regio ». Artsenkrant nr. 1520. 17.06.2003.

<sup>53</sup> « Un médecin pour 241 Belges ». Le Journal du Médecin n° 1521. 20.06.2003.

*Nombre d'étudiants de la génération en Flandre (année académique 2001-2002)*

	H	F	% F	Total
KUL	62	87	58,4	149
UG	33	75	69,4	108
UA	19	27	58,7	46
LUC	12	15	55,6	27
VUB	7	8	53,3	15
Total	133	212	61,4	345

Tableau 8

H = hommes F = femmes

KUL : Katholieke Universiteit Leuven

UG : Universiteit Gent

UA : Universiteit Antwerpen

LUC : Limburgs universitair centrum

VUB : Vrije Universiteit Brussel

VLIR : Vlaamse Interuniversitaire Raad

Source : <http://www.vlir.be>

Le tableau 9 montre le nombre d'étudiants flamands inscrits en première année de médecine pour l'année académique 2001-2002. Ce nombre est par conséquent supérieur au nombre d' "étudiants de la génération".

*Nombre d'étudiants flamands en première année de médecine (année académique 2001-2002) (étudiants de la génération et autres étudiants).*

	H	F	% F	Total
KUL	75	106	58,6	181
UG	46	95	67,4	141
UA	25	32	56,1	57
LUC	15	15	50,0	30
VUB	10	12	54,5	22
Total	171	260	60,3	431

Tableau 9

Source : <http://www.vlir.be>

Le website du Conseil des recteurs des universités francophones de Belgique (CERF) fournit les chiffres pour l'année académique 2002-2003 (cf. tableau 10).

*Nombre d'étudiants de la génération en médecine en Communauté française (année académique 2002-2003)*

	H	F	% F	Total
UCL	69	145	67,8	214
FUNDP	61	129	67,9	190
Ulg	52	122	70,1	174
ULB	55	116	67,8	171
UMH	21	53	71,6	74
Total	258	565	68,7	823

Tableau 10

UCL : Université Catholique de Louvain

FUNDP : Facultés Universitaires Notre-Dame de la Paix à Namur

Ulg : Université de Liège

ULB : Université Libre de Bruxelles

UMH : Université de Mons-Hainaut

CREF : Conseil des recteurs des universités francophones de Belgique

Source : <http://www.cref.be>

Avec  $\pm$  40% des habitants du pays, la Belgique francophone compte 2,4 fois plus d'étudiants de la génération en médecine que la Flandre qui comptabilise  $\pm$  60 % de la population.

Le nombre d'étudiants de la génération + les autres étudiants inscrits en première candidature de médecine n'a pas pu être trouvé sur le website du CREF.

### **IV.3. La situation flamande depuis 1997**

Lorsque l'on regarde les chiffres des universités flamandes de plus près, on constate immédiatement que les deux facultés de médecine les plus jeunes disposant d'un programme d'enseignement complet, à savoir l'Universiteit Antwerpen et la Vrije Universiteit Brussel, ne comptabilisent ensemble, pour l'année 2001-2002, que 79 étudiants de première année en médecine, soit pas plus de 18,3 % du total (cf. tableau 9). La V.U.B., avec ses 22 étudiants, totalise à peine 5,1 % de tous les étudiants en médecine de l'année académique 2001-2002. La science dentaire à la V.U.B. enregistre des chiffres tout à fait catastrophiques : 1 étudiante de la génération femme, 1 étudiante autre que de la génération femme et 1 étudiant autre que de la génération homme, soit une première candidature en science dentaire composée de seulement 3 étudiants pour l'année académique 2001-2002. <sup>(54)</sup>

Il n'est dès lors pas étonnant que les recteurs de la V.U.B. et de l'U.A., à savoir les Professeurs Ben VAN CAMP et Francis VAN LOON, soient d'avis qu'il est préférable d'abroger l'examen d'entrée en Flandre <sup>(55)</sup>. Les autres universités souhaitent un assouplissement. Cela a déjà été le cas : en 2003, les participants ne devaient plus obtenir que 22 sur 40 pour réussir l'examen au lieu de 24 sur 40 en 2002. Les

<sup>54</sup> <http://www.vlir.be>; werkgroepen ; studentenstatistieken.

<sup>55</sup> « Prurit anti-NC en Flandre aussi ». Journal du Médecin n° 1495. 11.03.2003.

conditions ont été assouplies par crainte que le contingent flamand de 504 (420 médecins et 84 dentistes) ne puisse être rempli.

En 2003, 541 des 1.478 participants à la session de juillet, soit 36,6 %, ont réussi. Si on avait gardé la cotation de 24/40, 24,1 % seulement auraient réussi, soit un quart de moins. Le tableau 11 montre l'évolution du nombre de participants ayant réussi depuis l'instauration de l'examen d'entrée <sup>(56)</sup> en médecine/science dentaire en 1997. Comme indiqué déjà l'année dernière, il convient de noter qu'en 1997, seule la moitié de l'examen a été prise en considération, à savoir le volet "aptitude" ("capacité d'acquisition et de traitement de l'information"). La partie scientifique de l'examen n'avait pas été retenue.

*Evolution du nombre de participants ayant réussi l'examen d'entrée par rapport au contingent fixé*

	Contingent fixé par A.R. <sup>(57)</sup>	Nombre de participants ayant réussi	Ecart *
1997	504 (420 + 84)	966	+ 462
1998	504	447	- 57
1999	504	469	- 35
2000	504	517	+ 13
2001	504	569	+ 65
2002	504	606	+ 102
2003	504	858	+ 354

Tableau 11

\* Un écart positif signifie que le nombre de participants ayant réussi est supérieur au contingent autorisé, un écart négatif signifie que le nombre de participants ayant réussi est inférieur au contingent autorisé

Toutefois, si on y ajoute la deuxième session 2003, 858 des 1.750 candidats, soit 49%, ont réussi <sup>(58)</sup>. Des 858 étudiants ayant réussi l'examen d'entrée en 2003, 706 se sont inscrits en première candidature de médecine ou de science dentaire <sup>(59)</sup>. La commission d'examen n'est toujours pas satisfaite de l'abaissement du nombre de points nécessaire pour réussir. Le ministre flamand de l'Enseignement, Marleen VANDERPOORTEN, en avait décidé ainsi car en 2002, il était apparu que tous les participants ayant réussi n'avaient pas commencé les études et car des bruits persistants circulent laissant entendre que de nombreux médecins flamands émigrent aux Pays-Bas.

Pour les deux sessions réunies, le pourcentage de réussite a plus que doublé, passant de 24,1% en 2002 à 49,0% en 2003. En octobre 2003, 663 étudiants flamands se sont inscrits en première année de médecine et 78 en science dentaire, soit au total : 374 à la K.U.L., 201 à l'U.G., 80 à l'U.A. (exclusivement des médecins),

<sup>56</sup> « Versoepeling toelatingsexamen (tand-)arts levert 24% meer geslaagden op ». Artsenkrant on line. 16.07.2003.

<sup>57</sup> Arrêté royal du 30 mai 2002 relatif à la planification de l'offre médicale. M.B. du 14.06.2002.

<sup>58</sup> « Aantal studenten geneeskunde explodeert weer ». De Standaard. 09.09.2003.

<sup>59</sup> « Kritiek op toelatingsproef is onterecht ». Artsenkrant nr. 1544. 24.10.2003.

51 au L.U.C. et 35 à la V.U.B. <sup>(60)</sup>, soit un total de 741. A cela, il faut également ajouter 35 redoublants, soit 5%.

#### **IV.4. “La pénurie francophone” et une pétition flamande**

En novembre 2003, les francophones ont à nouveau lancé une offensive en faveur de l'abrogation du numerus clausus, et ce sous l'impulsion – comme les années précédentes – de l'incorrigible Prof. Denise DELIEGE qui prêche "la pénurie" “pour la Chapelle” de l'UCL depuis des années. Cette nouvelle offensive a été qualifiée de "monstrueuse" notamment par le président de l'ABSyM Jacques DE TOEUF dans un éditorial du “Journal du Médecin” contre les projets visant à l'abrogation du numerus clausus. <sup>(61)</sup>

Si les médecins francophones réagissent déjà aussi violemment, il ne faut pas s'étonner que les Flamands en rajoutent une couche. Un médecin flamand, Louis IDE, membre de la direction du parti “Nieuw-Vlaamse Alliantie” (N-VA), un petit parti flamingant (présidé par Geert BOURGEOIS), a organisé une pétition par e-mail <sup>(62)</sup> en vue de demander avec insistance au ministre DEMOTTE de ne surtout pas céder à la proposition de loi du CDH, d'ECOLO et du PS du 23.11.2003 visant à l'abrogation du numerus clausus.

Le G.B.S. a signé cette pétition, tout comme l'ABSyM et d'autres. Suite à la publication de la pétition dans notre mensuel "Le Médecin Spécialiste" n° 1 de janvier 2004, dans les deux langues, une rencontre a été organisée d'urgence avec les doyens des 3 universités francophones le 03.02.2004. Nous leur avons soumis le tableau 12 à titre d'illustration de l'absence de toute réaction du côté francophone, et ce depuis des années, à la pléthore qui est prouvée pour n'importe quel dispensateur de soins non universitaire.

---

<sup>60</sup> « Nu weer 240 tandartsen en artsen te veel ». De Standaard. 18.10.2003.

<sup>61</sup> « Non, Mme Deliège, il ne faut pas prendre les médecins belges pour des canards sauvages ». Editorial. Le Journal du Médecin n° 1549. 18.11.2003.

<sup>62</sup> [www.contingentering.be](http://www.contingentering.be)

## Evolution du nombre d'étudiants de la génération en Belgique

Année académique	Flandre (1)	Belgique francophone (2)	Total (3)
50-51	-	-	1.192
60-61	-	-	1.349
70-71	-	-	3.182
80-81	-	-	2.548
90-91	-	-	2.193
91-92	-	-	2.183
92-93	1.144	974	2.118
93-94	1.034	994	2.028
94-95	1.185	693	1.878
95-96	1.171	957	2.128
96-97	1.160	892	2.052
97-98	692	889	1.581
98-99	377	858	1.235
99-00	345	870	1.215
00-01	361	817	1.178
01-02	345	842	1.187
02-03	?	823	?
03-04	?	?	?

Tableau 12

Sources : (1) <http://www.vlir.be>  
 (2) <http://www.cref.be>  
 (3) Universitaire Stichting

Leur réponse a été que ce n'est pas le nombre d'étudiants de la génération qui compte mais bien le nombre de diplômés après les 2 cycles, c'est-à-dire après la septième année. Le 03.02.2004, les doyens francophones nous ont fourni leurs données chiffrées d'où il doit ressortir que – surtout si on augmente le quota à partir de 2011 – il y aura un important surplus de diplômés, tant du côté flamand (+ 232) que du côté francophone (+ 154) (cf. tableau 13).

### Démographie des étudiants de la génération

Communauté française				Communauté flamande			
Année	Quota	Diplômés	Ecart	Année	Quota	Diplômés	Ecart
2004	280	326	46	2004	420	571	151
2005	280	306	26	2005	420	442	22
2006	280	309	29	2006	420	350	-70
2007	280	311	31	2007	420	404	-16
2008	280	307	27	2008	420	362	-58
2009	280	319	39	2009	420	418	-2
2010	280	320	40	2010	420	525	105
2011	333	290	-43	2011	500	550	50
2012	333	292	-41	2012	500	550	50
Total Δ			+ 154	Total Δ			+ 232

Tableau 13

Source : Document de travail pour la rencontre GBS-doyens francophones le 03.02.2004.

La réunion de la Commission de planification du 27.11.2003 a approuvé un modèle tenant compte aussi bien des besoins de soins croissants à la suite du vieillissement de la population que de l'augmentation de la population belge (qui devrait passer de 10,3 millions aujourd'hui à 10,9 millions en 2050), de la féminisation de la profession et du vieillissement du corps médical.

La formule "Besoins croissants" tient compte de tous les facteurs énumérés ci-dessus (cf. tableau 14). <sup>(63)</sup>

*Nombre de médecins à admettre par Communauté et pour la Belgique*

	Besoins croissants			Besoins constants		
	C. française	C. flamande	Belgique	C. française	C. flamande	Belgique
2004	280	420	700	280	420	700
2005	260	390	650	260	390	650
2006	240	360	600	240	360	600
2007	280	420	700	280	420	700
2008	280	420	700	280	420	700
2009	300	600	900	300	450	750
2010	350	700	1.050	300	450	750
2011	350	800	1.150	300	450	750
2012	350	800	1.150	300	450	750
2013	400	875	1.275	300	450	750
2014	400	875	1.275	350	650	1.000
2015	470	875	1.345	350	650	1.000
2016	470	875	1.345	350	650	1.000
2017	470	875	1.345	350	650	1.000
2018	540	875	1.415	350	650	1.000
2019	610	875	1.485	425	650	1.075
2020	630	875	1.505	425	650	1.075

Tableau 14

L'A.R. du 30.05.2002 reste malgré tout d'application pour le moment. La traduction chiffrée fait l'objet du tableau 15.

*Arrêté royal du 30 mai 2002 relatif à la planification de l'offre médicale (M.B. du 14.06.2002)*

Année	Nombre de médecins			Généralistes			Spécialistes		
	Total	N	F	Total	N	F	Total	N	F
2004	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2005	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2006	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2007	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2008	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2009	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2010	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2011	700	420	280	300	180	120	400	240	160

Tableau 15

<sup>63</sup> « La Commission de planification poursuit dans sa propre voie ». Journal du Médecin n° 1553. 02.12.2003.

Le ministre DEMOTTE a déclaré encore très récemment qu'il ne tolérera pas éternellement la formation excédentaire de médecins dans les universités francophones (nous traduisons) : *“Je suis peut-être le seul homme politique francophone à défendre la limitation (contingentement) du nombre de médecins. Je la ferai aussi respecter. J'y suis fermement résolu”* <sup>(64)</sup>.

Il est malgré tout étonnant qu'il n'a pas été en mesure, lorsqu'il était ministre de la Communauté française de 2000 à 2003, de faire prendre conscience à sa consœur du PS Françoise DUPUIS que son décret du 27.02.2003 est immoral et monstrueux !

Le débat sur le contingentement est pour l'instant bloqué au niveau du gouvernement. La problématique est renvoyée à un groupe de travail qui examinera les décisions de la commission de planification du 27.11.2003. Celles-ci ne sont par conséquent pas encore intégrées à l'A.R. du 30.05.2002 (M.B. du 14.06.2002).

La Commission de la planification a décidé comme suit :

- Le nivellement de l'offre insuffisante et excédentaire d'ici 2012 est maintenu.
- Le rapport spécialistes/généralistes reste, tant pour la Communauté flamande que pour la Communauté française, de 57/43.
- Le quota pour 2011 et 2012 est porté à 833 (au lieu de 700), dont 60% pour la Communauté flamande et 40% pour la Communauté française.
- De 2004 à 2012, le contingent qui est actuellement fixé annuellement par A.R. est augmenté de 42 “spécialistes immunisés” (25 Flamands et 17 francophones) répartis entre la gériatrie, la psychiatrie infantile et juvénile et la recherche scientifique (qui retournent de toute façon généralement vers la pratique clinique, et donc dans le régime de l'INAMI, à l'issue de leur période au FNRS).

Cette histoire très pénible sur le plan médical, socio-économique, déontologique et – pour les étudiants francophones du 2<sup>e</sup> cycle – psychologique est loin d'être achevée. Cette rubrique figurera encore certainement dans mon(mes) prochain(s) rapport(s) annuel(s).

## V. PROGRESSION DE L'ACADÉMISATION

Dans mon rapport annuel de 1999 <sup>(65)</sup>, nous avons fait remarquer que nous avons soudainement dû constater dans le Moniteur belge du 24.06.1999 que l'arrêté de base du 21 avril 1983 *“fixant les modalités de l'agrégation des médecins spécialistes et des médecins généralistes”* avait été modifié radicalement par l'A.R. du 16 mars 1999. L'article 10 de l'A.R. de base a été complété comme suit : *« Le plan de stage est accompagné d'une attestation qui prouve que le candidat est retenu par une faculté de médecine pour la discipline dans laquelle il compte se former. »* Et l'article 21 de l'arrêté de base a été complété par un point 4<sup>o</sup> en ce qui concerne la demande d'agrément à introduire. La demande doit être accompagnée *« 4<sup>o</sup> d'une attestation qui prouve que le candidat a suivi avec fruit une formation universitaire spécifique;*

<sup>64</sup> « Demotte steunt vorming groepspraktijken ». Interview de Guy Tegenbos avec le ministre Demotte. De Standaard. 02.02.2004.

<sup>65</sup> « Colour blind under the Rainbow ». Rapport annuel 1999 du GBS. 05.02.2000. Point VI.2. Modifications de l'Arrêté de base (A.R. du 21.04.1983).

*pour les candidats spécialistes, cette formation doit avoir coïncidé avec les deux premières années de la formation. »*

Nous avons alors regretté publiquement qu'un A.R. ayant autant d'effets ait été publié sans avoir été soumis à ou examiné par le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes. Du reste, à l'époque, ce Conseil supérieur n'était quasiment plus convoqué, ce dont nous nous étions plaints auprès de la ministre de la Santé publique nouvellement nommée à l'époque, à savoir Magda AELVOET.

L'histoire se répète, tant en ce qui concerne la rareté des réunions du Conseil supérieur (avant-dernière réunion le 17.09.2002 et dernière réunion le 18.12.2003) que pour ce qui est de l'élaboration de modifications fondamentales concernant la formation et l'agrément de médecins spécialistes et de médecins généralistes sans donner le droit à la parole aux praticiens professionnels.

Dans le contexte de la réforme de l'enseignement universitaire au niveau européen avec la mise en place d'un système de bachelor, master et doctor (en néerlandais, on utilise aussi les termes "master na master", MnM), le VLIR (Vlaamse Interuniversitaire Raad) s'est efforcé, durant le printemps 2003, de créer un centre interuniversitaire pour la formation des spécialistes, par analogie avec la situation chez les généralistes qui, depuis un certain temps, par le biais d'une association de fait sans ancrage légal, à savoir l'ICHO (Interuniversitair Centrum voor Huisartsenopleiding), se sont approprié la formation des généralistes et l'ont totalement monopolisée, et ce au grand mécontentement des associations professionnelles représentatives, en particulier du VAS (Vlaams Artsensyndicaat), l'aile flamande de l'ABSyM.

Les résultats de cette académisation des généralistes se font maintenant sentir en Flandre. L'endoctrinement réalisé par certains professeurs de médecine générale du côté flamand a eu pour effet que la profession est désertée et qu'il n'y a pratiquement plus de nouveaux candidats.

Le journaliste médical Geert VERRIJKEN a publié un article à ce sujet durant l'été, signalant que la plupart des universités flamandes étaient acquises à la "cause de l'académisation" de la formation des spécialistes, à l'exception de la K.U.Leuven<sup>(66)</sup>. La KUL, qui forme en moyenne plus de 40 % de tous les médecins flamands, donnerait plutôt la préférence à une formation de postgraduat pour les médecins spécialistes en formation.

Dans la mesure où le document du VLIR ne prenait pas une option claire, le GBS a perdu le texte de vue, enfoui sous les milliers de pages d'autres projets et textes de toutes sortes. Jusqu'à ce que notre président, le Prof. J. GRUWEZ, reçoive, le 06.11.2003, à l'occasion d'un entretien chez le Dr J.P. DERCCQ – qui est toujours président du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes, qui n'occupe cependant plus le poste de conseiller-général dans l'administration du Service public fédéral de la Santé publique mais est bien conseiller au cabinet du ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

---

<sup>66</sup> « Specialistenopleiding academischer ? ». Artsenkrant nr. 1524. 04.07.2003.

DEMOTTE – une version sur papier confidentielle d'un "*Projet d'arrêté royal fixant les modalités d'agrément des médecins porteurs d'un titre professionnel particulier*" dans les deux langues nationales et présenté en colonnes. La lecture de ce document était consternante. Il s'agit ni plus ni moins d'une déclaration de guerre à l'adresse du GBS et d'un camouflet pour toutes les associations professionnelles qui oeuvrent depuis plus de 40 ans à l'organisation et au contrôle d'une formation théorique et pratique de qualité de nombreuses générations de spécialistes.

Les commissions d'agrément sont supprimées et un Centre multidisciplinaire (C.M.) est constitué par faculté de médecine délivrant un enseignement complet. Les conseils d'administration des (sept) centres multidisciplinaires sont constitués paritairement d'universitaires et de non-universitaires. L'assemblée générale des C.M. est constituée des maîtres des stages universitaires nommés par la faculté, des maîtres de stage non universitaires nommés par le conseil d'administration du C.M. et de représentants-observateurs des candidats spécialistes.

Le projet d'A.R. donne une base légale aux centres universitaires (francophones) ou interuniversitaires (l'ICHO flamand) de médecine générale.

Le Conseil supérieur existant actuellement est remplacé par un Conseil supérieur des médecins spécialistes et un Conseil supérieur des médecins généralistes disposant chacun d'une chambre francophone et d'une chambre néerlandophone. Les membres du Conseil supérieur des médecins spécialistes doivent siéger dans un Centre multidisciplinaire.

En résumé, le projet qui compte une vingtaine de pages écarte froidement les véritables professionnels du terrain et remet tous les pouvoirs décisionnels aux universitaires de la faculté qui auront, tant par rapport à leurs propres chefs de services universitaires que par rapport aux chefs de service des hôpitaux périphériques, et ce malgré une apparence de parité, le premier et le dernier mot pour tout ce qui concerne la formation et les services de stage.

Vu son caractère explosif, ce projet – dès que nous sommes arrivés, à force d'insister, à en obtenir une version électronique – a fait l'objet d'une fuite "accidentelle" vers un certain nombre de membres sélectionnés du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes. Après quinze mois d'un immobilisme hypocrite, alors que des plans se tramaient dans la coulisse pour le liquider avec toutes les commissions d'agrément, le Conseil supérieur s'est réuni le 18.12.2003. L'ordre du jour n'annonçait rien d'alarmant.

Cependant, lors de l'examen du premier point de l'ordre du jour, c'est-à-dire l'approbation de l'ordre du jour, le Dr Louis BECKERS, ancien président de l'ABSyM, a exigé que l'examen de ce projet d'A.R. soit ajouté à l'ordre du jour. Vu les fortes pressions exercées où le geste a été ajouté à la parole, le président DERCOQ n'a pas pu nier cette exigence.

Lors de l'examen de ce point ajouté à l'ordre du jour, notre président a jugé et condamné le projet dans des termes très explicites. Il a qualifié le projet d'A.R. d'acte de piraterie le plus hardi qui ait jamais été proposé dans notre profession, humiliant les confrères n'appartenant pas au monde académique en en faisant de simples vassaux livrés poings et pieds liés au bon vouloir des facultés par la mise en place

d'une structure féodale. Je cite : "*Tramer de tels plans impérialistes et incongrus derrière le dos et sans aucun contact avec la profession est un procédé scandaleux et antidémocratique qui suscitera – je l'espère – une forte indignation de chaque membre académique et non académique de cette assemblée et qui – je l'espère – ne sera cautionné par personne, même pas par vous, Monsieur le Président de ce Conseil.*"

Bien que seul un nombre très limité de membres disposent du texte, il était clair que la plupart des universitaires savaient pertinemment de quoi il retournait.

Etant moi-même excusé à cette réunion – en raison d'une discussion planifiée de longue date avec notamment plusieurs universitaires concernant le financement des hôpitaux – j'ai pu examiner par hasard le document le lendemain, le vendredi 19.12.2003, avec le ministre DEMOTTE et le Dr J.P. DERCQ à son cabinet. Au moment de partir, le Dr DERCQ m'a assuré que le projet serait abandonné. On peut se demander si le VLIR et le CERF l'ont aussi compris ainsi.

## **VI. PROCÉDURES JURIDIQUES**

### **VI.1. Procédures juridiques introduites par le GBS en 2003 ou que le GBS a appuyé financièrement**

#### **VI.1.1. Arrêté ministériel du 1er octobre 2002 modifiant l'arrêté ministériel du 3 mai 1999 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes (M.B. 23.10.2002). Décision de poursuivre la procédure devant le Conseil d'Etat.**

Le 7 novembre 2002, le Comité directeur a décidé d'introduire un recours en annulation devant le Conseil d'Etat concernant l'arrêté ministériel du 1<sup>er</sup> octobre 2002 modifiant l'arrêté ministériel du 3 mai 1999 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes.

En vertu de l'arrêté ministériel susvisé, pris en exécution d'une directive européenne, les médecins généralistes peuvent désormais entamer leur formation de médecin généraliste après la 6<sup>e</sup> année. Les médecins spécialistes ne peuvent entamer leur formation de spécialiste qu'après la 7<sup>e</sup> année. Une discrimination est ainsi instaurée entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes.

Le recours en suspension a été rejeté par l'arrêt du Conseil d'Etat du 15.05.2003 (arrêt n° 119.443).

Le Comité directeur a décidé à l'unanimité des membres effectifs d'introduire une requête en poursuite de la procédure devant le Conseil d'Etat en vue du traitement du recours en annulation.

**VI.1.2. Arrêté royal du 16 mai 2003 portant nomination du président, de son suppléant et des membres de la Commission fédérale « Droits du patient » (M.B. du 27.05.2003).**

La composition de la Commission fédérale « Droits du patient » a été publiée au Moniteur belge du 27 mai 2003.

Ni le GBS ni l'ABSyM n'ont été invités à proposer des candidats pour participer à cette commission. On a appris que l'Ordre des médecins n'avait pas non plus été sollicité.

Le recours en annulation de cet A.R. a été introduit par deux médecins individuels les Drs R. LEMYE et M. MASSON. Après un avis positif de Maître E. THIRY, le GBS s'est joint à cette procédure en annulation introduit contre l'A.R. du 16 mai 2003. L'ABSyM par décision du Conseil d'Administration en date du 24.09.2003 s'est également joint à la procédure.

L'arrêt n° 126.256 du Conseil d'Etat du 10 décembre 2003 publié au M.B. du 04.02.2004 suspend l'exécution de cet arrêté. La procédure en suspension a été introduite par l'Association Francophone d'Institutions de Santé (AFIS).

**VI.1.3. Arrêté royal du 8 juillet 2003 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux (M.B. du 04.08.2003).**

En 2002 le comité directeur a décidé d'introduire un recours en annulation contre l'A.R. du 25 avril 2002 (M.B. du 30 mai 2002). L'A.R. du 8 juillet 2003 publié au Moniteur belge du 4 août 2003 modifie l'A.R. du 25 avril 2002.

Dans le cadre de l'A.R. du 25.04.2002 les hôpitaux universitaires sont privilégiés injustement par rapport aux autres hôpitaux. La partie B7 (A et B) est financée entre autres par le prélèvement d'un montant déterminé du budget global de la biologie clinique, de l'imagerie médicale et de la dialyse.

Quelles modifications ont été apportées par l'A.R. du 8 juillet 2003 ? Le nouvel A.R. perpétue entre autres une modification de l'art. 79 § 1 en vertu de quoi le transfert provisoire d'une partie du budget de la biologie clinique, de l'imagerie médicale et de la dialyse vers la sous-partie B7 du budget au profit des hôpitaux universitaires a maintenant un caractère définitif.

Si aucun recours n'est introduit contre l'actuel arrêté royal, le recours contre l'arrêté initial sera déclaré irrecevable.

**VI.1.4. Soutien financier des recours en suspension et en annulation introduits par l'Association Professionnelle des Neurologues et des Psychiatres devant le Conseil d'Etat contre les A.R. du 30 novembre 2003 et du 15 décembre publiés respectivement aux M.B. du 12 et 31 décembre 2003.**

En vertu des A.R. du 30.11.2003 et du 15.12.2003 publiés au Moniteur belge du 12

décembre et du 31 décembre 2003, Ed.2, on supprime d'une part à compter du 1er janvier 2005 la possibilité d'attester à l'INAMI la psychothérapie pour les neuropsychiatres et d'autre part à compter du 1 février 2004 le remboursement par l'INAMI les honoraires pour la consultation de liaison interne sont réservés aux psychiatres. Ces modifications de la nomenclature ont un impact important pour les 1.335 neuropsychiatres encore agréés qui sont ainsi obligés de renoncer à une partie de leur agrément s'ils souhaitent continuer à porter en compte à la l'assurance maladie les psychothérapies ou les consultations de liaison.

Cette mesure a non seulement un effet négatif pour les neuropsychiatres mais également pour leurs patients qu'ils ne seront éventuellement plus en mesure de traiter alors que sur base de leur agrégation ils sont parfaitement compétents à effectuer cette prestation.

Néanmoins, le soussigné doit constater que les représentants des psychiatres dans le cadre des discussions de ces arrêtés royaux, notamment dans le Conseil Technique Médical, n'ont pas émis de protestations concernant ces décisions. Le recours des (neuro)psychiatres est probablement principalement motivé par la crainte que dans une phase ultérieure la neurophysiologie leur sera également enlevée alors qu'actuellement ils peuvent attester ces prestations. Il n'en a cependant jamais été question dans le CTM.

A la demande de l'Association Professionnelle des Neurologues et des Psychiatres le Comité Directeur du 15.01.2004 a décidé d'appuyer financièrement cette action.

## **VI.2. Arrêts**

### ***VI.2.1. Loi du 14 janvier 2002 portant des mesures en matière de soins de santé (M.B. du 22.02.2002) – Actions communes du GBS et de l'ABSyM devant la Cour d'arbitrage***

#### ***VI.2.1.1. Article 112***

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

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

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

La Cour a rendu son arrêt le 17 septembre 2003. Le recours a été rejeté. La Cour appuie principalement son arrêt sur le raisonnement que la disposition en soi n'introduit de discrimination ni entre les hôpitaux publics et privés, ni entre les

médecins. Une discrimination ne peut que résulter d'une mauvaise application de cette disposition. Les médecins individuels pourront au besoin introduire un recours contre les membres du conseil médical qui ont conclu un accord créant une discrimination entre les médecins au mépris de leurs droits ou par ignorance.

L'art. 140 §5 octroie un pouvoir encore plus grand au Conseil médical. Les membres des Conseils médicaux doivent néanmoins se rendre compte que cela a également des conséquences sur leur responsabilité éventuelle. C'est pourquoi il faut recommander aux Conseils médicaux d'assurer leur responsabilité.

#### **VI.2.1.2. Article 63 et suivants**

Les dispositions attaquées confèrent au Ministre la compétence de dresser la liste des appareils, et donc des prestations qui ne peuvent plus être exécutées en dehors de l'hôpital. Dans ces circonstances, les prestations visées ne peuvent pas davantage être facturées au patient en dehors de l'assurance maladie. La terminologie utilisée est très vague. L'appareillage médical lourd peut porter tant sur de simples appareils d'échographie ou des appareils laser que, d'une manière plus large, sur un service d'imagerie médicale, un laboratoire de biologie clinique ....

Le 17 septembre 2003 la Cour a rendu son arrêt. L'action a été déclarée recevable mais non fondée. La motivation de l'arrêt est cependant très intéressante :

*« B.6. Ni le texte de l'article 65 de la loi entreprise ni l'objectif qui se dégage de ses travaux préparatoires n'excluent que soit prise en considération la situation des praticiens visés au B.5.3. Le fait que la compétence attribuée au Roi est étendue ne signifie pas que le législateur ait autorisé le Roi à méconnaître le principe d'égalité et de non-discrimination. Il appartiendra aux juridictions compétentes de vérifier si les mesures d'exécution de la loi se concilient avec les objectifs d'intérêt général poursuivis et n'ont pas des effets disproportionnés par rapport à ces objectifs. »*

Cette partie de la motivation de l'arrêt est positive dans ce sens que ceux qui craignaient que l'utilisation de leur outil de travail serait interdite peuvent en puiser un argument pour défendre leurs droits acquis. Devant les tribunaux ils pourraient défendre avec succès que le Roi viole le principe d'égalité et de non-discrimination si l'exploitation du matériel déjà en service avant l'entrée en vigueur de la loi était défendue.

#### **VI.2.2. L'arrêté royal du 17 octobre 1991 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre.**

Le 12 juin 2003 c'est-à-dire 11 ans et 5 mois après l'introduction de l'action, le Conseil a rendu un arrêt dans cette affaire.

L'A.R. attaqué prévoyait la possibilité, « à défaut de médecin en hygiène hospitalière et sous certaines conditions, de confier temporairement les fonctions de médecin en hygiène hospitalière à un pharmacien biologiste clinique ». Le GBS défendait la thèse que le pharmacien biologiste se mouvait dans cette fonction sur le terrain de la médecine.

L'Association belge des pharmaciens spécialistes en biologie clinique, par contre, a jugé que cet A.R. n'allait pas suffisamment loin et a également introduit une requête le 13.01.1992 pour obtenir la suppression de certaines conditions limitatives.

Les deux requêtes allant en sens opposé ont été traitées ensemble. La requête du GBS a été rejetée. L'association professionnelle des pharmaciens-biologistes a obtenu gain de cause sur toute la ligne.

*Concrètement, cela signifie :*

- (1) que s'il n'y a pas de médecin ayant suivi les 300 heures de formation de médecin hygiéniste, un pharmacien-biologiste ayant suivi les 100 heures de formation en hygiène hospitalière suffit. Du fait de la suppression dans l'A.R. par le Conseil d'Etat des mots "ou 2", ce pharmacien-biologiste clinique prime sur un médecin ayant suivi 100 heures d'hygiène hospitalière.
- (2) que, du fait de la suppression du terme "temporairement", la fonction de médecin hygiéniste peut être confiée à vie au pharmacien biologiste clinique ayant suivi 100 heures de formation en hygiène hospitalière, s'il n'y a pas de médecin hygiéniste présent ayant suivi les 300 heures d'enseignement en hygiène hospitalière.
- (3) que le pharmacien-biologiste exerçant la fonction de médecin en hygiène hospitalière ne doit plus être en même temps directeur de laboratoire.

Les pharmaciens-biologistes sont compétents pour effectuer des analyses de biologie clinique mais dorénavant ils seront également actifs dans le champ des infections nosocomiales. Surtout les biologistes cliniques qui s'occupent principalement de la microbiologie en supporteront les conséquences. Jusqu'à ce jour une université seulement refusait l'accès des pharmaciens-biologistes à la formation de médecin hygiéniste. Il n'est pas certain qu'après cet arrêt elle pourra maintenir sa position.

***VI.2.3. Arrêté royal du 13 janvier 1995 modifiant l'arrêté royal du 4 novembre 1963 portant exécution de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et portant création du Conseil technique de la kinésithérapie.***

« A peine » neuf ans après l'introduction de l'action le GBS dispose dans cette procédure déjà du rapport de l'Auditeur. Une date pour les plaidoiries n'a pas encore été fixée et peut encore se faire attendre un certain temps. Le GBS espère pouvoir vous informer de l'arrêt rendu par le Conseil d'Etat dans le rapport du secrétaire général de 2004. Rien n'est cependant moins certains.

Lors de la création du Conseil technique de la kinésithérapie les organisations des médecins n'ont pas été invitées à présenter des candidats pour siéger dans ce Conseil. En 1995, le GBS a décidé d'introduire une action en annulation contre cet arrêté devant le Conseil d'Etat.

Le rapport de l'Auditeur est positif pour le GBS et constate qu'on invoque à raison que les médecins aussi sont autorisés à effectuer des prestations de kinésithérapie et qu'en conséquence ils doivent également collaborer avec l'INAMI concernant

l'établissement de la nomenclature en matière de prestations de kinésithérapie. En refusant aux unions professionnelles qui représentent les médecins le droit de présenter des candidats pour siéger dans ce conseil technique le Roi viole l'art. 28 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 <sup>(67)</sup>. L'Auditeur propose au Conseil d'Etat de déclarer l'action recevable et fondée.

### **VI.3. Relevé des procédures auxquelles il a été renoncé après avis juridique externe.**

L'expérience a appris que l'introduction d'une procédure devant le Conseil d'Etat et la Cour d'Arbitrage prend non seulement beaucoup de temps et est une matière très technique mais en plus ces procédures sont souvent (très) onéreux. Afin d'utiliser les moyens financiers du Groupement de manière optimale un avis juridique est demandé à un conseiller externe afin d'évaluer les chances de succès d'une procédure éventuelle. Dans le courant de l'année 2003, sur base d'un avis négatif, on a renoncé à introduire un recours contre les arrêtés indiqués ci-dessous.

#### ***VI.3.1. Arrêté Ministériel du 12 mars 2003 modifiant l'arrêté ministériel du 30 avril 1999 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes (M.B. du 9 avril 2003)***

L'A.M. prévoit que pour être agréé, le candidat spécialiste doit pouvoir prouver qu'il a suivi une formation de 30 heures minimums dans le domaine de la communication avec les patients et de 20 heures minimums en evidence-based medicine (EBM). Au sein du Comité Directeur des voix s'étaient élevées contre ces exigences supplémentaires qui alourdissent inutilement le curriculum. L'aptitude à communiquer est apprise durant toutes les années de formation et dépend en grande partie des prédispositions de chaque individu. Une formation spécifique n'apportera pas d'améliorations significatives. La formation de 20 heures en evidence-based medicine est considérée comme un affront pour la formation dans son ensemble. Cette insertion dans le curriculum laisse sous-entendre que cet aspect essentiel pourrait être perdu de vue dans la suite de la formation. Absurde.

Un avis juridique a été sollicité auprès de Maître E. THIRY afin d'évaluer les chances de succès d'un recours en annulation devant le Conseil d'Etat. Tant l'argument se basant sur une simple faute de procédure, à savoir l'absence d'un avis formel du Conseil Supérieur des Médecins Spécialistes et Généralistes parce que les discussions du projet n'étaient pas terminées, que l'argument invoqué quant au fond ont été considérés insuffisants pour introduire avec succès un recours.

#### ***VI.3.2. L'arrêté royal du 21 mars 2003 fixant les normes auxquelles le programme de soins de base en oncologie et le programme de soins d'oncologie doivent répondre pour être agréés (M.B. du 25 avril 2003)***

Le Comité Directeur du 15 mai 2003 a décidé de demander à Maître W. GONTHIER, familier avec cette matière, un avis juridique concernant les chances de succès d'un

---

<sup>67</sup> Art. 28. § 1<sup>er</sup>. La composition et les règles de fonctionnement des conseils techniques sont fixées par le Roi. Chaque conseil technique est présidé par une personne désignée par le Roi, sur proposition du Comité de l'assurance. Les organismes assureurs et les organisations professionnelles concernées y sont représentés dans les conditions fixées par le Roi.

recours en annulation devant le Conseil d'Etat basé sur les articles 20 et 38 de l'arrêté susdit.

Dans le cadre de l'art. 38 f), le Collège se voit octroyer la compétence de formuler des recommandations sur les critères de compétence auxquels doivent répondre les médecins afin de pouvoir faire partie de l'équipe médicale d'un programme de soins d'oncologie. L'attribution de cette compétence n'est toutefois pas conciliable avec la compétence attribuée aux commissions d'agrément. Seules les commissions d'agrément sont compétentes pour définir les critères d'agrément auxquels les médecins doivent répondre pour pouvoir être agréés dans une discipline déterminée.

L'art. 20 de l'arrêté stipule que chaque programme de soins d'oncologie doit avoir conclu une association par écrit, pas nécessairement exclusive, avec des hôpitaux disposant d'un programme de soins de base en oncologie. Cette disposition n'interdit donc pas que les associations puissent être exclusives.

L'expérience a montré dans le cadre d'autres programmes de soins que la direction de l'hôpital conclut parfois des associations exclusives et que les médecins ne suivant pas servilement les schémas de référence imposés, sont soumis à de fortes pressions. On a même signalé des cas où les médecins ont été menacés de licenciement s'ils ne corrigeaient pas leur schéma de référence. Pour garantir la liberté de choix du patient et l'exercice autonome de la profession de médecin, il aurait été préférable que les associations ne puissent jamais être exclusives.

Maître W. GONTHIER a évalué les chances de succès d'une procédure comme très improbables. Malgré le programme de soins, le patient garde la liberté de s'adresser au médecin de son choix et il n'est pas lié par les associations qui ont été conclues par l'hôpital. Le fait que la profession estime qu'il aurait été préférable que des associations exclusives n'auraient pas pu être conclues ne peut pas être invoqué devant le Conseil d'Etat.

## **VII. LE CONTRÔLE MÉDICAL**

### **VII.1. Le Service d'Evaluation et de Contrôle médicaux (SECM) et la loi sur la « responsabilisation individuelle des dispensateurs »**

L'article 49 de la loi-programme du 24.12.2002 (MB du 31.12.2002) prévoyait que les mesures relatives à « la responsabilisation individuelle des dispensateurs de soins et à la réforme du contrôle médical », feraient l'objet d'une évaluation régulière qui aurait lieu pour la première fois, trois ans après leur prise d'effet.

Déjà dans le cadre de ses « Consultations médicales » en début 2003, le PS qualifiait l'attitude du Ministre Vandebroucke dans ce domaine de trop « autoritaire » et se déclarait particulièrement impatient quant à cette évaluation des dispositions légales. Le parti de Di RUPPO s'engageait même formellement à les revoir en tenant compte notamment des cinq amendements du Dr David SIMON<sup>(68)</sup>, et à développer une politique de soins de santé favorisant systématiquement les processus d'auto-

---

<sup>68</sup> "L'ABSyM reprend les amendements du Dr.Simon pour son compte". Journal du Médecin n°1520. 17.06.2003

évaluation des pratiques par les pairs, dans un partenariat entre médecins et organismes assureurs. Pour le PS le système mis en place était trop lourd, « engendrant une bureaucratie ingérable ».

Un an plus tard, les engagements politiques n'ont été concrétisés en rien, bien que le diagnostic de l'ingérabilité du système, presque prémonitoire, se soit déjà vérifié après quatre mois seulement de fonctionnement du Comité du SECM dans ses nouvelles fonctions juridictionnelles.

Dans une lettre à notre Président (dd. 24.02.2003) le ministre Vandembroucke exposait une série d'éclaircissements intéressants au sujet du respect des droits de la défense dans le cadre de ses nouvelles dispositions : le praticien soumet ses moyens de défense par écrit au Comité. Si celui-ci estime que les justifications sont insatisfaisantes, le dispensateur doit pouvoir être entendu par deux « auditeurs », membres du Comité, l'un représentant les organismes assureurs, l'autre le groupe professionnel auquel il appartient. La procédure doit éviter toute immixtion directe ou indirecte (de l'inspection). Les auditeurs sont sensés faire rapport au sein du Comité qui doit disposer d'un exposé fidèle et complet de la version du dispensateur. Le Comité devra respecter scrupuleusement les droits de la défense, ce à quoi veillera un magistrat particulièrement compétent en la matière. La décision du Comité devra être motivée conformément à la loi relative à la motivation expresse des actes administratifs, en devra donc mentionner les arguments de droit et de fait motivant les décisions.

## **VII.2. La justice expéditive du Comité**

Dans le courant du mois de mai 2003, les premiers intimés du SECM étaient appelés à soumettre leurs éléments de défense au Comité. Le 29 août 2003 le Comité les jugea tous insuffisants. Sans autre commentaire, plusieurs dizaines de dossiers étaient traités à la fois, tous dans le cadre du contrôle de conformité, en une seule séance. Un mois plus tard ils recevaient un courrier recommandé leur proposant une date pour l'audition par deux membres du Comité.

Le 22 septembre nous écrivions une lettre aux Président, Mr J. van der EECKEN et Secrétaire, Dr B. HEPP, du Comité, pour protester contre le caractère expéditif et non conforme aux droits de la défense de la décision du 29 août 2003, qui par ailleurs n'avait pas encore été ratifiée à ce moment.

Ajoutons que les arguments de la défense avaient été jugés insuffisants sans la moindre motivation, que les différents griefs retenus par l'inspecteur-général et les éléments de défense respectifs y correspondant n'avaient même pas été examinés et que chaque dossier avait fait l'objet d'un commentaire de l'inspecteur-général devant le Comité, alors que le dispensateur devait se contenter d'une représentation "par le gant", c.à.d. deux tiers<sup>(69)</sup>.

Le 05.11.2003, les Président et Secrétaire du Comité, répondaient que notre courrier avait l'objet d'une délibération, le 24 octobre décidant, selon le Comité « unanime » ce qui suit:

---

<sup>69</sup> qu'il ne peut désigner lui-même et dont l'un des deux, le représentant mutuelliste, peut éventuellement être à l'origine des poursuites.

- *"Le Comité constate que dans la nouvelle procédure deux décisions seulement doivent être prises, à savoir le classement sans suite ou la fixation d'une amende administrative. Conformément à la loi, la décision d'infliger une amende administrative sera motivée et répondra aux moyens de défense invoqués par le dispensateur. La discussion relative aux justifications n'est qu'un acte préparatoire à la décision définitive".*

La première affirmation raccourcit nettement le texte légal. Premièrement, c'est un aveu implicite que la "discussion" relative aux éléments de défense n'avait tout simplement pas eu lieu. Deuxièmement, le Comité avait bel et bien porté un jugement général négatif sur les éléments de défense à la suite de l'exposé de l'inspecteur-général. Il y avait donc non seulement justice expéditive, mais aussi un semblant de justice.

- *"En ce qui concerne les médecins-inspecteurs-généraux durant les réunions, le Comité estime qu'ils sont les mieux placés pour présenter les dossiers et répondre aux questions des membres » (sic !). "Pour éviter toute contestation il a néanmoins prévu que les médecins-inspecteurs-généraux quitteront la séance au moment de la délibération."*

Ceci constitue un deuxième aveu de partialité, ni plus ni moins. Or, la composition du Comité telle qu'elle définie à l'article 140 de la loi S.S.I. exclut formellement les tiers, sans distinction aucune. Les médecins-inspecteurs-généraux ne sont pas mentionnés comme membres, ni comme observateurs, ni comme invités habituels. Il y a lieu de comprendre ceci dans le sens de l'équilibre nécessaire dans le cadre de cette procédure tout à fait inhabituelle par l'absence de toute présence directe de la défense. Si l'on admet la présence de l'inspecteur-général, on rompt l'équilibre et en outre la défense se trouve dans l'impossibilité de connaître (secret) ce que l'inspecteur-général déclare à la charge de la défense, au sein du Comité!

Il est évident que cette procédure a été inscrite dans la loi en dépit du bon sens et qu'elle est interprétée par l'administration de façon à ce que gain de cause soit garantie au SECM et que la défense soit réduite au silence.

### **VII. 3. La "bienfaitante" surprise d'une lacune légale**

Le caractère « unanime » de cette décision nous paraissait tellement peu crédible que nous avons transmis le courrier du 05.11.2003 aux représentants médicaux au sein du Comité, qui n'ont pas manqué de le contester formellement, lors de la séance du 19 décembre 2003, en exigeant qu'il soit procédé au vote...

Surprise : attirant l'attention sur le texte de l'avant-dernier alinéa de l'article 140 de la loi S.S.I., le Dr Daniel DEVOS représentant des hôpitaux pour le V.V.I., fit constater que les Organismes assureurs ne disposaient que d'une seule voix et non huit comme le supposait l'Administration. La séance fut donc interrompue et reportée sine die, en attendant que la loi soit modifiée.

#### **VII. 4. Proposition concrète de modification du système**

Il est évident que le texte de loi du Ministre Vandenberghe a été rédigé trop hâtivement et que, comme l'annonçait déjà le PS en janvier 2003, le système est ingérable. Il n'y a ni respect des droits de la défense, ni débat contradictoire. Quant aux auditions, elles entraînent de surcroît des complications administratives insurmontables, malgré tout le temps et l'énergie que consacrent tout à fait volontairement à cette tâche ingrate, les membres du Comité, et qui méritent toute notre admiration. .

En ce qui concerne le contrôle de conformité par rapport aux règles de l'assurance-maladie, la solution la plus judicieuse et la plus simple (les textes existent) serait de retourner au système antérieur avec la Chambre restreinte en 1<sup>ère</sup> instance et une Commission d'Appel avec trois magistrats. Les sanctions, beaucoup trop lourdes pour de simples erreurs commises de bonne foi, devraient être sensiblement allégées. Il faudrait d'ailleurs davantage clarifier les textes, ne fut-ce pour éviter que les médecins-inspecteurs passent leur temps à l'exégèse des textes et interprétations, alors que cela relève de la compétence du C.T.M.(cf plus loin IV.5).

Quant au contrôle dans le cadre de l'article 73 de la loi SSI (surconsommation), il faut être plus prudent encore sur le plan répressif. Le système actuel est tout à fait inapproprié. Le but de l'"Evaluation" ne devrait pas être de sanctionner, mais de responsabiliser. Une sanction n'est nécessaire que lorsqu'il y a, dans le chef du praticien, refus persistant d'abandonner certaines pratiques inutilement onéreuses.

L'aspect sanctionnel ne devrait intervenir qu'en deuxième instance. Aussi proposons-nous la mise en place, en 1<sup>ère</sup> instance, d'une Chambre d'Evaluation Médicale dont l'objet n'est pas répressif mais correctif, composée d'une cellule mono-disciplinaire et pouvant se faire assister, si nécessaire, d'experts dans le domaine spécifique examiné. Le praticien à profil extrême pourrait être contraint à soumettre à cet organe ses justifications écrites et, s'il le souhaite, venir s'expliquer davantage devant la Chambre d'évaluation, le cas échéant assisté de conseils. Celle-ci émettrait un avis qui, moyennant consensus médical dans le cadre de la discipline concernée, serait opposable.

Cette formule permettrait d'une manière empirique et moyennant l'évaluation (voire re-évaluation périodique) au niveau du Conseil National pour la Promotion de la Qualité (CNPQ), de formuler des indicateurs de bonne pratique. Le praticien qui ne se conformerait pas à ces règles opposables, serait ensuite susceptible d'être sanctionné, selon une procédure appropriée (Chambre Restreinte d'Evaluation) sous la forme d'une mise sous monitoring.

La même formule peut être appliquée pour les règles de bonne pratique "consolidées" (via le CNPQ) qui, après publication, acquièrent une opposabilité similaire. Toute pratique déviante doit cependant toujours être évaluée en première instance devant la Chambre d'Evaluation Médicale, ayant pour objet de déterminer la correction souhaitée.

La grande difficulté sera d'instaurer un système permettant d'actualiser les règles une fois définies, de manière à tenir compte de l'évolution de la science et des techniques.

## VII. 5. Des « trouvailles » interprétatives au « jurisdogme » du SECM

Bien souvent, les médecins-inspecteurs du SECM s'évertuent à inventer eux-mêmes des interprétations qui prennent des allures de « règles » interprétatives de la nomenclature ou des règles interprétatives, alors que celles-ci, pour être opposées aux praticiens, doivent être élaborées par le Conseil Technique médical, ratifiées par le Comité de l'Assurance, et publiées au Moniteur belge.

Ces interprétations, parfois très contestables, suivent donc un parcours répressif en contournant tout simplement la voie légale. Cette situation est inacceptable. Elle entraîne une insécurité juridique croissante et une inversion de la charge de la preuve: ce n'est plus l'inspecteur qui doit démontrer que le dispensateur a commis une infraction par rapport à une règle de l'assurance, mais ce dernier qui doit démontrer que la "règle" invoquée par l'inspecteur est non fondée. Cela va même plus loin. On constate aujourd'hui, dans de nombreux cas, que les magistrats des organes de juridiction administrative de l'INAMI, qui ne sont évidemment pas des spécialistes de nomenclature des prestations de santé, prennent les "points de vue" des inspecteurs pour d'authentiques règles établies. La conséquence est que les points de vues adoptés par le SECM prennent une signification dogmatique.

Puisque les fonctionnaires du SECM sont, eux aussi, sensés respecter les règles de l'assurance, il faudrait au moins que le SECM soit particulièrement prudent avec les interprétations personnelles des médecins-inspecteurs. Lorsque des arguments objectifs réfutant les positions adoptées et puisés dans la réglementation sont portés à sa connaissance, il faudrait que le SECM devrait soit arrêter les poursuites, soit, si un doute subsiste, s'en référer au CTM, en lui soumettant les deux points de vue. Un système policier lui-même générateur d'insécurité juridique risque de dévier rapidement vers les traitements discrétionnaires.

Un exemple frappant d'insécurité juridique survenu récemment était l'interprétation du SECM concernant l'imagerie échographique. Alors que les radiologues, depuis toujours, transmettent les images échographiques au médecin traitant prescripteur, généralement par l'entremise du patient, sans que depuis plus de 20 ans, jamais un seul "pro justitia" n'ait été rédigé pour sanctionner cette façon de faire, soudainement en 2000 un médecin-inspecteur a prétendu que c'était le radiologue qui devait les conserver, en fondant son interprétation sur l'art 1§8 de la nomenclature. Or, l'art. 1§8 qui existe dans la nomenclature depuis 1984 sans ayant subi la moindre modification, indique essentiellement un délai de conservation et ne dit rien quant à quel praticien doit conserver quoi <sup>(70)</sup>. Or, l'article 17 §12 (et 17bis §11) dit clairement ce que les radiologues ou échographistes effectuant les prestations sur la prescription d'un médecin traitant, doivent conserver: les protocoles des examens et les formules de prescription.

Le CTM a marqué son désaccord avec la vision du SECM, suite à quoi celui-ci a prétendu qu'il fallait modifier la nomenclature (alors que cela n'était pas du tout nécessaire et ce pour de nombreuses raisons).

On comprend difficilement l'intérêt de ce genre de controverses, ni pour le patient, ni pour les prestataires, ni pour le système de soins.

---

<sup>70</sup> L'art. 1§8 dit également qu'il faut tenir compte des autres obligations légales et juridiques. On ne peut que regretter que le SECM ne l'ait pas fait.

Progressivement, en traitant les dossiers, le GBS prépare un catalogue des injustices interprétatives.

## **VII.6. La réglementation et les guidelines de bonne pratique.**

L'introduction de règles de bonne pratique est un nouvel élément qui risque tôt ou tard entrer en collision avec la réglementation existante, en posant des problèmes de conformité. C'est notamment le cas en imagerie médicale pour l'utilisation quasi généralisée, pour des raisons de sécurité évidentes, des produits de contraste non-ioniques (<sup>71</sup>), alors que la réglementation Bf limite ceux-ci à des situations bien précises.

Il existe par ailleurs un "gap" similaire et croissant entre les techniques modernes pour certaines prestations chirurgicales et le descriptif des libellés qui font référence à des techniques anciennes qu'il serait indécent de pratiquer aujourd'hui. Il est probable que dans ce cas que des règles interprétatives établissent le lien entre le domaine du "lege artis" et la nomenclature. Aussi longtemps que cela n'a pas été fait, il nous semble indiqué de soustraire ce type de problèmes au contrôle de conformité et de soumettre ce problème à une approche orientée davantage sur l'évaluation, comme nous avons proposé sous le point IV.4 (Chambre d'Évaluation).

## **VIII. A VOL D'OISEAU**

### **VIII.1. Imagerie Médicale**

#### ***VIII.1.1. La prescription***

Par son courrier du 22.01.2004 à tous les médecins belges, le fonctionnaire dirigeant intérimaire du Service des soins de santé de l'INAMI, le Dr Georges VEREECKE, n'a pas uniquement fourni le texte de l'accord médico-mutualiste du 15.12.2003, mais également les « guidelines » en matière d'imagerie médicale visant la prescription et/ou l'exécution judicieuse des prestations de radiographie, échographie et autres techniques d'imagerie médicale.

Bien que les guidelines en 2003 aient été disponibles sur le site web de l'INAMI pendant une assez longue période, nous pouvons nous attendre à ce que la confrontation empirique quotidienne avec celles-ci dans les différentes spécialités mène à des suggestions d'adaptation possibles voire probables. Nous proposons que tous commentaires ou suggestions à ce sujet soient transmises par l'intermédiaire des unions professionnelles respectives au GBS central, en vue des concertations nécessaires avec l'UNR et l'INAMI.

#### ***VIII.1.2. Les produits de contraste non ioniques***

Un médecin-inspecteur de la province du Luxembourg a établi un procès-verbal "préventif" pour prescription et utilisation de produits de contraste non ioniques en

---

<sup>71</sup> Cf point VII.1.2.

dehors des conditions strictes de remboursement AMI (§ 86 du Chapitre IV du règlement concernant les conditions de remboursement pour les médicaments), tandis que la fédération locale des mutualités socialistes, d'une part, rejette les remboursements, et d'autre part, s'oppose à ce que les frais supplémentaires soient portés en compte au patient. La facturation hospitalière est donc complètement paralysée de la sorte.

Il est clair que l'impasse ainsi créée sert de moyen de pression et déguise une offensive mutuelliste visant à forcer l'inclusion du coût des produits de contraste dans les honoraires et ce au niveau national. C'est inacceptable toutefois puisqu'il s'agit d'un coût exogène à l'acte médical. Autant les firmes que la majorité des services de radiologie sont déjà depuis quelques années passés à concurrence de 90% à l'usage de produits non ioniques.

La nomenclature de l'art. 17 prévoit expressément que les produits de contraste ne sont pas compris dans les honoraires. Élément supplémentaire : dans le cas du radiologue, la prestation est prescrite par un médecin traitant.

Théoriquement, la seule solution possible résiderait dans le fait de laisser les patients faire leur choix, par écrit, entre soit les produits de contraste comportant davantage de risques mais remboursés, soit les produits de contrastes non ioniques plus sûrs mais moins remboursés. Dans ce cas, le radiologue remplit son obligation légale d'information et l'hôpital est en droit de porter en compte le montant non remboursé au patient.

### **VIII.1.3. Les manipulations supprimées**

Dans le cadre des dictats d'économies de Frank VANDENBROUCKE en 2001, les manipulations ont été supprimées des articles 17 et 17ter de la nomenclature.

Cependant, l'article 17 §5, a) stipule : « *les manipulations spéciales nécessaires aux examens sont honorées en supplément de ces examens, conformément aux indications de la nomenclature.* » Imaginant un énoncé similaire mais nettement raccourci, à savoir : « les manipulations prévues dans la nomenclature », une fédération francophone des Mutualités Socialistes vient de prétendre que les manipulations sont désormais tout simplement comprises dans les prestations de radiologie. Ce raisonnement repose bien sûr sur un sophisme. Les manipulations supprimées et ne figurant plus dans la nomenclature, n'entrent plus en ligne de compte pour le remboursement de l'assurance – maladie - invalidité. Dès lors, il s'agit bien des prestations visées à l'art.50 §6, 2<sup>ème</sup> alinéa de la loi S.S.I. qui stipule : « *...le médecin ou le dentiste détermine librement ses honoraires ... pour les prestations qui ne seraient pas reprises dans la nomenclature.* »

Selon le point de vue des Mutualités Socialistes tout ce qui ne figure pas dans la nomenclature y serait compris. La loi dit le contraire, incontestablement.

Par contre, on pourrait bien se demander si les indications des manipulations seraient éventuellement encore opposables dans le cadre de l'art. 73 (surconsommation, examens coûteux inutiles, etc...). C'est évidemment aux instances professionnelles et médico-scientifiques de le vérifier en termes de bonne pratique « lege artis ». En principe, il devrait y avoir peu de doutes à ce sujet puisque les indications se limitent à chaque fois à la mention de l'examen radiologique-même.

#### **VIII.1.4. La AFCN et les sources d'irradiations itinérantes**

L'Agence Fédérale de Contrôle Nucléaire a récemment entamé des contrôles de grande envergure dans les hôpitaux. Toute personne travaillant en contact avec des sources d'irradiations doit présenter une attestation. Une attestation spéciale de compétence est, semble-t-il, également demandée aux chirurgiens ou autres spécialistes qui, en équipe, collaborent à des prestations avec présence physique d'un radiologue habilité qui, lui seul, commande la source d'irradiation. La AFCN semble donc pousser le bouchon un peu loin; parfois, à en friser le ridicule : il fut exigé d'un couple de radiologues indépendants utilisant eux-mêmes le matériel radiologique, sans la moindre intervention d'assistants techniques, qu'ils présentent en plus de leurs propres attestations de compétence, celle de leur personnel. Lorsque tous deux répondirent qu'ils n'employaient pas de personnel en salle technique, il leur fut rétorqué qu'ils étaient eux-mêmes aussi des « travailleurs »...

Au même moment, certains hôpitaux universitaires mettent en route, avec la collaboration enthousiaste de diverses administrations communales, de nouvelles tournées avec de toutes nouvelles mammobiles, sans se soucier du tout de l'aspect déontologique de leur entreprise. Les Conseils Provinciaux de l'Ordre des Médecins ne remettent pas d'attestations, donc... ne doivent pas en être mis au courant. Aucun bourgmestre, aucun échevin, vert, rouge, jaune ou bleu, aucun pouvoir organisateur ne se demande si tout cela est bien compatible avec les règlements de la AFCN en matière de protection de la population contre les radiations ionisantes. Les mammobiles universitaires répondent évidemment par définition aux normes de sécurité AFCN et sont supposés naturellement à l'abri de tout incident de la circulation. Par ailleurs, une demande commodo-incommodo n'est pas nécessaire pour des risques aussi bénins. Pour le reste, aucune autorité fédérale ou communautaire ne se demande si l'existence de services itinérants d'imagerie médicale est compatible avec les normes d'agrément en application pour les services d'imagerie médicale sous les codes INAMI desquels ils effectuent les prestations.

En attendant, cela fait l'objet de pas mal de publicité directe ou déguisée, parce qu'il faut bien donner l'impression à la population qu'en Flanders fields, flemish technology doit être amenée jusqu'au citoyen, même s'il y a dans les parages un service de radiologie "ordinaire". Perception? Ces démarches populistes ne semblent pas nettes du tout par rapport aux dispositions de l'article 127 de la loi S.S.I. du 14.07.1994 <sup>(72)</sup>.

### **VIII.2. Les ophtalmologues**

#### **VIII.2.1. Faco-émulsification ...**

La Faco-émulsification ou « méthode de vaporisation à ultra-son » qui a été approuvée le 18.06.2002 par le Conseil Technique Médical (CTM), et confirmée lors de la séance plénière du 18.11.2003, n'est pas encore dans la nomenclature. Elle a cependant été clairement définie par le CTM comme « Prestation Médicale Spéciale

---

<sup>72</sup> L'article 127 de la loi S.S.I du 14.07.1994 est relatif au libre choix du patient pour le prestataire de soins, l'interdiction de publicité pour les prestataires de soins et les sanctions prévues à cet effet.

Générale » du Chapitre V, Section 2 de la nomenclature (sous le code 355051/062)<sup>(73)</sup>.

Aussi longtemps que la prestation ainsi définie ne figure pas dans la nomenclature, elle peut donc être portée en compte au patient (art. 53 §6 de la loi S.S.I.).

Selon l'art. 73 §1 de la loi S.S.I., ce serait même la manière de procéder la plus indiquée. La méthode de vaporisation à ultra-son n'est pas uniquement la plus adéquate pour le patient (incisions beaucoup plus petites et sans les risques d'une anesthésie générale), mais elle a également d'indéniables avantages budgétaires pour l'assurance - maladie-invalidité: praticable en ambulatoire ou hospitalisation beaucoup plus courte).

L'art. 73 §1 ne stipule pas seulement que le médecin doit apporter loyalement les soins adéquats dans l'intérêt du patient, mais il doit aussi se préserver de procéder ou de laisser procéder à des examens coûteux et inutilement onéreux à charge de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Les autorités ont donc tout intérêt à inclure, dans les plus brefs délais, la faco-émulsification pour l'opération de la cataracte dans la nomenclature.

Depuis le 01.04.2003, une intervention très limitée sensée couvrir l'ensemble du matériel utilisé lors d'une intervention de la cataracte a été également prévue dans la nomenclature de l'art. 35bis<sup>(74)</sup>; celle-ci n'a évidemment aucun rapport avec les honoraires du médecin pour la faco-émulsification.

Récemment, le "Bond Moyson" (Mutuelles Socialistes des Flandres Occidentale et Orientale) a commencé à mettre en question les honoraires portés en compte par certains ophtalmologues, probablement parce que l'organisme assureur désire voir ces coûts disparaître de l'assurance complémentaires proposée à leurs membres. L'argument émis à ce sujet, à savoir que l'intervention 246595/606<sup>(75)</sup> est définie « quelle que soit la technique », et que donc, d'après lui, la faco-émulsification serait comprise dans l'intervention de la cataracte, ne tient pas debout. Selon la jurisprudence du Conseil d'Etat, l'énoncé de la prestation signifie ici « quelle que soit la technique chirurgicale ». Et d'après la définition de la nomenclature du CTM, la faco-émulsification (code 355051/062)<sup>76</sup> n'est pas une technique chirurgicale.

L'art. 50 §6, 2<sup>ème</sup> alinéa de la loi S.S.I. est par conséquent d'application : « Ces honoraires (de l'Accord Médico-mutualiste) sont déterminés par la fixation de facteurs de multiplication à appliquer aux valeurs relatives, visées à l'article 35, §1<sup>er</sup>, étant entendu que le médecin ou praticien de l'art dentaire détermine librement ses honoraires pour les prestations qui ne seraient pas reprises dans la nomenclature ».

---

<sup>73</sup> Chapitre V. Section 2. Prestations spéciales générales, art 11: 355051-355062 : Supplément attestable par le médecin spécialiste qui effectue une des prestations suivantes, par la méthode de vaporisation à ultrason:...(codes prestations chirurgicales) K120

<sup>74</sup> Annexe à l'A.R. du 14.09.1984 : Article 35bis concerne les prestations qui sont estimées relever de la compétence des prestataires d'implants.

<sup>75</sup> Art. 14, h, §1, 4° de la nomenclature, code 246595-246606: "extraction du cristallin (quelle que soit la technique), y compris l'implantation intra-oculaire éventuelle d'une lentille

<sup>76</sup> Voir note 73

Cette disposition vaut pour tous les actes médicaux qui ne sont pas repris dans la nomenclature, sans exception, et, à fortiori, lorsqu'il s'agit de prestations qui sont expressément reconnues comme telles par le CTM.

### **VIII.2.2. ... et les opticiens**

Malgré les prises de position fermes adoptées le 09.09.2002 par l'ex-ministre des Affaires Sociales, Frank VANDENBROUCKE <sup>(77)</sup>, le statut INAMI des opticiens continue à poser des problèmes.

Bien que n'ayant pas la qualification de profession paramédicale, leurs délégués ont été récemment nommés comme tels au sein du Comité de l'Assurance <sup>(78)</sup>. Depuis longtemps, il existe des incongruités à ce niveau dans le fonctionnement administratif de l'INAMI. Les opticiens sont des commerçants de moyens d'optique. Ils n'exercent pas de profession de soins de santé comme déterminé par l'A.R. n° 78 du 10.11.1967. Il leur est interdit d'effectuer des prestations relevant de l'exercice de l'art de guérir et/ou de l'exercice de la discipline paramédicale de l'orthoptie. Il leur est même interdit d'apporter des corrections ou de s'écarter de la prescription médicale de l'ophtalmologue, ou des recommandations que celui-ci leur donne directement ou indirectement en rapport avec le traitement du patient. Que des instances de l'INAMI maintiennent sciemment ce statut illégal, reste inexplicable. Il est indispensable de prendre à court terme des mesures afin d'assurer la conformité entre la réglementation et les dispositions légales.

### **VIII.3. Rémunération forfaitaire et qualité des soins**

L'exaltation répétée pour la rémunération forfaitaire des prestations médicales à l'occasion des « Consultations Médicales » que le PS a organisé durant les premiers mois de 2003, contraste violemment avec la manière dont les médecins sont traités par les autorités lorsqu'ils sont plongés dans de tels systèmes forfaitarisés. Ceci a été démontré une fois de plus lorsqu'en mai dernier, le « Collège de la Commission communautaire française » de la région Bruxelles-Capitale a pris des mesures en ce qui concerne le financement des activités des institutions pour handicapés qui relèvent de sa compétence, dont notamment les « Instituts médico-pédagogiques » (IMP) et les « Centres de Jour pour Enfants Scolarisables » (CJES).

Ce Collège a adopté une série de mesures de restructuration concrètes sur base d'un complexe système, spécialement développé à cet effet, de normes d'encadrement (théoriquement calculé sur base des besoins individuels de soins du patient), et diminuées unilatéralement dans un contexte strictement budgétaire. Le temps de travail rémunéré des médecins, omnipraticiens et spécialistes (pédiatres, neurologues, neuro-pédiatres, etc...), des différents centres a été radicalement réduit. Il va de soi que les tâches réelles à accomplir et les responsabilités, ainsi que le nombre de patients restent inchangés.

La base de calcul financière, pour les nouveaux médecins à engager, c.à.d. la rémunération horaire théorique, a en outre été diminuée (presque de la moitié). Bref,

---

<sup>77</sup> Rapport annuel du GBS 2002 : « les soins de santé, un schizomycète pourpre tacheté de points verts ». Point 8.2.2. Le Médecin Spécialiste, numéro spécial de mars 2003.

<sup>78</sup> AR du 05.12.2003 (M.B. 15.01.2004). Institut national d'assurance maladie invalidité – Comité de l'assurance des soins de santé – Nomination du président, des vice-présidents et des membres.

le temps de travail rémunéré des médecins est devenu tellement insuffisant qu' à l'avis des médecins concernés, il n'est plus possible, de faire face raisonnablement aux besoins sanitaires, particulièrement dans les centres pour enfants handicapés mentaux. Un collègue membre du Comité Directeur de l'Association Professionnelle des Neurologues et Psychiatres nous a écrit : « *Ces nouvelles dispositions aggravent encore la situation et risquent d'engendrer à terme un état de déficience, au détriment de la santé et du bien-être de ces enfants.* »

C'est précisément à cette période que Elio DI RUPO, en qualité d'informateur, a élaboré sa note en vue des négociations gouvernementales (28.05.2003). Nous y lisons : « *5. Politique des personnes handicapées. La pleine et entière intégration sociale des personnes handicapées dans la société est un droit économique et social fondamental...* »

#### **VIII.4. Les stomatologues et les dentistes-spécialistes**

La relation entre stomatologues et dentistes-spécialistes posait déjà problème depuis la formation du gouvernement mauve-vert, suite à l'introduction des spécialisation dans le cadre de l'art dentaire. En 2001, la ministre de la Santé Publique de l'époque, Magda ALVOET, voulait, par son premier projet de loi relative aux Soins de Santé, introduire un article 3bis dans l'AR n°78 sur l'exercice des professions de la Santé, réservant l'exercice autonome de l'art dentaire aux porteurs d'un titre professionnel particulier de spécialiste soit en orthodontie, soit en dentisterie générale, soit en parodontologie. L'épisode se déroulait au beau milieu de l'épidémie de fièvre aphteuse. Les stomatologues étaient donc menacés de la perte de l'autonomie professionnelle en ce qui concerne l'exercice de l'art dentaire. De plus, ils se voyaient glisser entre les mains la parodontologie qui, depuis toujours relève du domaine de la stomatologie, faisant d'ailleurs partie intégrante de la formation supérieure. Le texte de l'article 3bis a pu être adapté in extremis : l'exercice autonome serait réservé aux porteurs d'un titre professionnel particulier en art dentaire et aux dentistes porteurs d'un diplôme de médecin. Fin du premier épisode.

Près de trois ans plus tard, le ministre R. DEMOTTE débarque avec un projet de loi dans lequel non seulement l'art. 3bis de l'AR n°78 est modifié, mais également l'art. 34 de la loi S.S.I.. Le document fut présenté au Comité de l'Assurance de L'INAMI le 01.12.2003. Les dites stipulations « exercice autonome » y étaient remplacées par la réservation du remboursement des prestations dans le cadre de l'assurance soins de santé, la motivation ministérielle étant de régler « le parallélisme entre dentistes et stomatologues ». Une disposition était cependant également ajoutée à l'art. 34 de la loi S.S.I. (<sup>79</sup>), prévoyant qu'un AR définirait avec précision les prestations « dont le remboursement par l'assurance obligatoire soins de santé est subordonné au port par les praticiens de l'art dentaire d'un (en Néerlandais "één van de") des titres professionnels particuliers qui leur sont réservés... ».

Suite à nos commentaires, le projet de loi a été renvoyé à un groupe de travail. La dernière disposition du projet –in cauda venenum– est formulée d'une telle façon que le Roi ne peut faire autrement, en précisant les prestations, que d'exclure les stomatologues de cette nomenclature spécifique. Il n'y aurait aucun parallélisme

---

<sup>79</sup> L'art. 34 de la loi S.S.I. détermine une liste et les énoncés des différents types de soins de santé couverts par le système d'assurance obligatoire.

entre l'art. 3bis de l'AR n° 78 et les modifications apportées à l'art. 34 de la loi S.S.I. De plus, seuls les prestataires qui ne sont porteurs que d'un seul titre professionnel particulier entrent en ligne de compte. Quant au problème de la parodontologie, il n'est pas résolu, et qui plus est, la nomenclature spécifique visée semble exclusivement pouvoir être développée par le Conseil Technique Dentaire (C.T.D.). Notre dernière intervention dans ce dossier consistait à proposer un texte adapté dans lequel les deux articles sont mis en concordance et selon lequel les deux conseils techniques, les CTD et CTM, doivent être consultés conjointement. Nous suivrons cette affaire avec la plus grande attention.

### **VIII.5. L'implémentation des droits des patients par les compagnies d'assurances**

Certaines compagnies d'assurances demandent à leurs assurés de signer des formulaires par lesquels ils donnent leur « accord particulier » pour le traitement des données médicales par l'assureur et même le ré-assureur, « en dehors de toute responsabilité et contrôle par un médecin ». Ceci est manifestement contraire à la loi sur les droits de patients mais ne constitue malheureusement pas une infraction sur celle-ci parce que les assureurs ne sont pas des dispensateurs de soins. In fine, ceci signifie que le candidat assuré désigne contraint et forcé une personne indéterminée comme personne de confiance.

Le 3 avril 2003 le GBS a écrit une lettre au Prof. Manu KEIRSE, à cette époque encore chef de cabinet du Ministre de la Santé Publique, Jef TAVERNIER. Comme cerise sur le gâteau, nous avons signalé que le médecin traitant devait déclarer dans le formulaire qu'il avait autorisé l'assuré à co-signer le formulaire. Le médecin est donc supposé commettre une infraction. Nous avons demandé au cabinet ministériel d'adresser une lettre aux compagnies d'assurance. Nous attendons toujours une réponse.

### **VIII.6. Les néo-gériatres et les néo-urgentistes**

Lors de la réunion du Conseil Supérieur du 18 décembre 2003 deux projets, notamment sur la gériatrie <sup>(80)</sup> et la médecine d'urgence <sup>(81)</sup>, ont été présentés relatifs à l'introduction de titres professionnels particuliers à l'article 1 de l'A.R. du 25.11.1991 <sup>(82)</sup> avec une durée de formation réduite, pour des disciplines qui étaient jusqu'à présent considérées comme des sous-spécialités de l'article 2 du même arrêté. Ces sous-spécialités demandent en principe une formation supplémentaire après la formation de la spécialité de base.

Apparemment il y a quelque chose de déréglé dans le processus de réflexion du gouvernement. En effet, au plus court la durée de la formation, au plus large, au plus

---

<sup>80</sup> Projet d'arrêté ministériel fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres et des services de stage en gériatrie.

<sup>81</sup> Projet d'arrêté ministériel fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en médecine d'urgence, en médecine aiguë et du brevet de médecine aiguë, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage dans ces disciplines

<sup>82</sup> Arrêté royal du 25 novembre 1991 établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire M.B. 14.03.1992

profond et au plus concurrentiel elle fixe les compétences liées aux nouveaux titres professionnels par rapport aux autres disciplines de base. Selon les déclarations du Président du Conseil Supérieur, le Dr J.P. DERCO, l'objectif est de donner à la Commission de Planification la possibilité de mieux suivre l'évolution des besoins en manpower. L'établissement des besoins numériques n'est certainement pas une condition rationnelle pour déterminer la nature et le contenu de la formation.

Nous craignons plutôt que par ce biais on essaye d'évoluer vers un élargissement du nombre de formation immunisée dans le cadre du numerus clausus et que l'on tentera par ce biais d'acquérir ou de monopoliser certaines compétences dans la nomenclature. Nous avons communiqué nos observations au Conseil Supérieur. Celui-ci a, moyennant un grand nombre de remarques, donné un avis positif au projet de M.B. relatif à la gériatrie, sauf en ce qui concerne la disposition prévoyant la possibilité de revenir vers la spécialité de la médecine interne. Ce point, ainsi que le dossier des urgentistes, sont remis à l'ordre du jour et seront traités lors de la prochaine réunion du 19.02.2004.

## IX. CONCLUSION

Il y a encore beaucoup d'autres choses à raconter concernant 2003 que ce qui précède. La sélection est quelque peu arbitraire. Le facteur limitatif a surtout été le temps mais également le personnel nécessaire pour réussir à rester maître de cette matière complexe et surtout volumineuse.

La serviabilité et la disponibilité de notre staff sont particulièrement importantes et les membres du Comité exécutif qui communiquent quotidiennement – et parfois même plusieurs fois par jour avec certains d'entre eux – par toutes les voies possibles, leur en sont extrêmement reconnaissants.

Chaque semaine qui passe est en effet pleine de surprises, lesquelles sont malheureusement souvent désagréables. Il faut souvent réagir très rapidement. Le secrétaire qui est invité soudainement à participer à une audition parlementaire notamment concernant le système d'assurance "no fault" en ce qui concerne la responsabilité professionnelle <sup>(83)</sup>, la présence indispensable du président à un débat consacré à l'échelonnement <sup>(84)</sup>, une entrevue demandée d'urgence par un responsable politique sur un sujet qui nous concerne de très près, une grand-messe socialiste imposée sous le slogan Dialogues de la Santé un dimanche matin <sup>(85)</sup>, voilà tous des événements relativement banals auxquels le Comité exécutif n'est en mesure de répondre de manière adéquate que grâce à l'engagement de notre staff.

L'année qui vient de s'écouler a été caractérisée par un raz-de-marée provoqué par des turbulences créées par les généralistes, tantôt à juste titre et tantôt à tort. Beaucoup plus en Flandre qu'en Wallonie. La revalorisation de l'acte intellectuel concerne tous les médecins généralistes et spécialistes et l'interaction entre les deux

---

<sup>83</sup> « Auditions concernant les aléas thérapeutiques et la responsabilité médicale 13.01.2004 ». Le Médecin Spécialiste n° 1. Janvier 2004.

<sup>84</sup> « Halle herlanceert het echelonneringsdebat ». Artsenkrant nr. 1565. 27.01.2004.

<sup>85</sup> « D'abord le MG ». Journal du Médecin n° 1566. 30.01.2004.

groupes est essentielle et de plus en plus importante. C'est pour cette raison que, année après année, je réitère mon appel en faveur de la poursuite de la collaboration entre les généralistes et les spécialistes et entre les spécialistes entre eux.

Le ministre DEMOTTE entend désormais étendre aux spécialistes entre eux le principe "diviser pour régner" que Frank VANDENBROUCKE appliquait systématiquement entre les généralistes et les spécialistes.

Dans le cadre de l'allocution qu'il a prononcée en séance plénière des "Dialogues de la Santé" le 25.01.2004, DEMOTTE a en effet annoncé que certains spécialistes devront/pourront (?) avoir recours au "billet" ou "ticket" maudit par tous les spécialistes qui permettra au patient d'obtenir un remboursement majoré lorsque celui-ci a été dirigé par un généraliste vers un spécialiste.

Quelle union professionnelle y est favorable? Qui veut commencer? Le gynécologue, le pédiatre, le dermatologue, l'ORL, l'ophtalmo, le chirurgien plastique, le psychiatre...? L'instauration d'un tel cérémonial qui implique une nouvelle surcharge administrative pour le généraliste et le spécialiste constitue-t-elle la réponse du ministre à sa déclaration que (nous traduisons) "de nombreux spécialistes privent le généraliste des cas intéressants" ? <sup>(86)</sup> Pour plus de facilité, durant l'interview, DEMOTTE reprend littéralement l'idée des professeurs de médecine générale Jan DE MAESENEER (RUG) et Jan HEYRMAN (KUL) avec laquelle ils écument tous deux les marchés et les médias depuis des années <sup>(87, 88)</sup> et où nous pouvons parfois leur répondre <sup>(89)</sup> : 5.000 cabinets de groupe avec 2.000 patients inscrits pour chacun d'entre eux. Et pour reconquérir les aspects intellectuels du spécialiste, dicit DE MAESENEER <sup>(90)</sup>, le généraliste pourrait par exemple attaquer des situations intolérables dans le voisinage comme (nous traduisons) "le tapage nocturne dû aux avions, la pollution d'une entreprise, un quartier insalubre"? A cela HEYRMAN ajoute : (nous traduisons) "Le temps du généraliste exerçant en solo est révolu. L'avenir appartient à ceux qui travaillent en équipe".

Je ne pense pas qu'avec des pseudo-soixante-huitards grisonnants et des prêtres Daens ressuscités, la collaboration généraliste-spécialiste progressera et que le patient demandeur d'une médecine (générale) holistique personnalisée en tirera parti. Leurs modèles, qui ne fonctionnent pas à l'étranger, ne fonctionneront pas davantage chez nous.

Laissez aux gens dont c'est vraiment le métier, le soin de s'accorder ensemble sur la manière dont ils entendent communiquer les uns avec les autres, prendre en charge ensemble les patients chroniques en les suivant en continu et se sortir ensemble du pétrin dans lequel les soins de santé ont été plongés par un illustre prédécesseur du

---

<sup>86</sup> « Demotte steunt vorming groepspraktijken ». De Standaard. Interview de Guy Tegenbos avec le ministre Demotte, en voyage ensemble vers Ottawa, Canada. 02.02.2004.

<sup>87</sup> « Opnieuw een beroep met toekomst ». Artsenkrant nr. 1515. 27.05.2003.

<sup>88</sup> « Contract 2005 : een toekomstperspectief voor de huisartsgeneeskunde ? ». De Huisarts. 25.06.2003.

<sup>89</sup> INSEAD Symposium. Bruxelles 23.05.2003. The patients perspective : development in the Belgian Healthcare system. The perspective of the Provider". Prof. Jan Heyrman versus Dr. M. Moens.

<sup>90</sup> Les professeurs de médecine générale Jan De Maeseneer et Jan Heyrman à propos de la crise dans le secteur. "Huisarts moet zijn positie heroveren". De Standaard. Dossier. 31.01.2004.

ministre DEMOTTE, à savoir Marcel COLLA <sup>(91)</sup>, et où différents dispensateurs de soins sont montés les uns contre les autres depuis lors.

Ces thèmes figurent au premier plan dans l'accord médico-mutualiste du 15.12.2003 et dans le discours prononcé par le ministre DEMOTTE à l'occasion des Dialogues de la Santé du 25.01.2004, même s'ils sont noyés dans une sauce P.S. <sup>(92)</sup>

Ne laissez pas ce soin aux politiques ou aux savants qui ont perdu le contact avec la réalité. Laissez-nous ce soin.

En 2004, cela fera 50 ans que le G.B.S. est fidèle à cette approche par le geste et par la parole. Nous commémorerons cet anniversaire en septembre prochain. Les spécialistes ne s'en laissent pas compter, que ce soit intra-muros ou extra-muros, comme nos amis du Groupement belge pour la promotion de la médecine extra-hospitalière l'ont fait savoir au grand public dans leur splendide tribune libre, la semaine dernière. <sup>(93)</sup>

Notre président actuel, le Prof. J. GRUWEZ, a vécu cette période de 50 ans de façon particulièrement active. En conclusion de cet engagement qui a couvert plusieurs décennies, il a été, en tant que président du 23.03.2000 à aujourd'hui, le défenseur combatif et flamboyant de la collaboration entre les lignes des différents dispensateurs de soins, avec les généralistes et les spécialistes ensemble et entre les spécialistes de toutes les disciplines.

Son objectif – et celui du G.B.S. – est toujours de dispenser des soins optimaux à tous les patients, et ce sur un pied d'égalité entre confrères/consœurs.

Ne jetons pas notre passé par-dessus bord. Tirons-en plutôt des enseignements pour affronter cette période difficile avec des forces renforcées.

Jacques, je te remercie pour ton engagement sans faille.

Merci à tous pour votre attention.

Dr M. MOENS,  
Secrétaire général

---

<sup>91</sup> cf. plusieurs rapports annuels du G.B.S., et notamment le Rapport annuel 1999, point V "Urgences – SMUR – Soins intensifs : lentement mais sûrement, mais très lentement". Le Médecin Spécialiste n° 2. Février 2000.

<sup>92</sup> [www.rudydemotte.be](http://www.rudydemotte.be); dialogues de la santé.

<sup>93</sup> « Motion du Groupement belge pour la promotion de la médecine extra-hospitalière ». Journal du Médecin n° 1566. 30.01.2004.